

Texte zum Seminar End-of-Life: Jewish Perspectives

Zusammengetragen von Dr. Stephan Probst und Rabbiner Dr. Tom Kučera



Dr. med. Stephan M. Probst
Leitender Oberarzt
Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin
KLINIKUM BIELEFELD gemGmbH
Teutoburger Straße 50
33604 Bielefeld

Rabbiner Dr. Tom Kučera
Liberale Jüdische Gemeinde Beth Shalom
Postfach 75 05 66
81335 München

Texte zum Seminar

End-of-Life: Jewish Perspectives

Bielefeld
2015

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Programm	10
Texte und Materialien zu den Vorträgen	
Prof. Dr. A. Kosman: Halacha on the Question of Hamatat Chesed	14
Rabbiner Dr. T. Kučera: Meditation als jüdische Spiritualität	24
Rabbiner Dr. T. Kučera: Erlaubt das Judentum die Sterbehilfe?	29
Dr. S. Probst: Palliativmedizin aus jüdischer Sicht	42
Prof. Dr. R. Stoecker: In Würde sterben	50
Material für Textarbeit, Teil A	
Rabbinische Literatur	73
Material für Textarbeit, Teil B	
U. Wittstock: So sterben ?	82
W. Bosbach: Wenn Liebe auf Dogma trifft	84
FOCUS-Interview mit Prof. Dr. G.D. Borasio	85
R. Giordano: Sterbehilfe	89
V. Gerhardt und F.U. Montgomery: Pro & Contra Suizidassistentz	92
Material für Textarbeit, Teil C	
E. Bernheim: Alles ist gutgegangen (Auszüge)	96
Material für Textarbeit, Teil D	
G.D. Borasio: selbst bestimmt sterben (Auszüge)	105



Anhang I (Wissenschaftliche Definitionen und Texte)

Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin	112
C.D. Blinderman; Jewish Law and End-of-Life Decision Making	114
J. Loike, M. Gillick et al.: The Critical Role of Religion	121
B.M. Kinzbrunner: Jewish Medical Ethics and End-of-Life Care	126
Deutscher Ethikrat: Ad-hoc-Empfehlung zur Diskussion um Suizidbeihilfe	142
D. Katz et al.: The Terminally Ill Patient: Time to Turn a New Page	144

Anhang II (Das israelische „The Dying Patient Law“)

Originalgesetzestext	150
Übersetzung in's Englische von V. Ravitsky und M. Prawer	182
A. Steinberg: The Halachic Basis of „The Dying Patient Law“	202
A. Steinberg, C. Sprung: The Dying Patient Act	212

Anhang III (Muster von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten)

Deutsche Version einer Patientenverfügung	218
Deutsche Version einer Vorsorgevollmacht	224
Empfehlung des israelischen Gesundheitsministeriums	226
Israelische Version einer Patientenverfügung	228
Israelische Version einer Vorsorgevollmacht	238

Anhang IV (Weiterführende Literatur)

249

Vorwort

Dieser Syllabus zum Seminar „End-of-Life: Jewish Perspectives“ geht über einen Tagungsband im üblichen Sinne hinaus, da er nicht bloß, wie sonst üblich, Kurzfassungen der vorgestellten Seminarbeiträge sammelt. In diesem Band sind neben ausführlichen Texten und Ergänzungen zu einigen Vorträgen, die die Referenten freundlicherweise zur Verfügung gestellt haben, auch Texte aufgenommen worden, über die im Seminar diskutiert und mit denen gearbeitet werden soll, was dieses Buch zu einem Arbeitsbuch macht. Unter diesen Texten ist eine von Rabbiner Dr. Kučera getroffene Auswahl aus der klassischen rabbinischen Literatur zu unserem Thema. Aber auch zeitgenössische Texte aus der öffentlichen Diskussion und der medizinischen Populär- und Fachliteratur sind hier von uns zusammengestellt worden.

Den Verlagen C.H. Beck, Carl Hanser Berlin, FOCUS, Schwindkommunikation (Philosophie Magazin) und Jüdische Allgemeine sei an dieser Stelle ganz besonders dafür gedankt, dass wir die Texte zum Gebrauch im Seminar in dieser Form abdrucken dürfen.

Bei der Unzahl von Fachartikeln konnten wir natürlich nur eine ganz bescheidene und nicht repräsentative Auswahl in diesem Heft versammeln. Wichtig war uns aber, das israelische „The Dying Patient Law“ (חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו) mit Übersetzung und Kommentaren komplett aufzunehmen.

Dass dieser Band keine repräsentative oder umfassende Darstellung geben kann, gilt auch für die Auswahlbibliografie am Ende dieses Textbandes. So wollte selbst Frau Dr. Rachel Salamander aus München, die ich gebeten hatte, über meine subjektive Auswahlbibliografie zu schauen, um diese zu ergänzen, dies nicht tun, angesichts der Fülle von Literatur zu diesem Thema, mit der man ganze Bibliotheken füllen kann. Es sei aber hier auf den Katalog der LITERATURHANDLUNG München hingewiesen, in dem Frau Dr. Salamander die gesamte lieferbare deutschsprachige Literatur zum Judentum gesammelt hat.

Ich wünsche diesem Textband, dass er nicht nur im Seminar genutzt wird, sondern dass ihn die Seminarteilnehmer auch nach dem Seminar zuhause wieder in die Hand nehmen und darin Anregungen finden, sich weiter mit diesem wichtigen Thema zu beschäftigen.

Bielefeld im Mai 2015
Dr. Stephan Probst

Programm

Wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt, finden alle Programmpunkte in der Capella hospitalis am Klinikum Bielefeld Mitte (Teutoburger Str. 50) statt.

Donnerstag, 28.05.2015

ab 17:30	Registrierung
19:00	Begrüßung, Vorstellung
19:30-20:30	Imbiss und Kennenlernen
20:30-22:00	Textarbeit

Freitag, 29.05.2015

09:00-09:45	Vortrag „Die Systematik der relevanten rechtlichen Probleme“ RA A. de Wolf, Frankfurt
10:00-10:45	Vortrag „Sterbehilfe im jüdischen Gesetz“ Rabbiner J. Sievers, Berlin
11:00-11:30	Pause
11:30-12.15	Vortrag „Palliativmedizin aus jüdischer Sicht“ Dr. S. Probst, Bielefeld
12:30-13.15	Vortrag „Sterbebegleitung - pastorale Aspekte“ Rabbiner Dr. T. Ben-Chorin, St. Gallen
13:30-14:30	Mittagessen
14:30-15:15	Vortrag „Halacha on the Question of Hamatat Chesed“ Prof. Dr. A. Kosman, Potsdam
16:00-17:30	Gemeinsame Diskussion der Vorträge Moderation: Rabbiner Dr. T. Kučera, München
19:00 ca. 20:00	Kabbalat Shabbat in der Synagoge Beit Tikwa Kiddusch (und Abendessen mit Fortsetzung der Diskussion)

Schabbat, 30.05.2015

10:00	Schacharit (Morgengottesdienst) in der Synagoge Beit Tikwa
ca. 12:00	Mittagessen in der Synagoge
13:00-15:00	20-minütige Beiträge der Rabbiner und Ärzte mit anschließender max. 10-minütiger Diskussion in der Synagoge Beit Tikwa
15:00-17:00	Pause (mit Möglichkeit der Besichtigung der Palliativstation und der dort ausgestellten Fotoarbeiten von Vasilij Cesenev „Eiskalt“)
17:00-18:30	„Jüdische Spiritualität und Meditation im Prozess der Heilung“ von Rabbiner Dr. T.Kučera, München
19:00	Abendessen, danach Podiumsdiskussion
22:30	Hawdala (Schabbatende)

Sonntag, 31.05.2015

10:00-10:45	Vortrag: „In Würde sterben“ Prof. Dr. R. Stoecker, Bielefeld
11:00-13:00	Abschlussrunde, anschließend Mittagessen

Vorträge

1 "גוסס" – מהו?

א. הרמב"ם בפירוש המשניות למסכת ערכין פ"א מ"ג:

"גוסס ידוע והוא שקול גרונו נשמע בשעת המיתה"

ב. בעל התוס' יום טוב שם (רי"ט ליפמאן ב"ר נתן הלוי הלר [1654-1579]) מוסיף לבאר, שהמילה גוסס נגזרת מן המילה מגיסה בקדירה (ערבוב) – שהליחה המתהפכת בגרונו של האדם בשעת גסיסתו – נשמעת כערבוב תבשיל בקדירה.

ר"ט ז' / כ

ה

35

ג. הרמ"א על השו"ע בחלק אבן העזר סימן קכ"א סעיף ז':

"וענין גוסס הוא, שהקרב למיתה מעלה ליחה בגרונו, מפני צרות החזה".

2. מסכת שבת דף קנ"א:

שואל פרק שלשה ועשרים שבת

302

מ"תנ"י אין (6) מעצמן את המת בשבת ולא בחול עם יציאת נפש להמעיצים עם יציאת הנפש הרי זה שופך דמים משל לר' שבכה והולכת אדם מניח אצבעו עליה מיד כבחה תניא ר' שב"ג אומר הרוצה שיתעצמו עיניו של מת נופח לו יין בתוספו ונותן שמן בין ריסי עינו ואוחז בשני גודלי רגליו והן מתעצמן מאליהן תניא ר' שב"ג אומר תינוק בן יומי די מחללין עליו את השבת דוד מלך ישראל מת אין מחללין עליו את השבת תינוק בן יומי די מחללין עליו את השבת *אמרה תורה חלל עליו שבת אחד כדי שישמור שבתות הרבה דוד מלך ישראל מת אין מחללין עליו כיון שמת אדם בטל מן המצוות והיינו *דא"ר יוחנן *במתים רפשי כיון שמת אדם נעשה רפשי מן המצוות ותניא ר' שמעון בן אלעזר אומר תינוק בן יומי די אין צריך לשמרו מן החולדה וכן העכברים אבל עוג מלך הבשן מת צריך לשמרו מן החולדה וכן העכברים שנאמר *ומדאבם ורחבם יהיה כל זמן שאדם די אימתו מוטלת על הבריות כיון שבת במלה אימתו

ב"י ח"ת
ר"ט ז' / כ
אלעזר
[יומא פ"ב]
ס"ה
נ"ה

אדם שמת בשבת – גופו הוא מוקצה ובעקרון אסור לטלטלו. לכן אסור להעצים את עיני המת בשבת משום טלטול. ברם, ביום חול כאשר אין בעיית טלטול, אין אסור להעצים את עיניו של האדם לאחר מותו, אך כאשר האדם גוסס – חל איסור להעצים את עיניו בין בחול ובין בשבת מכיון שפעולה זו מזרזת את מותו של האדם וכדברי הגמ' – עצימת עיני הגוסס כמוה כנר שעומד לכבות ואדם מניח את אצבעו עליו ומיד כבה.

מן המקורות שהובאו לעיל, נראה בעליל שהתייחסותם של חז"ל אל האדם הגוסס, היא כהתייחסותם אל האדם החי והדברים מגיעים עד כדי כך שאסור להעצים את עיניו של הגוסס (עם יציאת הנפש) על אף שידוע בבירור שאותו אדם ימות תוך זמן קצר – והעושה כן הריחו כשופך דמים.

נ"ה
37

BT AVODAH 2 ARA 18:a (22)

It was said that within but few days R. Jose b. Kisma died and all the great men of Rome¹³ went to his burial and made great lamentation for him. On their return, they found R. Hanina b. Teradion sitting and occupying himself with the Torah, publicly gathering assemblies, and keeping a scroll of the Law in his bosom. Straightaway they took hold of him, wrapped him in the Scroll of the Law, placed bundles of branches round him and set them on fire. They then brought tufts of wool, which they had soaked in water, and placed them over his heart, so that he should not expire quickly. His daughter exclaimed, 'Father, that I should see you in this state!' He replied, 'If it were I alone being burnt it would have been a thing hard to bear; but now that I am burning together with the Scroll of the Law, He who will have regard for the plight of the Torah will also have regard for my plight.' His disciples called out, 'Rabbi, what seest thou?' He answered them, 'The parchments are being burnt but the letters are soaring on high.'¹⁴ 'Open then thy mouth' [said they] 'so that the fire enter into thee.'¹⁵ He replied, 'Let Him who gave me [my soul] take it away, but no one should injure oneself.' The Executioner¹⁶ then said to him, 'Rabbi, if I raise the flame and take away the tufts of wool from over thy heart, will thou cause me to enter into the life to come?' 'Yes,' he replied. 'Then swear unto me' [he urged]. He swore unto him. He thereupon raised the flame and removed the tufts of wool from over his heart, and his soul departed speedily. The Executioner then jumped and threw himself into the fire. And a bathkol¹⁷ exclaimed: R. Hanina b. Teradion and the Executioner have been assigned to the world to come. When Rabbi heard it he wept and said: One may acquire eternal life in a single hour, another after many years.¹⁸

3

לפני איריהן פרק ראשון עבודה זרה יח

נמחקין וכן הניחא (שנעשה להם וס' לה) בפירוש ר"ח משמע שא"ר מחליט הוא סס כמו י"ה מה' ומיהו נראה לר"י להחיד דמיון ולא נמלא בכחוב דמה שהוא נמלא כחוב בספרים יק' לומר שהספרים כחבובו קולא נחבובו להחיד את השם (וה' חס' סס' דף ב' ד"ה י"ד): **להתלמד** עבר. פ"ה ומיהו הקב"ה מוקדקט' ונראה שלא היה כתוב בספרו אלא מח' עמאל אע"פ הנהגה בפרהסיא היה ולק' הולך להם עטס אחר: **מה** אחר רואה. שיהיה נראה בעיניו שהיה לו לראות סוס דבר חמיה או מלכים לו דבר אחר אל' כשכל סוס שומעין קול ידיו האוחזות הפירות ולא היו יודעין מהו: **ואל** יחבל עליו. אר"ס דהכא שיראם פן יעבידום עובדי סבכים לעבירה כגון פ"י יסבין שלא יוכל לעמוד בהם או הוא מלא תכל' בענינו כי הלא נדעין (דף מ) גבי ירמיה שכתב לקולן שהסילו עמלם לים (וה"פ חס' גיטין דף מ: ד"ה קפ"ג): **ר"י** שלמי מח' לעבירה. י"ח סה"ה נסן למשקלן מן מן הוסיט

דרכי. אפילו דקדוק פסיעות: **וידיע** עבר *כרתניא לא חלמך לעשות אבל אחא למד להבין ולהורות אלא מאי מעמא אע"פ משום הנהגה את השם בפרהסיא (דהוי) ועל אשתו להרנה דלא מיהא ביה מכאן אמרו *כל מי שיש בידו למחור ואינו מורה נענש עליו ועל ברו לישב בקובה של זונת דאמר ר' יוחנן פעם אחת היתה בתו מהלכת לפני גדולי רומי אמרו כמה נאות פסיעותיה של ריבה זו מיד דקדקה בפסיעותיה והיינו דאמר ר' שמעון בן לקיש מאי דכתיב *עון עקבי יסבני עונות שאדם דש בעקביו בעולם הזה מסובין לו ליום הדין בשעה שיצאו שלשון צדק עליהם את הדין הוא אמר הצור חמים פעלו [ונג'] ואשתו אמרה אל' אמנה ואין עול בתו אמרה *גדול העצה ורב העלילה אשר עיניך פקודות על כל דרכי וגו' אמר רבי [כמה] גדולים צדיקים הללו ישגורמנו להן שלש מקראות של צדוק הדין בשעת צדוק הדין חנו רבנן כשחלה רבי יוסי בן קיסמא הדין רבי חנינא בן תרדיון לכדו אמר לו חנינא אחי (*אחי) אי אחא יודע שאומה זו מן השמים המליכה שהחריבה את ביתו ושרפה את היכלו והרנה את חסדיו

שאלם יושב ועוסק בתורה. והס' נזרו על כך: **דבר של עטס**. שהחריבה את ביתו והרנה את חסדיו ועדיין קיימת: **כלום מעט** **כל לידך**. ואשמע אף כי יית' עובד: **מעט של פורים**. שהנחתם לסעודת פורים נחלפו לי ומלקחים לעניים וסבור הייתי שארנקי של לדיקא הוא ולא נפרעתי מארנקי של לדיקא: **מחלקך יסא חלקי**. הוואל והיית ווארן במחוק: **אחר כך**. **כך**. כולמר זו היא סברה של תורה: **קלצטוני**. ממונה עליו: **מקדקא**. תרי וק' מאי סאה דינא ואכ"ס: **נקט נפשים כמד ערשא**. החקון ענייני לטוב אחד מן הפרשים: **דמנה אלא**. דרך נסיון לי: **מסרמנה** מרמס. כלומר אמתן לך עד שיפסקו לך והוגמחו ככ"ק בפרק מרובה (דף מ) מאן תרמ' נהרס שמואל: **סלגא פלג**. אה האלעטן בכל פה שיעליל פליך פיסיהו במחמון: **וכי** שלמי. כשכלו הדינאן מחמי פלגמא: **מי**

יב"ד 1171 - 1100 = 71

למספר גולגולתם ולק' היה שאל כי שלמי מה אע"פ כי אף חסן מס' השלם למספרם וכן יק' לפרש בריס פירקא (לעיל דף ב') שזוקס. להשיב בהם זוטא וליטול מן מהם אכל רש"י פירש שכל שעה שיעלילו עליו שישמחם במחמון זה: **סלג**

ואברה את מבייו ועדיין היא קיימת ואני שמעתי עליך שאתה יושב ועוסק בתורה [ומקדיל קהלות ברבים] וספר (ס') מעט לך בחיך אמר לו מן השמים ירחמי ירחמי אמר לו אני אומר לך דברים של מעט ואחא אומר לי מן השמים ירחמי חמה אני אם לא ישרפו אותך ואח ספר תורה באש אמר לו רבי *מה אני לחי העולם הבא אמר לו כלום מעשה בא לידך *אמר לו *מעות של פורים נחלפו לי במעות של צדקה וחלקים לעניים אמר לו אם כן מחלקך יהי חלקי ומגורלך יהי גורלי אמר לו היו ימים מעטים עד שנפטר רבי יוסי בן קיסמא והלכו כל גדולי רומי לקברו והספידוהו הספר גדול ובחרתן מצאוהו לרבי חנינא בן תרדיון שהיה יושב ועוסק בתורה ומקדיל קהלות ברבים וס' מה מעט לו בחיך הביאותו וברכוהו בס"ת והקפדו בחבילי וזמורו והציתו בהן את האור והביאו ספגין של צמר ושראום במים והניחום על לבו כרי שלא תצא נשמתו מהרה אמרה לו בתו אבא אראך בכך אמר לה אילמלי אני נשרפתי לבדי היה הדבר קשה לי עכשיו שאני נשרף וס' מה עמי מי שמבקש עלבונה של ס"ת הוא יבקש עלבוני אמרו לו תלמידיו רבי מה אחא רואה אמר להן *גליון נשרפין ואוחיות פורחות אף אחא פתח פד' וחכנס [בך] האש אמר להן מוטב שיתלנה מי שנתנה ואל יחבל הוא בעצמו אמר לו קלצטוני רבי אם אני מרבה בשלהבת וגמול ספגין של צמר מעל לכך אתה מביאי לחי העולם הבא אמר לו הן השבע לי נשבע לו מיד הרבה בשלהבת וגמול ספגין של צמר מעל לבו יצאה נשמתו במהרה אף הוא קפץ ונפל לחוך האור יצאה בת קול ואמרה רבי חנינא בן תרדיון וקלצטוני *סומעין הן לחי העולם הבא *ככה רבי ואמר יש קנה עולמו בשעה אחת ויש קנה עולמו *כמה שנים בחוריא דביתו דר' מאיר ברתיה דר' חנינא בן תרדיון היא

השמים המליכה שהחריבה את ביתו ושרפה את היכלו והרנה את חסדיו

[כ"י י"ח] [כ"י ח"ה] [כ"י י"ח]

4 ר' חנינא בן תרדיון נתפס ע"י הרומאים, כשהוא יושב ועוסק בתורה ומקדיל קהילות ברבים, חרף האיסור החמור שהטילו הרומאים על כך וכעונש הוציאוהו להורג. הרומאים, באכזריותם הרבה העלוהו באש והניחו על ליבו ספוגין של צמר, עמ"נ לעכב את יציאת נשמתו ובכך להאריך את סבלו. כאשר תלמידיו בקשו ממנו לפתוח את פיו, עמ"נ לזרז את מותו ולהפחית את ייסוריו, אמר להם: "מוטב שיטלנה מי שנתנה ואל יחבל הוא בעצמו". ורק לאחר שהממונה על ההוצאות להורג (קלצטוניר) הציע לו לזרז את מותו כאשר בתמורה יזכה הממונה לחיי העוה"ב על מעשהו — הסכים רחב"ת לעיסקה וכך יצאה נשמתו במהרה. מקור נוסף המתעד את מסירות נפשו של ר' חנינא בן תרדיון מופיע במס' כלה

BT GITTIN 58b

25

Rab Judah said in the name of Samuel, or it may be R. Ammi, or as some say it was taught in a Baraitha: On one occasion four hundred boys and girls were carried off for immoral purposes. They divined what they were wanted for and said to themselves, If we drown in the sea we shall attain the life of the future world. The eldest among them expounded the verse, The Lord said, I will bring again from Bashan, I will bring again from the depths of the sea.¹⁹ 'I will bring again from Bashan,' from between the lions' teeth.²⁰ 'I will bring again from the depths of the sea,' those who drown in the sea. When the girls heard this they all leaped into the sea. The boys then drew the moral for themselves, saying, If these for whom this is natural act so, shall not we, for whom it is unnatural? They also leaped into the sea. Of them the text says, Yea, for thy sake we are killed all the day long, we are counted as sheep for the slaughter.²¹

5 א

מפשט דברי הגמ', עולה לכאורה, שאסור לאדם לקרב את מותו אפי' ע"י פעולה פשוטה של פתיחת הפה. רחב"ת מעדיף שהקב"ה יטול את נשמתו, על אף הייסורים הגדולים שחווה באותם הרגעים. גדולתו של רחב"ת באה לידי ביטוי במס' כלה בעובדה, שעל אף שהממונה על הוצאתו להורג מוכן כבר לשחררו, יודע רחב"ת שגזירה היא משמים ומקבל עליו את הדין. עובדה מעניינת, שנעמוד עליה אי"ה בפרק הבא היא, שמצד אחד מסרב רחב"ת לפתוח את פיו ולרז את מותו, אך הוא מוכן להתיר לממונה על הוצאתו להורג להסיר את הספוגין של הצמר מעל ליבו להגביר את האש ובכך לקרב את מותו! הכיצד?

6

התוס' במס' ע"ז דף י"ח. בד"ה: "ואל יחבל בעצמו", מתייחס למעשהו של רחב"ת ומעיר הערה חשובה מאוד. רבינו תם אומר שאכן, במציאות רגילה – אסור לאדם לחבל בעצמו ואפי' אם מייסרים אותו, כדוגמת רחב"ת, אך כאשר אדם יודע שעומדים להעבירו על דתו ע"י ייסורים קשים ומשעור שלא יוכל לעמוד בהם-מותו לו לחבל בעצמו.

כַּשֵּׁן • בין שן טטריקון: **שדרכן** לכך •
לתשמיש ואין קלוגן מרובה לקלוגן שלט:
וואַ אַשק • הורגט כל היום: האמרת •

יִיחֻדָּת: גּוּשְׁמִנְקָא - חֻמְמֵי שְׁלֵרָה
טַטְעֵה ט כּדִּי שְׂחָא נִרְהֵא מִשְׁחָהוּ
לֵה: סִרְמֵנָא דְמִלְכָּא - שְׁלֵטֻט הַחֹלֶךְ
קִבֵּל עָלָיו לַעֲשׂוֹת: וְאוֹ מִלֵּךְ - הֶרְגֵּט כָּל
הַיּוֹם דְּרִימֻנָּה דְּמִיִּית: כִּר מִשְׁמִיטָה - שְׂחָא
יִהְיֶה בְּנִרְעוּת: דְּבִר אֶפְרָא לְרַעוּתוֹ מִרְחֹת
נַעֲמִים מִפְּנֵי שְׂחָסֵק לִקְשָׁן עָלָיו:
קִלְוִי

מפייסנא ליה אייתי סנהדרי
בחורים ובתולות קמל עילויה

ים שבהן איברתים' נוחא לך
אמר ומה אם על נפש אחת
שמו פרטת בביתיה ואגיד
דה בבני ברק מבני בניו של
ציון יצאנו ואברמליה דינו

יד יעקב הקול זה ארדינוס
ביוצא מצרים קול יעקב זה
בוא והידים ידי עשׂו מלכות
הקול קול יעקב אין לך תפלה

אֵין בָּהֶם מִזְרַעוֹ שֶׁל עֵשָׂא וְהֵינִי
מֵאִי דְכָתִיב עַל נְדָרוֹת כְּבֹל
אֶשֶׁן וְחִדְרֵן בֵּית שְׁנֵי חִדְרֵן
ה' לְבָנֵי אֲדָוָה אֶת יוֹם יְרוּשָׁלַּיִם
מִי וְאָמַרְי לָהּ בְּמַתְנִיחָא תְּנָא

הוא אמר: אם אנו שוכנין בים אנו מצולות ים מבשן איש מבין וכולן נפלו לתוך הים נשאל אחת כמה וכמה אף הם קפצו וברו וברכה אמר "אשר"

[illegible]

אֵיךְ אָמַר לִיה פֶּלַח לַעֲבֹדָה
מִפְּלוּתוֹ אֲתִיוּתוֹ לֵאמֹר
לְכָבֶד כִּי ה' הוּא הָאֱלֹהִים
אֵיךְ אָמַר לִיה פֶּלַח לַעֲבֹדָה
כִּבְר וְשִׁשְׁעֵנו לְהַפְחִיץ בְּחוֹךְ

למקמלה אמרה זהו אימדה
עקדת מזה אחד ואני עקדתי

יבנה ביתו

[illegible]

כמה שנים ולא קא נייה רמיה אמר להו אנא
גדולה וסגהדי קצנה קמל עילויה ולא נה
ורבן קמל עילויה ולא נה א"ל זכריה וזכריה
הבי נה בהרוא שעתא והדר תשובה ברעתי
נשמתא על אחת כמה וכמה ערק אול שדר
וראון נה עדק הזה מכני בניו של המן למחור
המכני בניו של מרדכי לאהר מרדכי בדרבוי

[illegible]

שנשבר לקהל הרעיוש בעצמן, למה הן מתבקשות
לזנוח את הנהל שבהן? אמר ה' מבין איש איש
אלו שמעוהו בים כיון ששמעו ליהות קב
לחלל שדוק לך קין שאין דעתך לך
ר' כי עליך הרגע כל היום נחשבת כזאן מ
אמר לי פלח לעבודת כוכבים ;
לאורך קצתו וקצר אחריו פלח לעבודתו
מני אפקדו וקסלוו אחוזה אמר לי
היום ירם אפקדו וקסלוו אחוזה לאורך

[illegible]

ה'תש"ח

מתישה: **קפצו** מן ופעל לחזק
הים • ובא לחזק במ' ט"ז (דף
יח) מן פועל מן שגרה ולא יחזק
בעלמו הכא ירחים היו משרין
ברחמין (כחטת דף עג:) אלמני
נגדו לחניה מישל ועזריה פלמו
לנחל ועוד דע"כ היו מענין רחון
ולא היו הרונים אלמני :

אתיווהו לקמיה • *שיתא קדח
מיתו ובשביע לא
מיתו ובמדרש אמר דקמא אמר
אזכי והשני לא יריה קך :
כל

ולא נה אייתי תיטוקת של ביי
ראברינוה לטולו נראמר ליר
כך הווא גברא דקמל כל ה
תנא *נעמן ער חושב היה נב
מיכרא למדי סינורום בירושל

הרבה בנות נחלו את דמה על צ'קס שהתן באלכסנדריוס של אספסינוס קיסר שהתן בכך הרשעה שהדריכה את בנותיו שמעלת שאין בה מורעו של דא"ר אלעזר כשיטל בן חתן של שם ישבנו גם בבית כוכן וישן בית ראשון שנאמר על הנרחוץ האמרים ערו ערו עד היסוד

מעשה בר' מאות ילדים וילד
באין לחי העולם הבא דרש
שני ארה איש ממצלות
ילדים ק"ו בעצמן ואמר
התוך היה ועליו הכתוב מה
וישבעה ביה אחריו קמא לא
אלהו אפקודו וקמלודו ואחרי
לא יהיה לך אלהים אחרים
לד כתוב בתורה וזכת לא

אמר להו כתוב בתורה לה
כוכבים אמר להו כתוב בתורה
לה פלח לעבודת כוכבים
שמים ממזל ועל הארץ
כוכבים אמר להו כתוב בר
הוא שאן אנו מעבירין אותו
קסר אישרי לך נשפנא ונ
עלך קסר על כבוד עצמך כ
בתורה ניהיל ואינשקה פורח
יחידה ויהיה אנו מעבירין אותו

שנת ה'תש"ח

הגמ' מגוללת כאן את אחד הסיפורים המוזעזעים, שקרו בזמן חורבן בית המקדש. ילדים וילדות נשבו לקלון – הבנים למשכב זכר והבנות – לפילגשות ז"י. לאחר שהבינו מה עומדים לעשות בהם, קפצו לים ומתו על קידוש ד'. תנ"ה: " קפצו כולו ונפלו לתוך הים" מקשה מהגמ' ע"ז י"ח.

ויפרו של רחב"ת, שהרי משם לכאורה עולה שאסור לאדם לחבל בעצמו
א"י אם סובל ייסורים קשים וא"כ קשה להבין כיצד מתקבל מעשה
לדים כמעשה חיובי וקדוש ד' והרי לכאורה אסור היה להם לחבל

צמצום!! - (הכנס ירד/פ' ה'ה' מ'ר'ה' "ת'ו'ס' ג'מ'ס' ז')
חס' נ'נ'ע' ל'י'ד' ג'ל'ו' ע'ר'ו'ת' מ'פ'א'ת' ס'כ'נ'ה' זו' = ח'ו'ת'ר' ל'ח'ס' ל'ח'ב'ל' ב'ע'צ'מ'ס' ו'כ'

ראוי להדגיש כאן, שמתוך הגמ' במס' גיטין נ"ז: אין ראיה ברורה לכך שמעשה
לדים היה חיובי (עיין מהרשי"א במקום)

(9) חנניה מישאל ועזריה חיו בזמן נבוכדנאצר מלך בבל וכאשר נתבקשו להשתחוות לצלם שהציב המלך, סרבו וכעונוש על כך נזרקו לכבשן האש, אך בנס לא נשרפו.

תוד"ה: "שלא השתחוו לצלם" מביא את דעת ר"ת, הקובע שהצלם שהעמיד נבוכדנצר היה אנדרטה שנעשה לכבודו של המלך ולא היתה זו ע"ז כלל. המהרש"א [ר' שמואל אליעזר ב"ר יהודה הלוי איידלס (1555-1631)] במקום מעיר שהעובדה שחמו"ע לא השתחוו לצלם היה בגדר חומרה בלבד. ר"ת, מביא 4 הוכחות לכך שהצלם אכן היה אנדרטה בלבד (עיי' בתוסי')

(11) בהוכחתו השניה, מציין ר"ת את הגמ' במסכת כתובות ל"ג: ממנה למדים שאם היו מייסרים את חמו"ע – היו בודאי משתחוים לצלם ואם נאמר שהצלם היה ע"ז ממש כיצד ניתן להעלות על הדעת שחמו"ע היו משתחוים לע"ז – הרי בודאי היו עומדים בייסורים ולא משתחוים לע"ז? – מכאן שהצלם בודאי לא היה ע"ז ממש אלא אנדרטה בלבד. לאור הוכחה זו, עולה בעיה בקשר להוכחת ר"ת ממעשה חמו"ע לעשה 400 הילדים במסי גיטין נ"ז: שמה שנאמר אצל חמו"ע: "אם היו מייסרים את חמו"ע היו משתחוים לצלם – הכוונה היא לאנדרטה, ולא ע"ז ממש – אחרת בודאי לא היו משתחוים לה, על אף היסורים הקשים שהיו עוברים עליהם וא"כ, במקרה של הילדים שעמדו לעבור בעל כרחם, על איסור גילוי עריות – לא היה מקום לחשש שיעברו על כך ולכן היו צריכים לעמוד בפני הייסורים ולא להרוג את עצמם? הוכחת תוסי', א"כ לוקה בחסר!! שאלה זו מקשה בעל "התאווה לעיניים" המובא "בעין יעקב" (ר' יעקב ב"ר יוסף ריישר [1670-1734]) בספר עין יעקב (ר' יעקב בר שלמה אבן חביב [1459-1516]).

עין יעקב

דק"ז קאי כחמת על אר נפשות שהיו מקודם: והיונו דארי"א נאם לון חמא נחמרי לון חמא. רש"י מדמיק נפיש ופי' נחמרי"א ואסר לומר דחמרי כוא מלאן נחר גרוני מיל לאלהי וסמך ארי"א דקרא נאם לזון יליך ובשנע לא ינע כך רע נרעב סדר ממות ובמלחמה מידי חרב ועל ידי מה ניטל מכל אלה פי' שם לון דכייט נחמרי לון ו חסלה חמא מכל אלה וכדאמרינן בעלמא כל זמן שקול יעקב נאמרים נכח כנסיות ובתי מדרשות אין ידים ידי עטא שולטות: תוסי' ד"ה קטע בולן ונפלו וכו'. וסא דאמרינן מוטב שיטלה מי אהנה ואל יחולו בעלמא ככא ידאס כיו מילאין כדאמרינן אלמלא בגדובו וכו' נחמרי לעינים מקשה מלי דאס מיימי מהם דאס כהם לא ע"ז ממש כיס רק אנדרטה כמ"ס בתוסי' פ"ק דפ"ז וא"כ ככא דמי גילוי עריות ממש דחמרי לון לחוש דמי עונבין כשכיל וס פ"ס סאמרי נאמרי לק"ס דתוסי' לא קאמרי רק כשכיל שזין ידאס מילאין לכן כיו עונבין על סם דאמרינן מוטב שיטלה מי אהנה ואל יחולו וכו' אל על גילוי עריות ודאי לא כיו שגדון וק"ל אכן וס סוקר קלת למי דחמרי שם בע"ז דף י"ח בתוספות ולא משמע כן: תוסי' ד"ה אהבו לקמיה וכו'. רגיס משתכסין בדכרי תוסי' אלו לפי שנסחא שלמיט שגס"ס אקעי' וסאמא אט כן כי נגירסת היסנים כיס כחונ דקמא אמר

בעל ה"עיון יעקב" מתרץ על קושייתו של בעל ה"תאווה לעיניים" שתוסי' בגיטין נ"ז: לא התכוונו לומר, שהילדים חששו שמא יגיעו לידי גילוי עריות, אלא שדאגתם היתה מחמת הייסורים הקשים שהיו עתידים לעבור ולכן העדיפו למות.

נמצא א"כ, לפי הסברו של בעל ה"עיון יעקב" בהסברו לתוסי' בגיטין נ"ז: שמתור היה לילדים ליטול את נפשם בעצמם, בעטיים של הייסורים הנוראים שעמדו לעבור. על-סמך עובדה זו, ניתן אולי למצוא פתח להתיר "המתת חסד", כשהחולה המתייסר מעוניין בכך. אך לאמיתו של דבר, אף בעל "עיון יעקב" חש, שיתברצו איננו כה פשוט, בהתחשב בתוסי' במסי ע"ז י"ח. שם משמע שר"ת סובר שמתור לאדם לחבל בעצמו, אך ורק אם ירא שמא יעבור עבירה ע"י הייסורים ולא רק מחמת הסבל מן הייסורים. הפחד מן הייסורים בלבד אינו מהווה סיבה מספקת להיתר לאדם לחבל בעצמו.

מעבר לכך, מעיר בעל ה"עיון יעקב" הערה נוספת במסי ע"ז דף י"ח. ביחס לסיפורו של ר' חנינא בן תרדיון:

על זה דהא אילו נפונכי פניחות גחלות אמרין באגדרין כיון דאקטל היל כהן :
 ער נפטר ר' יוסי . כי משני דרשנא נאכך כודין בלא יראנא נרשם על ר' חנינא ק
 מרדיון : כוונתו שיתלנה מי שמתנה ואל יתנל בעלמא . ואמר דהשטות כח נגידין
 דף נ"ד דס קטל וס' דוכי דיראליס כח מוסרין מחר לחבל בעלמא מיש כחחשית זיל
 דמדת חסידות ענד אף אפי' פלוג יסרינן קדים כהם שלא כדרך מהר אכן כהשטות בלא
 לא שמת כח מיש וז"ל :

לפי הבנתו את דברי התוס' בגיטין, מדוע אין רחב"ת פותח את פיו
 עמ"נ לזרז את מותו – והרי ודאי סבל ייסורים קשים! מתוך בעל ה"עיון
 יעקב" שרי חנינא בן תרדיון נהג מידת חסידות, ובאמת מן הדין היה מותר
 לו לזרז את מותו ע"י פתיחת פיו.

13

החובל פרק שמיני בבא קמא

סבור
השם

החובל בעלמא אפי' שאין רשאי פסור - חסיד מצי חוב שייך
 וזי פסור ממלקות קאמר ע"כ הקול נתישבו אפי' שאין
 רשאי פסור לא הייט פסור ממלקות דהא חייב משום קולן
 אלטם מוטם ולאדריה מולטם לא תכרות כדאמא נפ' בתרא
 דמסא (דף כ"ג) וגרין לנחוק ולמור
 (ג) פסור אפי' שאין ט' לז חוב שאין
 חס על גופ אחרים שחבל ט' חייבין
 ולאחרים שקלע נתישבו חייבין לנרץ
 לאוקמה כר"מ דאמר (במסע דף נ"ב)
 לוקא ומשום דלוקא משום לא תכרות
 זי נמי כדלא אמר כה :
אלא תנא דא - כולת ר' עקיבא
 דמסא רבי עקיבא דברייתא
 פלוגי ופליגי ליהנא ופליגי
 ניהא דמסא דאמר מר תנא ופליגי
 רבי עקיבא קבשי מאל תנא דמסא
 דאמר אליבא דר' עקיבא זין ארס
 רשאי לחבל בעלמא :
אלא תנא דא דמסא מקריעין
 כי' - ואי' ומזי ס"ד דמסא
 וזי על ז' לנרץ להביא רחא דמקריע
 בגדים עובר משום כל תשחית ואורי'
 דאין מביא רחא אלא שחית לחבל
 אפי' לנרץ ענן אשה ששפחה
 על רחא וכן הוה דאך אס
 דמסא שחית אס עלמא כשכיל
 שום דבר שחית וכן מקריע על המה
 וזי לנרץ :
עובר משום כל תשחית - והא
 דאמר בנז"ק (דף כ"ד)
 שחית קרע עליה דרב תליסר
 אפלי דמילתא יז למר דאוריבא
 מדרבנן אפי' ולא היה יותר מדאי :
אלא שחית עלמא מן היין לכאורה
 משמע דכתיב מהר נמי
 קאמר דקרא חסא כפר מן שחית
 היינו ניר מנל (מיר דף י"ט) קבשי
 רבי אליעזר הקפרי ניר מוכר מוט
 והייט עעמא דכתיב קרא כגור מוט
 מפני שחית כחמא וכן כפ"ק ונדרים

[כ"ג] בחוס'
עובר וכו'
קטו'
[תענית כ"ג].
[כ"ג] יז.
כ"ג.
דכ"ג יז.
תענית יז.
שטות ת.
כ"ג יז.
[כ"ג יז].

מתוך מהלך הגמי' עולה, שקיימת סתירה בין משנה אשר ממנה משתמע שלאדם אסור לחבל בעצמו ואילו מן הברייתא המופיעה בדף צ"א. עולה שמותר לאדם לחבל בעצמו!! **למסקנה**, מביאה הגמי' מחלוקת תנאים בשאלה זו, כאשר המקור לדעה, שאסור לאדם לחבל בעצמו היא דעתו של ר"א הקפר ברבי הלומד ק"י מנזיר ואומר שכתוב אצל הנזיר: "וכפר עליו מאשר חטא על הנפש" וכי באיזה חטא חטא הנזיר?! - אלא שציער עצמו מן היין - ומה הנזיר שציער עצמו מן היין בלבד נקרא חוטא - ק"י אדם שחובל בעצמו ייחשב כחוטא.

לסיכום:

לפי פירושנו של בעל ה"עיון יעקב" עולה, שלדעת התוס' במס' גיטין נ"ז: המתייחס למעשה 400 הילדים, הותר לילדים לחבל בעצמם, רק בגלל העובדה שעמדו לעבור ייסורים קשים, אך לפי התוס' במס' ע"ז י"ח, המתייחס למעשהו של רחבי"ת, כל ההיתר של הילדים לחבל בעצמם, נבע מן העובדה שהיו עתידים לעבור עבירה כתוצאה מן הייסורים. עצם רצונו של בעל"התאווה לעיניים ליישב את שני התוס' שיעלו בקנה אחד, יוצר מצב שהם סותרים אחד את השני ולכן נשאר בצ"ע. אמנם במהרש"ל (הוזכר לעיל בפרק א') מצאנו דעה מנוגדת לדעתו של בעל ה"עיון יעקב".

16) **אמה לודיא, נולין, 1573-1580:**

המהרש"ל דן בהרחבה בסוגיא זו, שבמס' ב"ק ומגיע למסקנה שההלכה למעשה היא כדעה שהובאה במשנה, שאסור לאדם לחבול בעצמו. מעבר לכך, פוסק המהרש"ל, שאפילו אם נתפס האדם בידי גויים ומפחד שיענו אותו עד שיעבוד ע"ז - לא ימית את עצמו ויסבול כל העינויים, כי אולי יוכל לעמוד בהם, כל זאת בניגוד גמור להסברו של בעל ה"עיון יעקב" בעניין.

כראיה לדבריו, מציין המהרש"ל 3 הוכחות:

- א. מעשה חמו"ע, כאשר הסיבה לכך שאם היו מייסרים אותם היו משתחווים לצלם הוא בגלל שהצלם לא היה אלא אנדרטה בלבד, אך בודאי שאם היתה זו ממש ע"ז-לא היו משתחווים לה והיו מתייסרים עד מותם.
- ב. מקרהו של רחבי"ת אשר סירב אפילו לפתוח את פיו עמ"נ לזרז את מותו וסבל ייסורים קשים וכל זאת בגלל האיסור לחבול בעצמו.
- ג. העובדה, שבנוהג שבעולם, אין דרך המלכות לענות את האדם עד שיעבוד ע"ז אלא שדנין אדם כזה בשריפה או במיתה חמורה.

לסיכום:

יחסם של חז"ל אל האדם הגוסס הוא כאל אדם חי לחלוטין ואסור לעשות בו שום פעולה אשר עלולה לזרז את מותו, כאשר בין השאר, אסורה אפי' עצימת עיניו בשעת גסיסתו.

סיפורי גבורתם של ר' חנינא בן תרדיון ו 400 הילדים שנשבו לקלון, כל אחד בנפרד, מלמדים אותנו מהו ערך קידוש ד' בעולם. עם זאת במקרהו של ר' חנינא בן תרדיון, המתיר ל"קלסטונירי" להגביר את האש ולהסיר את הספוגים מעל ליבו, ישנה תחושה שבכל אופן, קיים מוצא המתיר "המתת חסד" במקרים מיוחדים ובאופנים מסויימים. האם נכון הדבר? בשאלה זו נחלקו הפוסקים כפי שנראה אי"ה בפרק הבא.

(*) מהשימולים נבחרו נבואים ונבאלו נבאר יו"ד ע"ש

ומחפיתין אותו וקאמר דאין עושין לו כן כל זמן שהוא סימן מיתתו כי אין רוצה להציל מל דבר חס - (ר) מה

[illegible]

~~ה'תשנ"ח, יולי, חג המולד~~

תשכנ אין גורמן לאדם שלא ימות מברכה בנות שהיה ארד נטס והיה ארד קרוב לאוחו בית חוסב עצים ואין תעשה כולה לצאח מסירים התשובה משם ואין משמים מלח על לטוט כדי שלא ימות ואס נטס ואמר איני יכול למות עד שישכחה במקום ארד אל יזוודה משם :

בסוף דבריו, כותב ר' יהודה חסיד, שאם הגוסס חושב שבמקום זה אינו יכול למות ובחדר אחר יוכל למות (פערלה סגולות) אסור להעבירו לחדר אחר ואפילו בהזירות רבה ובהזזה מועטת כדוגמת השמטת חכר, משום קירוב מיתה. אי"כ נראה, שקיים איסור קירוב מיתה נוסף והוא המעשה הסגולי הגורם לקירוב מותו של הגוסס.

בהמשך דבריו, מוצא בעל ה"שלטי גבורים" לכאורה סתירה בדברי ספר חסידים.

בתחילת דבריו, כתב בעל ספר חסידים, שאם היה איש אחד גוסס וקרוב לאותו בית היה חוטב עצים ובעקבות חטיבת העצים, הנשמה מתעכבת מלאת – מותר לומר לחוטב העצים להפסיק עבודתו, עמ"י לאפשר את יציאתה של הנשמה.

ושאלת השאלה: אם קיים איסור לקרב מותו של גוסס, מהו ההבדל בין העברת הגוסס ממקום למקום פעולה האסורה, לבין ההיתר להפסיק את פעולת חסיבת העצים? הרי שניהם גורמים לזירוז מותו של הגוסס?!

לקרב מותו של גוסס כך אסור להאריך את חייו באמצעים מלאכותיים.

לשוננו של גוסס, כי בכך מאריך את חייו ואת סבלו. כמו כן, כותב בעל ה"שלטי

לכתחילה לסלק דבר חיצוני הגורם את עיכוב יציאת הנפש אבל לעשות פעולה

שתגורם למותו המהיר של הגוסס, כגון – העברתו מחדר לחדר, לשים מפתחת ביהכ"ס תחת מראשותיו, השמטת הכר מתחתיו וכ' אסורים בהחלט.

כללו של דבר - הסרת המנוע - מותרת בגוסס, אך פעולה המחישה את המוות אסורה.

(19) ב) ומכאן תשובה נמרצת ומחאה חריפה כלפי אי
אלה מרופאי ומנינו המצדדים בהתרת

רצח-מתוך-חמלה כאשר מחלה ממארת קוננת בתוך
גופו של אדם וגורמת לו יסורי-מות ואין מזור ותירופה
לה, והוא, להמית את החולה או ע"י הזרקת סמי-
מות ע"י רופא או ע"י יעוץ וסיוע לחולה עצמו
לשתיית-רעל, דכאמור שני האופנים האלה אסורים
בהחלט עפ"י דין תורה, והעושה כן לרוצח נפשות
יחשב, ודם יחשב לאיש ההוא, דאף אחד מיצורי תכל
אינו בעלים על נפש אדם, לרבות גם האדם על
עצמו שאין לו רשות על נפשו כלל ואינו קנינו, ולא
יכול להועיל נתינת רשותו על דבר שאינו שלו אלא
קנינו של הקב"ה שהוא הנותנה והוא הנוטלה בלבד,

19

הצעה 19

(20) ל' אורח ק, מנהג אלה:

רבים מתלבטים בשאלה זו של טיפול בחולה גוסס,
יש סוברים דכשם שמחללים שבת עבור חיי
שעה כך חייבים להכריח את החולה על זה כי הוא
אינו בעלים על עצמו לוותר אף על רגע אחת, אך
מסתבר שאם החולה סובל מכאבים ויסורים גדולים או
אפילו סבל נפש חזק מאוד, חושבני שאוכל וחמצן
לנשימה חייבים ליתן לו גם נגד רצונו, אבל מותר
להמנע מתרופות הגורמות סבל לחולה אם החולה
דורש את זה, אולם אם החולה ירא שמים ולא נטרפה
דעתו רצוי מאוד להסביר לו שיפה שעה אחת בתשובה
בעוה"ז מכל חיי עולם הבא, וכדמצינו בג' סוטה דף כ'
א' שזה "זכות" לסכול ז' שנים מאשר למות מיד.

20

מתי חובה להאריך את חיי החולה

21

מאת הרב חיים דוד הלוי

יגיע למצב שלא יוכל עוד לחיות בכוחות עצמו,
וללא חיבור למכשיר הנשמה ודא. ימות, וכאן
נקודת המבט ההלכתית שונה.

בספרנו "עשה. לך רב" חלק חמישי סימן כ"ט
כתבנו באורך רב דרך "ניתוח חולה שאפס סיכויין
להיות ממכונת הנשמה מלאכותית", וביארנו
תחילה דין גוסס, וחומר האיסור בקירוב מותו, וגם
טעם האיסור ביארנו שם באורך. וכל זה בחולה
שעדיין חי ונושם בכוחות עצמו, אף שסבלו
וייסוריו רבים וקשים הם. אבל כאשר מחובר הוא
למכונת הנשמה ואין באפשרותו לנשום עוד
בכוחות עצמו, דגנו להתייר מנקודת ראות
הלכתית.

וזאת על יסוד דברי הרמ"א (בשור' י"ד ס"ו
ס"ט) שפסק שאסור לגרום לו שימות מרה וכו'
אכל אם יש שם דבר שגורם עיכוב יציאת הנפש
כגון שיש סמך לאותו בית קול דופק כגון חסב
עצים או שיש מלח על לשונו ואלו מעכבים יציאת

ב"הצופה" מיום שישו ל' בתשרי רגא,
פורסם מאמרו החשוב של הרב אהרן בן
ציון שורין, בהקשר ל"פנייתו של בנימין
איוול לבית המשפט לצוות לבית-החולים
שלא לחברו למכשיר הנשמה".
למעשה מאמרו של הרב שורין אינו עוסק כלל
בבעיה זאת, הוא עוסק ב"המתת חסד", כלומר
בחולה הסובל מאד ממחלה חשוכת מרפא ורוצה
לקרב את קיצו כדי לקצר את תקופת סבלו. לגבי
אחרים העושים זאת למענו היא המתת-חסד,
ובוודאי שהיא אסורה, מכל אותם נימוקים שהובאו
באותו מאמר.

אך יצוין שבכל מקרי "המתת חסד", החולה חי
בכוחות עצמו, וקירוב מותו הוא בחינת רצון, ועל
זה נאמר שאין קירוב מותו של גוסס אסור משום
שגם נטילת חיי שעה רצח הוא.
י"ל במקרה של בנימין אייל מדובר כאשר

Meditation als jüdische Spiritualität

WURZEL Viele moderne Worte beginnen oft tief in der Geschichte. Jeder spricht heutzutage von einem Lebensstil. Dieser Begriff prägte schon Alfred Adler (1870-1937). Er behauptete, dass wir den Lebensstil nicht erkennen, wenn wir in einer günstigen Situation leben, sondern wenn wir Schwierigkeiten ausgesetzt sind. Dann können wir unseren Lebensstil herausfinden, die Fehler in unserem Lebensstil einsehen und zu korrigieren versuchen. Adlers Beispiele der Korrektur sind, wenn man beispielsweise andere zu beherrschen versucht oder ständig Klage über Schwächen und Leiden führt. Ein anderes Beispiel ist die Meditation, die vielleicht im Judentum noch nicht so verbreitet ist, und doch beginnt sie schon in der talmudischen Zeit. Die relevante Stelle im Talmud diskutiert das Gebet und sagt, dass frühere Fromme, sogenannte *Chassidim*, vor und nach dem Gebet eine Stunde verweilten (Ber 32b), mit anderen Worten eine Vor- und Nachmeditation durchführten. Diesen beeindruckenden Zeitaufwand könnten sich heutzutage nur wenige leisten. Die Ansätze der Meditation finden wir auch im Tanach.

SYMMETRIE An Rosch ha-Schana wird als Haftara der Anfang des ersten Buches Samuels gelesen. Die Richter waren eine Zwischenstufe zwischen dem Auszug aus Ägypten und der Monarchie. Samuel, Schmuel, gehörte zu den letzten Richtern, aber gleichzeitig zu den ersten Propheten. Durch die Salbung des ersten Königs führte er die Monarchie ein. Möglicherweise ist es gut, dass Schmuel der letzte Richter-Prophet war, weil diese Funktion die säkulare und religiöse Leitung zusammenführte, was auf eine längere Zeit ungesund, sogar gefährlich wird. Doch am Anfang des Buches ist Schmuel noch gar nicht geboren, und wir hören zuerst von seinem Vater Elkana, der jedes Jahr zum Heiligtum hinaufging, interessanterweise nach Schilo, was damals eine Opferstelle war, weil in Jeruschalajim noch nicht so viel los war. Elkana nimmt seine Familie und geht nach Schilo. Eine seiner beiden Frauen heißt Channa. Sie kann keine Kinder bekommen. Obwohl es ihrem Mann nichts ausmacht, weil er Kinder von der anderen Frau hatte, sieht es Channa anders. Sie hat höhere Erwartungen, sie braucht ihre eigene Symmetrie. Daher war sie *marat nefesch*. Die Übersetzung für *marat nefesch* als betrubten Gemütes ist sehr vorsichtig. Es kann bedeuten: existenziell bitter, das heißt, wenn man im eigenen Leben eine Enttäuschung, Verzweiflung, Aussichtslosigkeit spürt. Wir alle erleben mehr oder weniger, in dieser oder anderen Situation, diese Gefühle oder ihre Schattierungen, besonders wenn wir krank werden. Was machen wir damit? Was hat Channa damit gemacht?

Viele, die diese Geschichte ein wenig kennen, würden sagen, sie habe gebetet. Es stimmt nicht genau. Sie betet zwar später, aber zuerst legt sie ein Neder ab, ein Gelübde. „Gott, wenn du

mir einen Sohn gibst, wird er dir das Leben lang in der Synagoge dienen und nie einen Schnaps trinken.“ Jetzt stellen wir uns vor, wie ein Kind heutzutage auf dieses unabwendbare Schicksal reagieren würde. Ein Gelübde in der kritischen Situation auszusprechen, kann auch schief gehen, deswegen hat die spätere Tradition den alltäglichen Spruch *bli neder* eingeführt. „Ja, ich komme morgen, *bli neder*, ohne es zu versprechen.“ Das Versprechen bindet. Oft können oder wollen wir uns aber nicht binden. Trotzdem kritisiere ich Channa nicht, ich verstehe irgendwie ihre Motivation: Wenn ich um etwas Ungewöhnliches bitte, biete ich auch etwas Ungewöhnliches an. Das symmetrische Denken war typisch für das rabbinische Denken, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne, beispielsweise der Spruch (und ein Lied) „*Mizwa goreret Mizwa*“, eine gute Tat zieht eine andere gute Tat nach sich, und „*Awera goreret Awera*“, eine böse Tat führt zu einer ähnlichen bösen Tat. Gute Taten werden belohnt, böse Taten werden bestraft, das ist eine klassische, talmudische, symmetrische Vorstellung, mit der man sich kritisch auseinandersetzen könnte. Dennoch läuft alles auf die Symmetrie hinaus, die dabei ziemlich individuell wahrgenommen wird. Elkana sah seine Symmetrie darin, dass er Kinder von der zweiten Frau bekam, die aber von Elkana weniger geliebt wurde als Channa, daher bewirkte Gott nach Ansicht von Elkana seine Symmetrie dadurch, dass Channa keine Kinder hatte. Channa sah dagegen ihre Symmetrie in der Teilnahme am Eltern Glück. Deswegen betet Channa, sie macht eine Tefilla, im Text wird das Verb *lehitpalel* benutzt. Hilft es ihr? Hilft es uns, wenn wir beten?

BERGAUF Ein Jude betet in einer Synagoge mit lauter, aufgeregten Stimme. Sein Nachbar neigt sich zu ihm und bemerkt: „Mit Gewalt wirst du hier auch nichts ausrichten.“ Ich weiß, was mit mir die Tefilla macht, die ich als eine Tageskonstante nehme, bei der man immer wieder die gleichen Worte wiederholt, die schon ziemlich automatisch ausgesprochen werden. Doch gerade durch diese Automatisierung haben sie eine beruhigende Wirkung. Wenn ich einen großen, steilen Berg besteige, ist vieles dabei genauso automatisiert und oft gedankenlos, aber darin liegt auch die Erholung, dass man vorübergehend nichts denken, analysieren oder entscheiden muss. Ähnlich ist es mit unserem Gebet. Ich sage nicht, dass es immer automatisch und gedankenlos ablaufen muss. Auch die spontanen Bedeutungswahrnehmungen der automatischen Worte können inspirieren. Ich sage nur, dass das Gebet oft wie eine Bergwanderung ist, bei der wir auch nicht unbedingt ein Ziel erwarten, sondern der Weg das Ziel ist. Auch der Weg vom Gipfel zurück ins Tal gehört dazu, auch die Zeit nach der Bergwanderung, wie ein Gedicht von Georg Britting sagt: „Nicht droben, wo die Gipfel schweigen – hier unten, unter den Weidenzweigen – will sich die Veränderung zeigen.“ Deswegen geht es im Gebet nicht darum, etwas zu erreichen, sich etwas zu erbitten, sondern um die Zeitinvestition um einer Erfahrung willen.

Die rabbinische Tradition spricht vom Gebet als einer Mizwa, zu der wir verpflichtet sind. Eine Mutter kommt verzweifelt zum Rabbiner gelaufen. Ihr Kind hat einen unstillbaren Durchfall. „Sag Tehilim“, empfiehlt der Rabbiner. Die Mutter befolgt den Rat, sagt die Psalmen auf und das Kind wird tatsächlich gesund. Aber nach einigen Tagen ist sie wieder bei dem Rabbiner. Diesmal leidet das Kind an den genau entgegengesetzten Symptomen. Der Rabbiner meint: „Sag Tehilim.“ Und die Mutter antwortet enttäuscht: „Ich dachte, die Tehilim sind für den Durchfall.“ Dieser Witz geht mit der Meinung von Saadja Gaon einher, der sich als jüdischer Philosoph schon im 10. Jh. n.d. Z., also einige Jahrhunderte nach dem Abschluss vom Talmud, nicht vorstellen konnte, dass Gott als der ursächliche Bewegende da ist, um unsere Gebete unmittelbar zu erhören oder gar nicht zu erhören, sondern dass das Gebet für uns selbst gut ist, für unsere mentale Gesundheit. Das ist eine gewagte, postrabbinische Aussage, die heutzutage aktuell aufgegriffen wird, wenn viel von der Meditation und ihrer Auswirkung gesprochen wird.

FREISETZEN Channa betet in unserer Haftara-Geschichte und sagt dazu später: „*waeschpoch et nafschi lifnej Adoschem*“, I have been pouring out my soul before the Eternal, ich habe meine Seele ausgeschüttet vor dem Ewigen. Ich muss dabei an ein Lied denken von der französischen Sängerin ZAZ, Jahrgang 1980. Ihr Lied „Déterre“ (Grabe aus) beginnt im ruhigen Tempo mit dem Ratschlag, auszuspucken, was uns ein miserables Gefühl verursacht. Wenn die ruhige Melodie später in bewegender Weise nach oben geht, hört man die Worte: „Mach schon, gib auf, auch wenn du tonnenschwer beladen bist, wirst du nichts wiegen. Mach schon, stampfe mit deinen Füßen, damit unter ihnen die Erde mitschwingt.“ Und Channa sagte: „*waeschpoch et nafschi lifnej Adoschem*“, I have been pouring out my soul before the Eternal, ich habe meine Seele ausgeschüttet vor dem Ewigen. Hilft es, wenn wir auf diese Weise beten? Meine bejahende Antwort gebe ich mit dem persönlichen Beispiel eines schwerkranken Freundes, der mit Leberkrebs um das Leben kämpfte. Als er seine letzten Monate durchlitten hat, hat er mithilfe seiner Frau die Gebete gesagt, die in unserem *Sidur hatefillot* zu besonderen Gelegenheiten vorhanden sind, auch das Gebet in sehr schwerer Krankheit, das von der Hoffnung und Heilung, aber auch von der Möglichkeit der Reise aus dieser Welt spricht. Das fast tägliche Aussprechen dieses Textes gab ihm mehr Ruhe. Zusätzlich mithilfe einer ganz besonderen Maly-Meditation, die er regelmäßig durchzuführen versuchte, verspürte er sogar den physischen positiven Einfluss auf seine angeschwollenen Beine. Ich habe es sehr bewundert, dass unser Reformsidur unter diesen Umständen helfen kann. Trotzdem lebe ich weiterhin mit der offenen Frage, ob die Maly-Meditation auch zu einer Heilung führen kann, wie angeblich bei Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs nachgewiesen wurde.

LOSLASSEN Im *Mischebejrach*, dem Gebet für die Kranken, bitten wir nicht nur um *Refuat ha-guf*, die Heilung des Körpers, sondern auch um *Refuat ha-nefesch*, die Heilung der Seele. Schon Maimonides (1135-1204) betonte, dass nicht nur der Körper die Seele beeinflusst, sondern auch umgekehrt die Seele den Körper beeinflusst. Heute bezweifeln nur wenige unsere psychosomatische Einheit. Trotzdem nehmen weiterhin nur wenige die seelischen Auswirkungen auf den sogar kranken Körper wahr. Es gibt wissenschaftliche Untersuchungen, die die Aktivierung des Immunsystems nach der Meditation belegen. Wenn diese Verbindung tatsächlich besteht, sollte die heilende Wirkung der Meditation nicht mehr unterschätzt werden. Aus der physiologischen Sicht beruht eine Meditation auf dem Abschalten des Stirnhirns (PFC, präfrontaler Cortex), der das Zentrum unseres Intellekts darstellt und unser Nachdenken, unsere Planungen und Entscheidungen steuert. Doch gerade diese Prozesse, ohne die wir in dieser Welt nicht leben können, sind ein Hindernis für die Meditation, die definiert wird als „ein nicht wertendes Wahrnehmen aller im Moment auftauchenden Gefühle und Gedanken“. Davon kommt auch das viel zitierte Verweilen in der Gegenwart, sich ganz im Augenblick aufgehen zu lassen, das wir mehr mit der östlichen Religionen verbinden, das aber auch in der jüdischen Tradition verankert ist – nicht nur in den Meditationen der Kabbala, sondern auch im Wahrnehmen der Worte unseres Sidurs, beispielsweise in der Amida, die am Anfang von der Geschichte der Urväter und Urmütter spricht, im zweiten Teil von den Zukunftshoffnungen und im dritten Teil mit dem dreimaligen Aussprechen von „*kadosch, kadosch, kadosch*“ die zeitunabhängige Gegenwart betont. Dass wir uns dabei auf die Zehenspitzen erheben, wird traditionell als ein symbolisches Emporsteigen zu den höheren Sphären interpretiert. Es kann auch als eine Suche nach dem Verweilen in der Gegenwart verstanden werden, als Versuch eines nicht wertenden Wahrnehmens, die Essenz jeder Meditation.

HERAUSFORDERUNG Es ist nicht einfach, nur in der Gegenwart zu verweilen und nichts zu denken. Es ist schon schwer genug, einen Gedanken zu denken. Aber ist es nicht noch schwieriger, einen Gedanken nicht zu denken? Oscar Wilde sagte: „Gar nichts zu tun, das ist die allerschwierigste Beschäftigung und zugleich diejenige, die am meisten Geist voraussetzt.“ Ich weiß nicht, ob es ihm persönlich gelungen ist. Ich weiß aber, dass es wissenschaftlich belegt wurde, dass wir in unserem Leben schon nach einigen Wochen deutliche Änderungen in Bezug auf unsere Konzentration, Gedächtnisleistung und innere Ausgeglichenheit erfahren, wenn wir eine kurze Zeit regelmäßig unseren Atem beobachten – nur dies und nichts mehr. Können wir wirklich etwas Ähnliches erfahren? 18 Minuten des täglichen bewussten Nichtdenkens als ein Weg zur Erhöhung unserer Lebensqualität? Der Weg zu einer tiefen Wahrheit führt oft durch eine oberflächliche Aussage. Wahrscheinlich ist die größte Herausforderung dabei die nötige Regelmäßigkeit. Ein

Aphorismus von Kafka spricht vom Abbrechen des Methodischen als dem Anfang jeden Übels. Wie lange schaffen wir es, die 18 Minuten täglich zu investieren? Eine Woche, ein Monat, ein Jahr, das Leben lang?

Die Mizwa der Tefilla, die Pflicht zum Gebet, ist in der jüdischen Tradition nichts anderes als eine aufgezwungene Übung der Regelmäßigkeit, die uns geistig weiterbringen kann. *Tefilla*, das Gebet, oder mit anderen Worten Meditation, Yoga, Atembeobachtung, Reiki, Achtsamkeitsübungen und andere. Die Mizwa der Tefilla könnte als unsere persönliche Verpflichtung zu der gedankenlosen Regelmäßigkeit verstanden werden, also zu einer Meditation.

Hakadasch Baruch Hu
möge unsere Kranken
zur Stärke wiederherstellen
und ihnen *Refua schlema*,
ein psychisches und physisches
Wohlbefinden gewähren,
worauf wir sagen: AMEN.

מִי שֶׁבָּרַךְ אֲבוֹתֵינוּ אֲבִרְהָם יִצְחָק וְיַעֲקֹב
וְאִמּוֹתֵינוּ שָׂרָה רַבֵּקָה רָחֵל וְלֵאָה
הוּא יְבָרֵךְ וְיִרְפָּא אֶת הַחוֹלִים [...]
הַקָּדוֹשׁ בְּרוּךְ הוּא יִמְלֵא רַחֲמִים עָלֵיהֶם
לְהַחְיֵיקָם וּלְרַפְאוֹתָם וְיִשְׁלַח לָהֶם מְהֵרָה
רְפוּאָה שְׁלֵמָה מִן הַשָּׁמַיִם
רְפוּאָת הַנַּפֶּשׁ וְרְפוּאָת הַגּוּף
בְּתוֹךְ שְׁאֵר חוֹלֵי יִשְׂרָאֵל וְנֹאמַר אָמֵן:

Mi schebejrach awotejnu,
mekor habracha le'imotejnu,
may the source of strength
who blessed the ones before us
help us find the courage
to make our lives a blessing
and let us say: Amen.

Mi schebejrach imotejnu,
mekor habracha le'awotejnu,
bless those in need of healing
with *refuah shlemah*,
the renewal of body,
the renewal of spirit,
and let us say: Amen.

Mi schebejrach awotejnu,
mekor habracha le'imotejnu,
die Quelle aller Kraft
soll uns allen helfen,
uns ans Herz zu fassen,
alles Leben zu segnen,
und wir sagen: Amen.

Mi schebejrach imotejnu,
mekor habracha le'awotejnu,
segne die, die krank sind,
mit *Refua Schlema*,
der Erneuerung des Körpers,
der Erneuerung des Geistes,
und wir sagen: Amen.

שאלה: Erlaubt das Judentum die Sterbehilfe?

Alle Fragen, die das Ende (und den Anfang) des Lebens betreffen, müssen ernst genommen und die betreffenden Antworten vorsichtig formuliert werden. Der Begriff der Sterbehilfe fordert eine klare Definition. Aktive Sterbehilfe ist direkte Tötung auf Verlangen. Passive Sterbehilfe ist Nichteinleitung oder Nichtfortführung lebenserhaltender Maßnahmen. Assistierter Suizid ist eine Beihilfe zur Selbsttötung. Indirekte Sterbehilfe ist eine unbeabsichtigte Lebensverkürzung, die als unerwünschte Nebenwirkung einer Schmerz- oder Symptomlinderung in Kauf genommen wird¹.

1. Traditionelle Quellen

Die klassische jüdische Tradition lehnt die aktive Sterbehilfe ab. Die Tora stellt nur Gott als denjenigen dar, der Tod bewirkt und Leben schafft, **אני אמות** (Dt 32:39). Der Mensch wurde als Abbild Gottes, **בצלם אלהים**, geschaffen (Gn 1:27). Die Zerstörung menschlichen Lebens bedeutet, etwas Heiliges zu zerstören. Eine allgemeine Hinwendung zum Leben ist einer der Grundwerte der Tora, so auch in der Forderung, das Leben zu wählen, **ובחרת בחיים** (Dt 30:19).

Die hebräische Bibel bringt als bekanntes Beispiel eines ungewöhnlichen Todes den von König Schaul. In der ersten Version tötet er sich selbst, weil er Angst vor der Misshandlung durch seine Feinde hat, **ויחל מאד מהמורים** (I Sam 31:3-5). Besorgt um seine Menschenswürde wählt er lieber den Tod. In der zweiten Version bittet er - als er sich schon selbst in sein Schwert gestürzt hatte - einen Amalekiter, seinem Leben ein Ende zu setzen. Dieser tut es, wird aber später dafür von David exekutiert (II Sam 1:5-16). Die primäre Frage in der Schaul-Geschichte ist nicht die Frage der aktiven Sterbehilfe und ihrer Bestrafung, sondern die Frage des Suizids. Die talmudische Einstellung zu diesem Thema belegt der Fall der vierhundert Kinder, die ins Meer springen, um nicht in die Hände der Kinderschänder zu gelangen (Git 57b)

1. Professor Gian Borasio (geb. 1962): *Über das Sterben* (2012), S. 168. Er gilt als einer der führenden Palliativmediziner Europas. Den Ausdruck Euthanasie, der in der englischen Literatur oft der (und bloß der) aktiven Sterbehilfe zugeschrieben wird, vermeidet Borasio konsequent (vgl. Anm. 30 und 44). Die Definitionen finden sich auch in Husebø, Stein/Klaschik, Eberhard: *Palliativmedizin* (2003), S. 59, 73, 95

und dadurch ihre Menschenswürde zu verlieren. Der einzige Kommentar an dieser Stelle ist ein Psalmvers, aus dem auf schweigende Zustimmung geschlossen werden könnte.²

Dagegen betont die klassische rabbinische Literatur meistens einen totalen Respekt dem Leben gegenüber, wie die Mischna: Wenn irgendjemand ein einziges menschliches Leben zerstört, ist es, als ob er die ganze Welt zerstört hätte, כל המאבד נפש אחד מישראל מעלה עליו הכתוב כאילו איבד עולם מלא (San 4:5). Jeden Morgen erkennen wir an, dass Gott uns die Seele einhauchte und sie eines Tages von uns nehmen wird, אתה נפחתה בי ואתה משמרה בקרבי ואתה, עתיד ליטלה ממני ולהחזירה בי לעתיד לבא (Ber 60b).

Das jüdische Gesetz schreibt der sterbenden Person, dem *Gosses*, den uneingeschränkten Status einer lebenden Person zu, כל חי הוא כחי לכל, הגוסס הרי הוא כחי לכל, (YD 339:1). Wer mithilfe der aufgezählten Handlungen oder Situationen den Tod einer Person beschleunigt, wird einem Mörder gleichgesetzt, וכל וכל, המעמץ עם יציאת הנפש ה"ז שופך דמים, weil er nicht wartete, bis diese Person von selbst stirbt.

Rama spricht an dieser Stelle von einer langfristig sterbenden Person³, מי

2. Der Deutsche Ethikrat hat in der Ad-hoc-Empfehlung vom 18.12. 2014 bekräftigt, dass die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen unverändert erhalten bleiben muss, gleichzeitig betrachtet er aber die geltende Gesetzeslage, wonach weder Suizid noch eine Beihilfe zu einem im rechtlichen Sinne frei verantwortlichen Suizid strafbar sind, als die im Einklang mit den Prinzipien eines freiheitlichen Verfassungsstaates stehende Gesetzeslage. Zusätzlich sprachen sich die Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin in Deutschland in der Pressemitteilung vom 9.10.2014 geschlossen gegen den ärztlich assistierten Suizid aus, gleichzeitig räumten sie ein, dass in der Ausnahmesituation einer mit großem Leiden verbundenen Erkrankung für einige Menschen ein assistierter Suizid als einziger Ausweg erscheinen mag. Dabei steht jedoch in der Regel nicht der Todeswunsch im Vordergrund, sondern vielmehr Sehnsucht nach einem Beenden des Leidens.

3. Dies belegt, dass zu seiner Zeit kein Zeitrahmen für den Status von *Gosses* existierte. Eine genauere Definition wurde erst durch Rabbiner Joschua Falk (1555-1614) gegeben: Der *Gosses* wird innerhalb von drei Tagen (i.e. 72 Stunden) sterben (Jacob, Walter/ Zemer, Moshe: Death and

bittet, damit er stirbt, besonders, wenn er sehr leidet und keine Chancen mehr hat zu leben (zu Ned 40a).

2. Halachische Diskussion

Trotzdem setzt Bleich jede Beschleunigung des Todes (d.h. jede Sterbehilfe, ob aktiv oder passiv) einem Mord gleich, sogar wenn der Tod nur um wenige Momente beschleunigt wird. Ein Arzt muss unbedingt heilen, ורפא ירפא (Ex 21:19 und BK 85a), und den Kranken vor dem Tod retten. Ein Menschenleben kann nur vom Schöpfer zurückgefordert werden. Ein Patient darf eine lebenserhaltende Behandlung nicht verweigern. Das Konzept der Heiligkeit des Lebens (קדושת חיים) setzt persönliche Freiheit außer Kraft⁶. Im Falle von Gosses (vgl. Anm. 2) verbietet Bleich passive Sterbehilfe, bei der eine therapeutische Handlung, die das Leben verlängern könnte, vorenthalten wird. Jedoch belegt die sogenannte Temel-Studie vom August 2010, dass eine palliative Behandlung, d. h. der Ersatz der vermeintlich lebensverlängernden therapeutischen Maßnahmen durch die symptomorientierte Behandlung (Schmerz, Atemnot, Übelkeit etc.) gerade das Leben verlängert⁷. Bleich zitiert auch andere Meinungen, die unter Umständen eine Nichtbehandlung befürworten (Liebes, Auerbach, Feinstein), obwohl er damit nicht einverstanden ist oder diese Vorschläge als nicht umsetzbar betrachtet. Liebes behauptet, dass ein Arzt nicht mehr zu einer Behandlung verpflichtet ist, wenn dies zusätzliche Schmerzen und Leid verursacht⁸. Auerbach betrachtet als vernünftig - wenn es sich um einen

6. Rabbiner David Bleich (geb. 1936, Professor of Jewish Law and Ethics an der Yeshiva University in NYC): Die Behandlung des Patienten am Lebensende. In: Jüdische Ethik und Sterbehilfe (2006), Hurwitz, Peter/ Pickard, Jacques/ Steinberg, Avraham (Hrsg.). Rabbiner Elliot Dorff (geb. 1943, Professor der Bioethik an der American Jewish University in California) sieht diese Prämisse als ein Missverständnis der Tradition, weil im jüdischen Gesetz Beispiele vorkommen, in denen explizit gefordert wird, das Leben zu nehmen, z. B. in Selbstverteidigung etc. (Dorff, Eliott N.: Matters of Life and Death, 2003, S. 203)

7. Temel, Jeniffer S./ Greer, Joseph A./ Muzikansky, Alona et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer. New England Journal of Medicine 2010, Bd. 363, S. 733-742. Vgl. auch die Diskussion im Teil 3 von diesem Text.

8. Rabbiner Isaak Liebes (1905-2000): Teschuwot bet Awi II:153, der

Patienten handelt, der an starken Schmerzen oder auch an großer psychischen Bedrängnis leidet - ihm eine Behandlung vorzuenthalten, die ein großes Leiden verursacht⁹, wenn er dies wünscht. Auerbach erwähnt aber gleichzeitig ein "Privileg" des Schmerzes.¹⁰ Feinstein folgert, ובאינשי כה"ג, שהרופאים מכירין שא"א לו להתרפאות ולחיות, ואף לא שיחיה כמו שהוא חולה בלא יסורין אבל אפשר ליתן לו סמי רפואה להאריך ימיו כמו שהוא נמצא עתה ביסורין, אין יסורין, dass keine weitere Behandlung erfolgen soll, wenn der Arzt sieht, dass der Patient nicht geheilt werden und sein Leben nicht ohne großes Leiden verlängert werden kann¹¹.

Schmerz ist in der halachischen Diskussion ein wichtiger Faktor. Trotz seiner strikten Einstellung zu jeder Sterbehilfe sagt Bleich, dass vom Standpunkt der Halacha lebensverlängernde Maßnahmen bei unerträglichen Schmerzen vorenthalten werden können¹². Er sieht keinen halachischen Einwand gegen die Schmerzmedikation mit den narkotischen Analgetika (Morphin), selbst wenn sie dazu führt, dass der Patient an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden muss¹³. Heutzutage gilt Morphin als das wirksamste Mittel gegen

Kommentar zu Ned 4:4. und Hilchot Nedarim 6:8., zitiert in Bleich, David (2006), vgl. Anm. 6

9. Rabbiner Schlomo Zalman Auerbach (1910-1995): Halachah urefuah (1981), Bd. II, S. 131 oder Minchat Schlomo 91:24. Zitiert in Bleich, David (2006), vgl. Anm. 6

10. Ähnlicherweise verweist Prof. Abraham S. Abraham auf Kid 49b: Die Schmerzen reinigen das Herz, weil sie zur Teschuwa beitragen, die das Leben in der kommenden Welt verspricht. טיפול בגוסס וקביעת המוות. Assija III, 1983, S.3)

11. Iggerot Moshe, CH.M. II, 73:1

12. Bleich, David (2006), S. 70 (vgl. Anm. 6). Er schreibt aber auch: Wenn jedoch das doppelte Ziel des Vermeidens von Schmerzen und des Bewahrens von Leben miteinander in Konflikt geraten, erkennt das Judentum in der Heiligkeit des Lebens den höchsten Wert und gibt demgemäß der Bewahrung des Lebens den Vorrang (S. 65).

13. Bleich, David (2006), S. 67 (vgl. Anm. 6) bemerkt die Zurückhaltung der Ärzte von hochdosiertem Morphin, das die Gefahr einer Depression des zerebralen Atemzentrums bewirkt. An einer anderen Stelle (S. 69) zitiert er dagegen eine Studie, derzufolge ein hohes Risiko für Atemdepression und daraus resultierende Beschleunigung des Todes nach einer adäquaten Schmerzkontrolle mehr auf den langjährigen Mythen als auf medizinischen Tatsachen beruht. Dies wurde auch heutzutage bestätigt

Atemnot¹⁴. Auch wenn es verboten ist, mit einer Morphin-Überdosis den Tod des Patienten bewusst herbeizuführen, so ist es erlaubt, die ausreichenden Morphin-Dosis zur Schmerzlinderung zu verabreichen, auch wenn dadurch die Wahrscheinlichkeit des Ablebens des Patienten erhöht wird¹⁵. Waldenberg erlaubt, נתנים המה ע"י הרופא במטרה כדי להקל מעליו יסוריו הקשים מותר לו לתת, לחולה, הגם שמאידך המה מזיקים לו ועלולים גם לקרב יותר את המיתנו כי נראה שזהו ג"כ בכלל נתינת הרשות שנתנה התורה לרופא לרפאות Sterbenden starke Schmerzmittel wie Morphin verabreicht werden, sogar wenn diese den Tod beschleunigen; es dürfe aber nie Absicht sein, das Leben zu verkürzen, sondern lediglich, um Schmerzen zu lindern¹⁶. Nach Jacob soll der Arzt immer den großen Schmerz lindern und nicht besorgt sein, dass dies die Beschleunigung des Todes bewirken kann¹⁷. Dies entspricht der Definition der indirekten Sterbehilfe. Letztendlich aber brachte die Palliativforschung keinen Hinweis auf eine Lebensverkürzung durch zum Teil sehr hohe Dosierungen von Opioiden (z.B. Morphin) oder Sedativa (z. B. Benzodiazepine) in der letzten Lebensphase, eher ist im Gegenteil der Fall, dass die so behandelten Patienten länger leben, auch wenn man den früheren Tod als Folge der konsequenten Symptomlinderung in Kauf genommen hätte¹⁸.

(vgl. Anm. 14).

14. Der Mythos der Gefährlichkeit von Morphin bei Atemnot hält sich, wie einige Mythen in der Medizin, hartnäckig, obwohl er längst widerlegt ist. Borasio, Gian (2012), S. 73 (vgl. Anm. 1)
15. Ein Versterben als unerwünschte Wirkung ist nichts anderes als das Versterben eines Patienten am Lebensende. Klinkhammer, Gisela: Schmerzfreiheit ist immer möglich, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 35-36, 2014, S. B1251
16. Rabbiner Eliezer Waldenberg (1915-2006), Ziz Elieser XIII:87. Dagegen erklärt Rabbiner Mosche Feinstein (1895-1986), dass schmerzstillende Mittel unter Voraussetzung verabreicht werden können, wenn sie das Leben nicht verkürzen, auch nicht nur um ein wenig (Iggerot Mosche CH.M. II, 73:1, vgl. Anm. 11). Interessanterweise haben beide *Poskim* wiederum entgegengesetzte Meinungen zur Fortsetzung der Behandlung einer sterbenden Person. (vgl. Anm. 22)
17. Rabbiner Walter Jacob (geb. 1930): Drugs to relieve pain, New American Reform Responsa (1992), Nr. 151
18. Sykes, Thorns: The use of Opioids and sedatives at the end of life. Lancet Oncology 2003, Bd. 4, S. 312-318, zitiert in Borasio, Gian (2012), Kap. 9 (vgl. Anm. 1). Im Zweifelsfalle lebten die Patienten eher etwas

Die Beseitigung des Schmerzes, der bei Auerbach auch durch große psychische Leiden entstehen kann, bringt uns zurück zu der passiven Sterbehilfe, d. h. Nichteinleitung oder Nichtfortführung lebenserhaltenden Maßnahmen. Auch hier besteht in der halachischen Diskussion ein Konflikt zwischen zwei spirituellen Werten. Auf einer Seite steht die Heiligkeit jedes menschlichen Lebens (קדושת חיים): Um ein Leben zu retten, ist es erlaubt, alle Gebote der Tora zu übertreten, bis auf Mord, verbotene sexuelle Beziehungen und Götzendienst¹⁹. Auf der anderen Seite steht das Mitleid (רחמים) mit dem Leidenden, um sein Leiden (יסורי) zu lindern oder seine Menschenwürde (כבוד הבריות) aufrechtzuerhalten. In diesem Spannungsfeld bewegen sich einzelne halachische Entscheidungen.

Feinstein schrieb, כי ליתן להם סמי רפואה שימות עי"ז וכן לעשות איזה פעולה, שיגרם לקצר אפילן לרגע אחת הוא בחשיבות שופך דמים אלא שיהיו בשב ואל תעשה, dass es absolut verboten ist, etwas zu tun oder ein Arzneimittel zu verabreichen, wenn das Leben eines Patienten sogar nur um einen Augenblick verkürzt wird, weil dies einem Mord gleiche²⁰. Gleichzeitig plädierte er aber für das passive Sich-selbst-Überlassen: אבל באופן שיש לו יסורין ואין ידוע רפוא ... אפשר כדמסתבר לכאורה שאין מחויבין לרפאות חולה כזה כשאין רוצה בעניי רפואה שמאריכין חיי בחי יסורין כאלו, wenn medizinisch dem Leiden einer kranken Person nicht geholfen werden kann, ist der Arzt zum Heilen nicht mehr verpflichtet, falls sich die kranke Person nicht wünscht, dass mit den medizinischen Mitteln ihr Leiden verlängert wird²¹. Aus der Geschichte mit Rabbi Chanina ben Teradion (AZ 18a, vgl. Teil 4 dieses Textes) leitet Feinstein ab, dass ein Patient keine Verpflichtung hat, sein Leben des Leidens zu verlängern²². Wenn ein Patient unheilbar krank ist und andauernd Schmerzen hat, so dass es keine Hoffnung auf ein

länger und nicht kürzer. Borasio gibt auch einen Fallbeispiel an, bei dem die hohe Morphin-Konzentration letal gewesen sein müsste und doch nicht war; die Verringerung auf ein Hundertstel der Dosis ermöglichte dem Patienten einen friedlichen Tod bei guter Beschwerdelinderung (S. 166). In diesem Falle würde sich die Kategorie der indirekten Sterbehilfe erübrigen.

19. Pes 25, Joma 82, San 74

20. Iggerot Moshe, CH.M. II 73:1

21. Iggerot Moshe, CH.M. II 74:2

22. Dagegen behauptet Rabbiner Eliezer Waldenberg, dass das Leben eines Patienten um jeden Preis verlängert werden muss, unabhängig von dem Wunsch des Patienten (Ziz Eliezer, IX, 47:5), מפילי אם החולה בעצמו יצחק הניחו לי ואל תגישו לי שום עזרה כי נבחר לי המות.

schmerzsfreies Weiterleben gibt, aber es immer noch möglich ist, mit den medizinischen und technologischen Methoden sein Leben zu verlängern, dann ist es nicht angebracht, dies zu tun. Stattdessen soll der Patient in einen möglichst komfortablen Zustand gebracht und, *אלא ייחוס כמו שהם*, ohne jede Intervention gelassen werden²³.

Bleich behauptet, dass der Arzt bei seiner Verpflichtung, Leben zu verlängern, sämtliche bekannte Mittel einsetzen muss²⁴. Auerbach betont, dass einem unheilbar und schwerstkranken Patienten Nahrung und Sauerstoff zugeführt werden müssen, sogar dann, wenn dies gegen seinen Willen geschehen sollte²⁵. Waldenberg hält fest, *והרופא חייב להמשיך לתת לו כל מה שאפשר לתת*, dass Bluttransfusionen, Sauerstoff, Antibiotika sowie orale oder parentale Ernährung bei einem unheilbar kranken Patienten bis zu dessen Tod weiter gegeben werden müssen²⁶. Paradoxerweise bewirken aber gerade diese Behandlungen, was dem jüdischen Gesetz gemäß vermieden werden soll: viel Leiden und Schmerzen, wie uns die neue palliative Forschung zeigt.

3. Palliativmedizin

Die palliativmedizinische Forschung demonstrierte, dass Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können²⁷. Die angsteinflößenden Folgen von Unterernährung und Flüssigkeitsmangel bei Gesunden hat für das Lebensende keine Bedeutung, weil Sterbende in der sogenannten katabolischen Stoffwechsellage nicht unter quälendem Hunger- und Durstgefühl leiden, wenn sie keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich nehmen können²⁸. Umgekehrt wirkt sich eine verminderte

23. Iggerot Moshe, CH. M. II 73:1 (vgl. Anm.11). Für Feinstein ist die Abwesenheit der unerträglichen Schmerzen das Kriterium. Wenn der Patient aber keine Schmerzen hat, sollen Anstrengungen gemacht werden, um den Patienten am Leben zu halten.

24. Bleich, David (2006), S. 65 (vgl. Anm. 6)

25. Halachah urefuah 2 (1981) 131, zitiert in Nordman Yves: Zwischen Leben und Tod - Aspekte jüdischer Medizinethik (1999).

26. Ziz Elieser XIV: 80

27. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2004, Jg. 201, S. A1298ff, nochmals bestätigt 2011, Jg. 108, S. A436ff. Zitiert in Borasio, Gian (2012) S. 108 (vgl. Anm. 1)

28. Borasio, Gian (2012), S. 109 (vgl. Anm. 1). Das Durstgefühl am Lebensende hängt von der Trockenheit der Mundschleimhaut, aber nicht

Flüssigkeitszufuhr positiv aus: weniger Erbrechen, Verringerung von Husten und Verschleimung, Verringerung von Ödemen in Gewebe, Lunge und Bauch sowie weniger Schmerzen²⁹. Alle wissenschaftlichen Studien belegen kein Erreichen der gewünschten Therapieziele (Lebensverlängerung, Verbesserung der Lebensqualität, Verringerung des Verschluckens, Verbesserung des Ernährungsstatus) mit der Anlage einer PEG-Sonde bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz: PEG-Sonden erwiesen sich nicht nur als unwirksam, sondern sogar als schädlich³⁰. Auch die Gabe von Sauerstoff über eine Nasenbrille trocknet die Mundschleimhäute aus, so dass dadurch ein Durstgefühl entsteht, und zwar unabhängig von der Menge der zugeführten Flüssigkeit³¹.

Die klassischen lebenserhaltenden Maßnahmen führen oft zu einer Verlängerung der Todesqualen. Prager schreibt, dass für einen Arzt, wenn er einem Patienten nicht mehr helfen und nur sein Leiden verlängern kann, das Gebot des Heilens, ורפא ירפא (Ex 21:19 und BK 85a), nicht mehr gelten sollte, weil es sich nicht auf die Situation bezieht, in der der Arzt nicht mehr helfen kann. Dies sei im Einklang mit der zitierten Meinung von Rama, der die Entfernung des Todeshindernisses erlaubt (Rama zu YD 339:1). Die Kategorie der Heiligkeit des Lebens, קדושת חיים, sollte kein Zweck an sich sein, weil die Aufrechterhaltung des Lebens oft mit dem Zusammenbruch des Körpers einhergeht, Anschwellen des gesamten Körpers bewirkt und weitere

von der Menge zugeführter Flüssigkeit ab. Behandlung der Mundtrockenheit ist die richtige Therapie von Durstgefühl am Lebensende und nicht eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

29. Borasio, Gian (2012), S. 111 (vgl. Anm. 1): Zum Beispiel bei Krebspatienten durch die Verringerung des Ödems um Tumore und Metastasen und die damit verbundene Verringerung des schmerzverursachenden Drucks auf das umliegende Gewebe. Außerdem konnte eine erhöhte Endorphinen-Ausschüttung (endogene Morphine) festgestellt werden.

30. Sampson EL, Candy B, Jones L: Enteral tube feeding advanced dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Bd. 2, CD007209. Zitiert in Borasio, Gian (2012), S. 115 (vgl. Anm. 1). Borasio verweist auf das grauenhafte "Euthanasie"-Programm der Nationalsozialisten, in dem über 100.000 psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ermordet wurden. Dass jede Diskussion über die Sterbehilfe dadurch beeinflusst wird, sieht er als nachvollziehbar, aber nicht unbedingt hilfreich. (S. 120, vgl. Anm. 1 und 44)

31. Borasio, Gian (2012), S. 128 (vgl. Anm. 1). Weil die Nieren das erste Organ ist, das im Sterben seine Funktion einschränkt, führt die zugeführte Flüssigkeit zum Lungenödem und dadurch zu Atemnot.

Katheterisierung fordert³². Tendler und Rosner schreiben, dass es eine Mizwa sei, das Leben zu verlängern, den Tod zu verlängern dagegen nicht³³.

Die passive Sterbehilfe kann zwei Formen haben: ein passives Sich-Enthalten jeder direkten Tätigkeit (שב ואל תעשה) oder eine aktive Beseitigung des Todeshindernisses (קיום ועשה)³⁴. Im ersten Falle des passiven Sich-Enthalte ns handelt es sich um einen Verzicht auf eine Therapie³⁵ (z. B. Krebstherapie mit den Tyrosinkinaseinhibitoren, die oft unangenehme Nebenwirkungen haben), einen Verzicht auf eine zusätzliche Operation (z. B. eine Schrittmacher-OP, von der das Leben abhängt) oder einen absichtlichen Verzicht auf Essen und Trinken³⁶. Im zweiten Falle einer aktiven Beseitigung des Todeshindernisses handelt es sich um ein Ausschalten der Maschinen (z. B. der Beatmung bei den ALS-Patienten)³⁷, wie das Bezirksgericht von Tel Aviv in einem ähnliche Falle beschloss³⁸. Nach Halevy ist es nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten, einen Patienten von einem Respirator zu trennen, weil seine Seele, die Gott gehört, schon durch ihren Schöpfer genommen wurde, und sobald der Respirator entfernt werde, er auch stirbt³⁹. Unter der

32. Dr. Kenneth Prager, zitiert in Telushkin Joseph: A Code of Jewish Ethics, Vol. II - Love your neighbor as yourself (2009), Kap. 28:10

33. Tendler, Moshe D./ Rosner, Fred: Quality and Sanctity of Life in the Talmud and Midrash. In Tendler, Moshe D.: Responsa of Rav Moshe Feinstein, vol. 1, Care of the Critically Ill, 146. Zitiert in Telushkin, Joseph (2009)

34. Vgl. Eruvin 100a, in: Zemer, Moshe: Evolving Halacha (1999), S. 353-355

35. Damit diese Kategorie zutrifft, empfiehlt Salamon Freehof, dass der Arzt jeden Tag eine Anordnung zur Behandlung aufschreibt. Wenn dies eines Tages nicht geschieht, sieht er das talmudische Diktum שב ואל תעשה erfüllt, weil keine aktive Tat folgt. Zitiert in Zemer, Moshe: Evolving Halacha (1999), S. 353

36. Zu dieser Kategorie des passiven Sich-Enthalte ns können Situationen vor dem Anfang der intravenösen Ernährung oder vor dem Anschluss des Patienten an die Herz-Lungen-Maschine gezählt werden, allerdings für einige *Poskim* nicht, nachdem diese Behandlungen anfangen.

37. ALS - amyotrophe laterale Sklerose. Eine besondere Situation dieser Kategorie stellen die komatösen, aber selbst atmenden Patienten dar.

38. Ein 40-jähriger Mann mit ALS durfte von der Herz-Lungen-Maschine getrennt werden, in Zemer, Moshe: Evolving Halacha (1999), S. 351.

39. Tel Aviver Obberabbiner Chajim David Halevy (1924-1998), Responsa

Bedingung, dass das unabhängige Leben aufhörte, erlaubt Jacob, dass weitere medizinische Unterstützungssysteme nicht fortgesetzt werden müssen⁴⁰.

4. Weitere Herausforderung

Die Geschichte von Rabbi Chanina ben Teradjon (AZ 18a) wird oft herangezogen: Auf Anfrage seiner Schüler lehnt er ab, das Hindernis für einen schnellen Tod zu entfernen. Aber später, auf die Nachfrage des Henkers, stimmt er zu, die Feuerintensität zu erhöhen. Rosner leitet davon ab, dass es verboten sei, den eigenen Tod direkt herbeizuführen, doch dass es erlaubt sei, die Hindernisse des Todes zu entfernen, i. e. das Feuer wurde nicht verstärkt und dadurch nicht der Tod herbeigeführt, sondern das Feuer wurde zu seiner ursprünglichen Intensität gebracht und dadurch das Hindernis des Todes entfernt⁴¹.

Kravitz dagegen sieht das talmudische Narrativ als eine Entwicklung der Meinung von Rabbi Chanina, der zuerst entschlossen war, nichts für die Beschleunigung seines Todes zu unternehmen: doch als die Situation unerträglich wurde, entschied er sich, das Leben so schnell wie möglich zu beenden⁴². Der Henker in dieser Geschichte verweist jedoch auf das Problem der aktiven Sterbehilfe, i. e. der direkten Tötung auf Verlangen. Tandler erkennt dieses textuelle Problem, das aber seiner Meinung nach nichts am Verbot der aktiven Sterbehilfe im Judentum ändert⁴³.

Aseh lecha rav, 5:39. Zitiert in Zemer, Moshe: *Evolving Halachah* (1999), S. 355

40. Jacob Walter: *American Reform Responsa* (1983), Nr. 79

41. Rosner, Fred: *Biomedical Ethics and Jewish Law*, 229. Zitiert in Telushkin, Joseph: *A Code of Jewish Ethics*, Vol. II - Love your neighbor as yourself (2009), Kap. 28:10

42. Kravitz, Leonard (Professor von HUC in NYC), in: *Jüdische Ethik und Sterbehilfe* (2006), S. 77-78

43. Tandler, Moshe D./ Rosner, Fred: *Quality and Sanctity of Life in the Talmud and Midrash*. In Tandler, Moshe D.: *Responsa of Rav Moshe Feinstein*, vol. 1, *Care of the Critically Ill*, 142. Zitiert in Telushkin, Joseph: *A Code of Jewish Ethics*, Vol. II - Love your neighbor as yourself (2009), Kap. 28:10

Eine Ausnahme stellt Kravitz dar, wenn er erklärt, dass Sterbehilfe⁴⁴ vom Griechischen *eu* (gut, angenehm) und *thanatos* (Tod) kommt⁴⁵. Das talmudische Pendant ist מיתה יפה (Ket 37b), ein schöner Tod, der Raschi zufolge als schneller Tod definiert wird, שימות ממהר⁴⁶. Dadurch verbindet Kravitz die talmudische Diskussion über die Todesstrafe mit der Sterbehilfe und argumentiert: Wenn das Leiden für die zum Tode verurteilten Kriminellen vermieden wird, קל וחומר, um so mehr sollte dies für das Leiden der unschuldigen, ernsthaft Kranken und Sterbenden gelten, die von ihrer Agonie befreit werden wollen. Auch die Magd von Rabbi Jehuda ha-Nassi änderte ihre Meinung, als sie seine Agonie sah⁴⁷. Kravitz unterscheidet aber nicht zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, was weder aus medizinischer noch juristischer Sicht nachvollziehbar ist.

44. Das englische Wort "euthanasia" sollte ins Deutsche konsequent als Sterbehilfe übersetzt werden (vgl. Anm. 1 und 30).

45. Kravitz, Leonard: Euthanasia, in: *Death and Euthanasia in Jewish Law* (1995), S. 11

46. Im modernen Hebräisch entspricht es dem Ausdruck המתת חסד.

47. Kravitz, Leonard: Einige Gedanken über jüdische Tradition und Patienten am Lebensende. In: *Jüdische Ethik und Sterbehilfe* (2006), S. 73. Nach Kravitz, Todesstrafe und Kriegsführung machen jede Äußerung über die "Heiligkeit des Lebens" zu einer Äußerung über "einige".

תשובה, Schlussfolgerung

Obwohl sich einige Interpretationen der erwähnten Midraschim⁴⁸ und zeitgenössische jüdische Stimmen für den assistierten Suizid⁴⁹ (Beihilfe zur Selbsttötung) oder sogar für die aktive Sterbehilfe⁵⁰ (Tötung auf Verlangen) aussprechen, finden sie dafür in dem bisherigen halachischen Diskurs keine Unterstützung. Mit der passiven Sterbehilfe (Nichteinleitung oder Nichtfortführung lebenserhaltenden Maßnahmen) sieht es differenzierter aus⁵¹. Solide medizinische Forschung⁵² zeigt, dass palliative Behandlung oft erfolgreicher und menschenwürdiger für die unheilbar Kranken ist als eine aggressive medizinische Behandlung⁵³. Zu den Möglichkeiten der passiven Sterbehilfe zählen Verzicht auf zusätzliche Therapien/Operationen oder ein Ausschalten der Maschinen (e.g. Herzschrittmacher, Atemmaske, Dialysegerät) oder Verzicht auf Essen/Trinken⁵⁴. Die klassische jüdische Vorstellung spricht sich zwar gegen die Beschleunigung des Todes aus, gleichzeitig aber für das Entfernen eines Todeshindernisses⁵⁵. Dieses Spannungsfeld, vertieft durch die Dialektik zwischen der Heiligkeit des Lebens (קדושת חיים) und der Ablehnung des schmerzlichen Leidens (יסורים), unter Umständen inklusive des psychischen Leidens, können zu den verantwortungsvollen, bewussten und kontrollierten Entscheidungen führen, die den Todesaugenblick einer unheilbar kranken Person nicht hinauszögern und im Falle des unüberwindbaren Schmerzes eine Empathie (Barmherzigkeit, רחמים) entgegenbringen.

Der Autor ist Rabbiner der Liberalen Jüdischen Gemeinde in München und Mitglied der Allgemeinen Rabbinerkonferenz Deutschland und bedankt sich bei Dr. Stephan Probst für seine wertvollen Impulse zu diesem Text.

48. Kinder auf dem Schiff (Git 57b), Rabbi Chanina (AZ 19a), Rabbi Jossi ben Chalafta (Jalkut Schimoni, Ekew 871), auch: Rabbi Jehuda ha-Nassi (Ket 104a), Rabbi Jochanan (BM 84a)
49. Bernheimer, Emmanuele: Alles ist gut gegangen (2013)
50. Giordano, Ralph: Namenslose Trauer, unsagbare Erleichterung, Jüdische Allgemeine (20.11. 2014)
51. Der Begriff der indirekten Sterbehilfe wird heutzutage kritisch dargestellt (vgl. Anm. 18).
52. Borasio, Gian: Selbst bestimmt sterben (2014)
53. vgl. Anm. 7
54. Borasio, Gian: (2014), S. 97 (vgl. Anm. 52) beschreibt einen Entscheidungsprozess der 94-jährigen Frau M.
55. Rama zu YD 339:1 (vgl. Anm. 4)

Palliativmedizin aus jüdischer Sicht

Viele Fragen am Lebensende sind medizinische Fragen und im Kern geht es meist um die Frage, welche medizinischen Entscheidungen unter Berücksichtigung kultureller, biografischer, weltanschaulicher und religiöser Haltungen des Schwerkranken oder Sterbenden die individuell richtigen sind. Die Antwort darauf, ob bestimmte medizinische Maßnahmen mehr schaden als nutzen, wo ursprünglich lindernde und lebensverlängernde Medizin in unnötige Leidverlängerung übergeht, wo Medizin hilft, gebotene Lebensverlängerung zu erreichen, aber ab welchem Punkt sie sich in unmenschliches und würdennehmendes Verlängern eines qualvollen Sterbeprozesses verirrt, ist keineswegs immer eindeutig und kann individuell sehr unterschiedlich ausfallen.

Juden, die sich bei bedeutsamen Entscheidungen während ihres Lebens an der Halacha bzw. ihrer persönlichen Auslegung der Halacha orientierten, wird es wichtig sein, sich bei den existenziellen Entscheidungen am Lebensende an dem für sie verbindlichen Rahmen der Halacha zu orientieren. So trivial und selbstverständlich diese Aussage klingen mag, so schwierig ist es, dies in der Realität umzusetzen, weil wir in der Regel nicht mehr gewohnt sind, medizinische Fragen in einen religiösen Kontext zu stellen oder Antworten auf medizinische Fragen unter Einbindung religiöser Werte und Vorstellungen zu geben. Zugleich leben wir in einer Epoche, in der sich die Möglichkeiten der Medizin rasant entwickeln, woraus immer wieder neue bioethische Probleme entstehen, für deren Lösung spezifisch jüdische Zugangsweisen jeweils neu diskutiert und beschrieben werden müssen. Im Judentum war es aber immer schon üblich, dem wissenschaftlichen Fortschritt gegenüber aufgeschlossen zu sein und gesellschaftliche und technische Modernisierungen in die jüdische Tradition aufzunehmen.

Der relativ junge Zweig der modernen Medizin, die Palliativmedizin könnte durchaus eine jüdische Erfindung sein und ist eine Antwort auf die von vielen Menschen wahrgenommene und formulierte Sorge, einsam und verlassen, einer unmenschlichen, technisierten und bloß erfolgsorientierten Medizin ausgeliefert zu sein, für die weltanschaulich-religiöse Werte keine Bedeutung mehr haben.

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 2002 widmet sich die Palliativmedizin der Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium und begrenzter Lebenserwartung. Das Hauptziel der Begleitung ist der Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität der Kranken sowie deren Angehörigen. Nicht nur, weil sich die Palliativmedizin neben dem Kranken, auch um dessen Angehörige kümmert, sondern auch, weil sie zur Verbesserung von Lebensqualität außer Schmerzen, Luftnot und anderen körperlichen Symptomen auch psychische, spirituelle, religiöse und soziale Nöte im Blick hat, beschreitet sie neue Wege in der Medizin unserer Zeit. Die Palliativmedizin sieht sich dabei unbedingt als lebensbejahend und beabsichtigt weder die Beschleunigung noch die Verzögerung des Todes. Sie versucht den Patienten alle Unterstützung zu geben, damit sie ihr Leben bis zum Tod so aktiv wie möglich und getreu ihrem Lebensentwurf

gestalten können.

Da die Palliativmedizin das Sterben als natürlichen Prozess am Ende des Lebens sieht und den Tod akzeptiert, begegnet ihr immer noch ein Teil unserer Gesellschaft mit Argwohn und Ablehnung und unterstellt ihr einen fatalistischen Ansatz. Schließlich passt sie so gar nicht in unser Bild einer allmächtigen Medizin, die die Endlichkeit abschaffen will und für alle Probleme eine Lösung bereit hält. Von einer anderen Gruppe der Gesellschaft wird der Medizin (einschließlich der Palliativmedizin) umgekehrt erst gar nicht zugetraut, dass sie Sterbende überhaupt mit einem achtsamen Ansatz und Würde begleiten kann, da sie als menschenfeindlich, gewinnorientiert und technisiert erlebt wird. Dies mag die Leidenschaft und Heftigkeit erklären, mit der die sogenannte Sterbehilfedebatte in Politik und Gesellschaft geführt wird und warum extreme Positionen so viele Anhänger finden, die uns vor allem in TV-Talkshows begegnen.

Wenn wir aus jüdischer Perspektive auf die oben ausgeführte Definition von Palliativmedizin schauen, erkennen wir die Übereinstimmung mit der Halacha, die dem Leben einen allerhöchsten Wert beimisst, zugleich das Lindern von Leid fordert (denn das Leiden schadet der Seele) und ein Hinauszögern des Todes ablehnt. Das Programm der Palliativmedizin könnte man auch aus dem Maimonides zugeschriebenen (aber wahrscheinlich aus der Feder Moses Mendelssohns Leibarztes Marcus Herz stammenden) Arztgebet lesen. Darin heißt es: „lass mich nur den Menschen im leidenden Patienten sehen“ und auch, dass der Arzt den Patienten „durch das Leben und durch den Tod“ begleiten soll. Der Arzt ist also auch für den Ablauf des Sterbeprozesses verantwortlich. Damit unterscheidet sich das Bild des Arztes im Maimonidischen Arztgebet, das oft als jüdisches Pendant zum Hippokratischen Eid gesehen wird, wesentlich von dem hippokratischen Arztverständnis: im Corpus Hippocraticum heißt es nämlich, dass der Arzt sich von unheilbaren, erkennbar dem Tod geweihten Patienten fernhalten soll und diese von vornherein nicht besuchen soll. Medizinhistoriker haben verschiedene Erklärungen für dieses Diktum gefunden. Möglicherweise war es in dem Verbot, für eine erfolglose Behandlung ein Honorar zu verlangen begründet oder die Erklärung für die Anweisung lag allein in der drohenden Vergeblichkeit kurativer Ansätze, womit die ärztliche Tätigkeit bei Todkranken als sinnlos erachtet wurde. In der abendländischen Medizin war in dieser Tradition die Sorge um die Todkranken, die sogenannten „Austherapierten“, lange eine vernachlässigte oder ganz und gar verdrängte ärztliche Aufgabe. Erst in den letzten Jahren hat sich das geändert und die Empfehlung des Corpus Hippocraticum hat zum Segen der Kranken ihre Gültigkeit verloren.

Aus dem Gebot der Tora, alles Verlorene seinem Besitzer zurückzugeben (Deuteronomium 22:3-4) leitet das Judentum die Verpflichtung des Arztes ab, alles in seiner Macht stehende zu tun, um dem Kranken seine Gesundheit zurückzugeben. Maimonides interpretiert in seinem Kommentar des Mischnatraktats Nedarim diese Verpflichtung weiter und über die Gesundheit im engeren Sinne hinaus, nämlich auf „das körperliche, das wirtschaftliche und die geistige Gesundheit“. Diese Interpretation würden wir mit der heutigen Sprache als ganzheitlichen Ansatz bezeichnen, der das Somatische, Spirituelle und Psychosoziale einbezieht

und können darin die WHO-Definition von Palliativmedizin wiederfinden, die mit Maimonides gesprochen in der Lebensqualität das verlorene Gut des Kranken sieht, das ihm wieder zurückzugeben ist.

Der oben angedeutete Argwohn der hedonistischen modernen Gesellschaft gegenüber der Palliativmedizin und die Unterstellung, Palliativmedizin sei eine resignierende Medizin (weil sie mit dem Tod als dem natürlichen Ende eines Lebens Frieden geschlossen hat), ist der jüdischen Diskussion, wenn auch mit einem anderen Hintergrund, nicht ganz fremd und könnte einige Missverständnisse erklären, die es zwischen Judentum und Palliativmedizin gibt. Der Nestor der modernen jüdischen Medizinethik, Rabbiner Lord Immanuel Jacobovits sah in dem Parallelismus

נתתי לפניך היום את-החיים ואת-הטוב ואת-המוות ואת-הרע
„Hiermit lege ich Dir heute das Leben und das Gute, den Tod und das Böse vor“ (Deuteronomium 30:15) einen Beleg dafür, dass der Tod nicht neutral zu sehen sei, sondern dem Bösen zugeordnet werden muss. Der Tod ist somit gewissermaßen ein Feind, mit dem die Medizin keinen Frieden schließen darf. Es gibt aber im Judentum auch eine völlig andere Einstellung zum Tode. Sie stellt den Tod nicht als unbedingt zu bekämpfenden Feind dar und lässt damit doch einen Friedensschluss mit ihm zu. Eine sehr schöne Quelle hierzu finden wir im Midrasch Bereschit Rabbah in der Rabbi Meir folgendermaßen zitiert wird: in der Tora erzählt die Schöpfungsgeschichte, wie der Ewige am Ende eines jeden der ersten fünf Schöpfungstages auf sein Werk schaut und erklärt dass es gut sei: טוֹב כִּי-טוֹב. Am Ende des sechsten Schöpfungstages weicht der Text der Tora etwas von der Schilderung der ersten fünf Tage ab und es heißt hier, dass der Ewige erklärte, es sei „sehr gut“: טוֹב מְאֹד. Die Bedeutung des zusätzlichen Wortes „sehr“ an dieser Stelle erklärt Rabbi Meir damit, dass etwas zusätzliches der Schöpfung gemeint sein müsse, was im Text der Tora nicht ausdrücklich genannt werde und dieses „versteckte“ abschließende sehr gute Werk der Schöpfung soll nach Rabbi Meirs Interpretation der Tod sein. Das Judentum sieht im Erkennen von Sterblichkeit und Unreinheit Bedingungen, die es dem Juden erleichtern, die Gebote der Tora zu erfüllen - oder um es profaner zu formulieren, als Persönlichkeit zu reifen. Im Bewusstsein der Endlichkeit des Lebens liegt die Grundlage dafür, den Wert eben dieses Lebens schätzen zu können und das Wissen, dass das Leben in jedem Moment enden könnte, ist die beste Motivation, jeden Tag des Lebens bewusst zu leben. Jeder von uns kennt Menschen, die durch eine schwere Erkrankung –im Angesicht des Todes- genau dies erkennen und dadurch zu sich finden. Viele haben den Altruismus Sterbender Menschen erlebt, dessen Entstehen in der Nähe des Todes einer von mehreren Aspekten sein mag, die Rabbi Meir in seiner Einschätzung Recht darin geben, dass der Tod an sich etwas Gutes hat. Man könnte hierzu noch viele jüdische Quellen aufführen, bis hin zu dem Zitat: טוב יום המוות מיום היוולדו

Aber zurück zu den (scheinbaren) Missverständnissen zwischen Judentum und Palliativmedizin !

Das „deeskalierende“ Ändern von Therapiezielen am Lebensende wird oft als ein Aufgeben und nicht als ein Schützen vor falscher Medizin gesehen, was es in Wirklichkeit aber ist. Es gibt jüdische Patienten und Familien, die Palliativmedizin mit dem Argument ablehnen, dass es halachisch verboten sei, die Hoffnung auf Lebensrettung aufzugeben. Sie fordern, dass um

jeden Preis alles getan werden müsse, was das Leben auch nur für eine geringe Zeit verlängern könnte. Ist aber halachisch nur das geboten, was die Ärzte als sinnvolle Therapie erachten, oder aber auch medizinisch kontraindizierte, heroische und überambitionierte Maßnahmen? Der um 1479 geborene Rabbi David ben Salomon ibn Simra, genannt Radbaz, wird dazu im Magen Avraham dem Kommentar zum Orach Chayim des Shulchan Aruch wie folgt zitiert: חולה אומר צריך אני לתרופה ורופא אומר א"צ שומעין לחולה ואם הרופא „Wenn der Patient sagt: „Ich brauche diese bestimmte Medizin“, der Arzt aber sagt: „Er braucht diese nicht.“, so höre man auf den Patienten. Aber wenn der Arzt darauf sagt, dass die vom Patienten geforderte Medizin ihm schade, dann höre man auf den Arzt !“ Auch moderne jüdische Autoritäten wie der amerikanische Rabbi Moshe Feinstein und der israelische Rabbi Shlomo Salman Auerbach trennen sich von dem überholten Anspruch, dass man in jedem Falle alles erdenkliche tun müsse, um Leben nur irgend zu verlängern. Ausdrücklich äußerte Rabbi Feinstein, dass Ärzte, wenn sie weder Hoffnung auf Heilung noch Linderung der Leiden eines Patienten haben, aber es eine Behandlungsoption gibt, die den Patienten für eine begrenzte Zeit (jedoch um den Preis des Fortbestehens seiner Leiden) am Leben erhält, sie diese Behandlung nicht durchführen sollen. Ärzte sollten in Fällen, in denen sie nicht wissen, wie sie einen Patienten heilen können, von Maßnahmen absehen, von denen sie selbst nicht überzeugt sind, dass diese überhaupt helfen. Die halachische Verpflichtung, jede Behandlung zur Lebensverlängerung einzuleiten gilt also nach Rabbi Feinstein nur für die Therapien, die tatsächlich helfen, also den Kranken heilen können oder ihm Linderung von Qualen verschaffen. Wenn eine medizinische Behandlung dem Patienten zwar nicht schadet, trotzdem aber keine Besserung herbeiführen kann, d.h. medizinisch nicht indiziert ist, sollte sie laut Rabbi Feinstein nur in den Fällen durchgeführt werden, in denen der Patient diese explizit wünscht und sie ihm psychologisch oder spirituell dabei helfen könnte, seine Situation zu ertragen. In Rabbi Shlomo Salman Auerbachs Responsa Minchat Shlomo lesen wir, dass es legitim ist, medizinische Maßnahmen zu beenden oder gar nicht erst einzuleiten, wenn sie mit Qualen für den unheilbar kranken Patienten einhergehen und dies im Einverständnis mit dem Patienten so entschieden wird. Auerbach vertritt aber die Ansicht, dass Flüssigkeit, Sauerstoff und Ernährung auch gegen den Willen des Patienten gegeben werden müssen. Diese abzulehnen, wäre eine aktive Lebensverkürzung, wozu Menschen, denen das Leben als Leihgabe gegeben wurde, kein Recht haben. Auf die Frage, ob eine Therapie in jedem Falle „halachisch indiziert“ sei, die zwar eine minimale Lebensverlängerung ermöglichen könne, jedoch Qualen nicht zu mindern vermag oder gar selbst zu Qualen führt, antworten Auerbach und Feinstein gleichermaßen mit „nein“. Ergebnisse der modernen palliativmedizinischen Forschung und wissenschaftliche Untersuchungen des Phänomens „Futility in der Medizin“ legen nahe, dass dies alles sehr theoretische Überlegungen sein könnten, denn die Befürchtung, dass das Zurücknehmen aktiver Therapien lebensverkürzend sei, trifft in der Regel gar nicht zu. Im Gegenteil gibt es immer mehr Studien die belegen, dass Patienten länger leben, wenn sie nicht um jeden Preis mit weiteren aggressiven Therapien (wie riskanten Operationen, fragwürdig wirksamen, aber nebenwirkungsreichen Bestrahlungen oder Chemotherapien u.ä., aber im Grunde auch

Herz-Lungen-Wiederbelebnungsmaßnahmen) am Lebensende behandelt werden. Ohne solche leben sie länger, mit besserer Lebensqualität und mehr Lebensinhalt. Als genauso unbegründet wie die Angst, mit Auslassen einer frustranen Methode eine Chance zu verpassen, hat sich die zweite, früher oft gegen die Palliativmedizin in's Feld geführte Befürchtung erwiesen: Die konsequente Linderung von Luftnot und/oder Schmerzen durch unter Umständen sehr hohe Dosierungen von Morphin ist nämlich nicht aufgrund atemdepressiver Wirkung des Morphiums lebensverkürzend, wie es früher oft angenommen wurde. In dem juristischen und ethischen Konstrukt der „indirekten Sterbehilfe“ soll Ärzten die Sorge vor moralischen und rechtlichen Sanktionen wegen eines zu großzügigen Einsatzes von Morphin genommen werden. Gibt ein Arzt einem Patienten sehr hohe Dosen von Morphin, um ihn von Qualen zu befreien und stirbt der Patient unbeabsichtigt an dieser hohen Morphinosis früher, als es sonst zu erwarten gewesen wäre, spricht man von indirekter Sterbehilfe. Indirekte Sterbehilfe ist in Deutschland straffrei und auch in der jüdischen Medizinethik als in-Kauf-zu-nehmendes Phänomen akzeptiert, wenn ausdrücklich die Linderung von Qualen Anlass für die Morphingabe war. Palliativmediziner haben indes nachgewiesen, dass Patienten, die durch hohe Morphinosen von Schmerzen (und/oder Luftnot) befreit sind, länger leben als Patienten, denen man aus Sorge, sie könnten am Morphin sterben, jenes vorenthält. Zudem ist Schmerz im halachischen Verständnis eine Krankheit und nicht bloß Symptom, sodass die effektive Behandlung von Schmerzen halachisch der Heilung einer Krankheit gleichkommt. Diskrepanz bleibt noch die Bewertung von Sauerstoffgabe, Flüssigkeitsgabe und Ernährung am Lebensende. Der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio hat durch seine Bücher ein breites nichtärztliches Publikum mit dem aus medizinischer Sicht paradoxen Phänomen vertraut gemacht, dass Menschen am Lebensende aus tradierten Automatismen heraus im Sterbeprozess oft kontraindizierte Therapien erhalten: Flüssigkeitsinfusionen und Sauerstoffgabe. Aus Sorge, die Sterbenden könnten am Lebensende verdursten, wird fast jedem sterbenden Menschen in Unkenntnis der Tatsache, dass der Körper eines Sterbenden im physiologischen Sterbeprozess keine Flüssigkeit mehr braucht, zu viel Flüssigkeit appliziert. Mit der Folge, dass es zu Überwässerung mit Ödemen in Gewebe und Lunge kommt. Dies verursacht die Luftnot, die man glaubt, mit Sauerstoffgabe über Masken oder Nasensonden effektiv zu behandeln, damit aber tatsächlich nur die Schleimhäute in Nase, Mund und Rachen so austrocknet, dass der Sterbende das Gefühl hat, zu verdursten. Mit dem gut gemeinten Ansatz, die Sterbenden vor Verdursten und Ersticken durch Flüssigkeits- und Sauerstoffgabe zu bewahren, werden sie mit zu viel Flüssigkeit in Erstickenungsnot gebracht und ihnen durch zu viel Sauerstoff die Rachenschleimhaut so ausgetrocknet, dass sie das Gefühl haben, zu verdursten. Mit gut gemeinten Maßnahmen erreicht man aus Unkenntnis jeweils das Gegenteil. Dieses Wissen sollte in halachischen Empfehlungen Berücksichtigung finden. Das Weglassen nichtindizierter Flüssigkeit oder Sauerstoffinsufflation verkürzt nicht das Leben, sondern bewahrt vor unnötigen Nebenwirkungen und bewirkt ähnlich wie das Weglassen anderer überambitionierter medizinischer Maßnahmen, wie fragwürdigen Chemotherapien, Operationen oder Strahlentherapien, sogar eher eine Verlängerung des Lebens. Rabbiner Elliot N. Dorff hat für die

konservative Bewegung in den USA künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe (in Anpassung an die ärztliche Auffassung) bereits als medizinische Eingriffe klassifiziert. Dadurch, dass sie als medizinische Maßnahme gelten, dürfen sie in dem Moment abgesetzt werden, ab welchem klar ist, dass durch sie keine Besserung erreicht werden kann und Zweifel an ihrem Nutzen bestehen – also nicht erst in der unmittelbaren Sterbephase. In der orthodoxen Bewegung gilt die Flüssigkeitsgabe und künstliche Ernährung über Vene oder Magensonde jedoch immer noch als die Fortführung des normalen „Essens und Trinkens“, das zu keinem Zeitpunkt aktiv beendet werden darf. Es bleibt abzuwarten, wie die jüdischen Medizinethiker neue Daten diskutieren werden, die nachweisen, dass vielen Tumorkranken (aber auch Dementen) mit hochkalorischer Ernährung über die Vene oder über Magensonden mehr geschadet als genutzt wird. Heute weiß man, dass die Tumorerkrankung den Stoffwechsel der Erkrankten verändert und das eigentliche Problem nicht das einer unzureichenden Kalorienzufuhr ist. Ähnliche Daten gibt es auch gegen das künstliche Ernähren von Demenzpatienten und bereits Mitte der 1990er Jahre haben sich jüdische Medizinethiker, u.a. Rabbi Zev Schostak in den USA gegen die künstliche Ernährung bei dementen Menschen, die das Essen einstellen, ausgesprochen.

Gelingt es, unter Berücksichtigung all des hier gesagten, ethisch und halachisch ausbalancierte Entscheidungen am Lebensende zu treffen und den Kranken eine ganzheitliche Begleitung zu geben, helfen wir ihnen, ihre verbleibenden Kräfte für sinngebende und schöne Momente zu bewahren, statt sie in der ihnen verbleibenden Zeit durch Nebenwirkungen aggressiver Therapien aufzureiben. Die Palliativmedizin kann unnötiges Leid, unerträgliche physische und psychische Schmerzen, Depressionen, Trauer, Wut, Verzweiflung, Einsamkeit und Angst lindern oder ganz nehmen und Raum für intensive und wertvolle Momente schaffen. Dazu bedarf es einer offenen und behutsamen Gesprächskultur die es schafft, ehrlich und direkt mit dem Patienten zu sprechen, ohne seine Hoffnung zu zerstören oder ihn im Ungewissen zu lassen. Gleichzeitig muss sich der Arzt jüdischer Patienten der unterschiedlichen Auslegungen der Halacha bewusst sein, die medizinische Situation präzise einschätzen und wiedergeben, um so vorsichtig zu ergründen, welcher individuelle Weg für den jeweiligen Patienten und dessen Familie der richtige ist. Dann wird er ihn auf genau diesem Weg begleiten. Das wird aber der Arzt nicht alleine tun, sondern sich in einem multiprofessionellen Team aus Pflegekräften, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen, Musik- und Kunsttherapeuten, dem Rabbiner und ehrenamtlichen Hospizhelfern oder Gemeindemitgliedern aus der Bikkur Cholim Gruppe um die Bedürfnisse des Sterbenden und seiner Familie kümmern. Die gelungene Kommunikation innerhalb dieses Palliativteams wie auch zwischen Team und Patient sowie dessen Familie trägt wesentlich zum Gelingen der Begleitung bei und wird in der Palliativmedizin professionell geschult. Bikkur Cholim ist in diesem Konzept eine wunderbare alte jüdische Tradition und weitaus mehr als das bloße Besuchen von Kranken. Bikkur Cholim ist ein wichtiges Thema für ein eigenes Seminar mit mindestens dem gleichen Umfang wie dieses, in dem der Raum fehlt, ausführlich darauf einzugehen. Das zweite große, hier nicht angesprochene Thema, das ebenfalls umfangreich genug für ein eigenes Seminar wäre und dessen Bedeutung die

Palliativmedizin artikuliert, heißt Advance-Care-Planning. Gemeint ist damit die vorausschauende Planung für das Lebensende und umfasst als solche Aufklärung und Dialog innerhalb der Familie, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Literatur:

Albisser-Schleger H., Pargger H., Reiter-Theil S.: „Futility“ – Übertherapie am Lebensende ? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 2008; 9: 67-75

Auerbach S.Z.: Responsa Minchat Shlomo
Jerusalem, 1986

Aulbert E., Klaschik E., Kettler D.: Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung , Stuttgart, New York, 2002

Bodell J., Wenig M.-A.: The Jewish patient and terminal dehydration: A hospice ethical dilemma
American Journal of Hospice & Palliative Care 2000; 17:185-188

Borasio G.D.: Über das Sterben
München, 2012

Borasio G.D.: Selbst bestimmt sterben
München, 2014

Dorff E.N.: Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics
Philadelphia, 2003

Feinstein M.: Responsa Igrot Moshe, Choshen Mishpat
New York, 1985

Gillick M.R.: Artificial nutrition and hydration in the patient with advanced dementia: is withholding treatment compatible with traditional judaism ?
Journal of Medical Ethics 2001; 27: 12-15

Kinzbrunner B.M.: Jewish Medical Ethics and End-of-Life Care.
Journal of Palliative Medicine 2004; 4: 558-573

Kunin J.: Withholding artificial feeding from the severely demented: merciful or immoral ? Contrasts between secular and Jewish perspectives.
Journal of Medical Ethics 2003; 29: 208-212

Loike J., Gillick M., Mayer S., Prager K., Simon J.R., Steinberg A., Tendler M., Willig M., Fischbach R.: The Critical Role of Religion: Caring for the Dying Patient from an Orthodox Jewish Perspective.
Journal of Palliative Medicine 2010; 13: 1267-1271

Mackler, A.L.: Life & Death Responsibilities in Jewish Medical Ethics, New York, 2000

Nelson K.A., Walsh D., Sheehan F.A.: The Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome
Journal of Clinical Oncology 1994; 12: 213-225

Rosner F.: Jewish Perspectives on Death and Dying
Jewish Medical Ethics 1992; 2: 38-45

Rosner F.: Biomedical Ethics and Jewish Law, Hoboken 2001

Rosner F.: Rabbi Moshe Feinstein on the Treatment of the Terminally Ill.
The Second International Colloquium Medicine, Ethics & Jewish Law 1996, Collection of Essays

Schostak Z.: Jewish ethical guidelines for resuscitation and artificial nutrition and hydration of the dying elderly.
Journal of medical ethics 1994; 20: 93-100

Schultz M., Baddarni K., Bar-Sela G.: Reflections on Palliative Care from the Jewish and Islamic Tradition
Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2012; Article ID 693092, doi: 10.1155/2012/693092

Schwartz J.Y., Weiss T., Kim P., Rudansky C.: Jewish Law (Halachah) and Medical Decision Making: Helping Rabbis and Doctors „LEARN“ to Communicate Effectively
Journal on Jewish Aging 2008; 2: 55-63

Sykes N., Thorns A: The use of opioids and sedatives at the end of life
Lancet Oncology 2003; 4: 312-316

Temel J.S., Greer J.A., Muzikansky A. et al.: Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer.
New England Journal of Medicine 2010; 363: 733-742

Thöns M., Sitte T.: Repetitorium Palliativmedizin
Berlin, Heidelberg 2013

Ralf Stoecker

In Würde sterben

Es gibt wahrscheinlich wenige Themen im Umkreis der modernen Philosophie, zu denen so viel gesagt und geschrieben wird wie zum Sterben in Würde. Normalerweise geht es dabei um die Frage, was es in speziellen Situationen heißt, in Würde zu sterben, und welche Konsequenzen sich daraus für den Umgang mit den Sterbenden ergeben, z. B. ob man das Leben dieser Menschen auf jeden Fall erhalten sollte oder ob man sie unter bestimmten Umständen auch sterben lassen oder sogar töten darf.¹ Auch ich werde am Ende meines Vortrags kurz etwas zu diesen Themen sagen. Mein eigentliches Interesse am Sterben in Würde stammt aber aus meinem generellen Interesse am Begriff der Würde und seiner Rolle für die Ethik. Von Würde und insbesondere von Menschenwürde ist bekanntlich gerade in der angewandten Ethik häufig die Rede, andererseits besteht große Unklarheit und Uneinigkeit darüber, was man darunter verstehen sollte.

Ich habe mich in den letzten Jahren aus unterschiedlichen Perspektiven mit dieser Frage beschäftigt, im Zusammenhang mit Embryonen, mit alten Menschen und mit besonders gravierenden Würdeverletzungen z. B. durch Folter.² In diesem Beitrag möchte ich untersuchen, welches Bild der Würde sich aus dem verbreiteten Anliegen ergibt, in Würde zu sterben. Deshalb werde ich das Augenmerk primär auf eine Frage richten, die nur selten gestellt wird, nämlich

1 Vgl. z. B. das Buch von Walter Jens und Hans Küng, *Menschenwürdig sterben*, München 1995.

2 Daraus sind u. a. die Artikel hervorgegangen: »Die Würde des Embryos«, in: D. Groß (Hg.), *Zwischen Theorie und Praxis: Ethik in der Medizin in Lehre und Klinik*, Würzburg 2002, 53–71, »Menschenwürde und das Paradox der Entwürdigung«, in: R. Stoecker (Hg.), *Menschenwürde – Annäherung an einen Begriff*, Wien 2003, 133–151, »Selbstachtung und Menschenwürde«, *Studia Philosophica* 63 (2004), 107–119, »Eine Frage der Ehre«, *Berliner Debatte Initial*, Heft 1/2 2006, 147–155, »Todesstrafe und Menschenwürde«, in: H. c. Jacobs (Hg.), *Gegen Folter und Todesstrafe*, Frankfurt a.M. 2007, 265–304, »Three Crucial Turns on the Road to an Adequate Understanding of Human Dignity«, im Erscheinen in: P. Kaufmann et al. (eds.), *Violations of Human Dignity*.

warum es uns überhaupt interessiert, in Würde zu sterben. Was ist so gut, richtig oder wichtig daran, dass unser Tod ein würdiger Tod sein wird?

I.

Die Frage, weshalb es wichtig ist, wie man stirbt, wird vermutlich deshalb so selten gestellt, weil es eine von alters her tradierte und in vielen Kulturen verbreitete Vorstellung ist, *dass* es wichtig ist. Die Sterbestunde ist ein ganz besonderer Lebensabschnitt, den es auf ehrenvolle Weise zu meistern gilt. Wenn man also wissen möchte, was an einem Sterben in Würde so attraktiv ist, liegt es nahe, sich auf diese Tradition zu besinnen.

Ein uns vertrautes, prominentes Beispiel sind die letzten Stunden des Sokrates, wie Platon sie im *Phaidon* geschildert hat. Obwohl sich Sokrates in seiner Gelassenheit gegenüber dem eigenen Tod deutlich von seiner Umwelt abhob, hat er es nicht versäumt, ihn so zu gestalten, wie es sich damals gehörte. Er versammelte seine Familie und seine Freunde um sich, traf letzte Verfügungen, verabschiedete sich von allen, wusch sich und verhüllte dann sein Antlitz mit einem Tuch, um den Umstehenden den Anblick seiner Agonie zu ersparen. Auch die Trauernden wussten, was sich gehört. Kaum dass Sokrates gestorben war, entfernten sie das Tuch, drückten ihm Augen und Mund zu, und zweifellos werden sie ihn danach eine Zeit lang aufgebahrt und beweint haben, um ihn dann später in allen Ehren zu bestatten.

Dieser Ablauf war keineswegs für Griechenland spezifisch. Er deckte sich z. B. weitgehend mit dem ehrenvollen Tod der mittelalterlichen Ritter, wie ihn der Historiker Philippe Ariès in seiner monumentalen *Geschichte des Todes* beschreibt.³ Im Sterben ließen sie noch einmal ihr Leben Revue passieren, scharten die Ihren um sich, regelten ihre Angelegenheiten, verabschiedeten sich, und sahen dann ruhig und gelassen dem nahen Tod entgegen. Sie starben einen gezähmten Tod, wie Ariès es ausdrückt, einen Tod, der sich einpasste in den Ablauf eines schicklichen, in Würde gelebten Lebens.

Später, im hohen Mittelalter, gelangte dann ein neues Element in die Vorstellungen vom würdigen Sterben, die Annahme, dass sich im Tod das ganze weitere Schicksal eines Menschen entscheidet.⁴ Wie auch immer ein Mensch gelebt hat, die Sterbestunde bietet ihm die alles entscheidende Chance, seinen Glauben zu bewähren. Versagt er bei dieser Prüfung, dann fährt er unrettbar

³ Philippe Ariès, *Geschichte des Todes*, München 1991, I. Kapitel.

⁴ Zum Mittelalter vgl. Norbert Ohler, *Sterben und Tod im Mittelalter*, Düsseldorf 2003, Arthur E. Imhof, *Die Kunst zu sterben*, Leipzig 1998.

zur Hölle. Bekennt er sich dagegen unbeirrbar zum Glauben, dann verdient er sich sozusagen in letzter Minute die ewige Seligkeit. Die Kunst, würdig zu sterben, die *ars moriendi*, bestand also darin, diesen Kampf zu gewinnen, und ein schreckliches Unglück war es, ihn gar nicht erst aufnehmen zu können, weil man ganz plötzlich und unerwartet dahingerafft wurde. Ein schneller, unbemerkter Tod konnte folglich kein würdiger Tod sein.

Ariès beschreibt in seinem Buch, wie später unter dem Einfluss von Humanismus und Reformation die Doktrin, dass es nie zu spät sei, sich auf die Seite Gottes zu schlagen, dem Gedanken Platz gemacht hat, dass es nicht ausreiche, sich erst angesichts des Todes seines Glaubens zu besinnen, sondern dass schon das Wissen um die eigene Sterblichkeit Anlass sei, in sich zu gehen. Neben die *ars moriendi* trat deshalb das *memento mori*, die mahnende Erinnerung an die Vergänglichkeit des Lebens und aller irdischen Güter. Gleichwohl blieb auch weiterhin die Vorstellung bestehen, dass die Stunde des Todes besonders sei, weil sie dem Menschen die Chance gibt, mit Gott, der Welt und mit sich selbst ins Reine zu kommen.

In der Romantik schließlich, so Ariès, wird das würdige Sterben zu einem ästhetischen Sterben. Goethe wird nach seinem Tod mit Lorbeer bekränzt, und noch als Leichnam von seinem Freund Eckermann mit den Worten gepriesen: »Auf dem Rücken ausgestreckt, ruhte er wie ein Schlafender. Tiefer Friede und Festigkeit waltete auf den Zügen seines erhaben-edlen Gesichts. Die mächtige Stirn schien noch Gedanken zu hegen...« Zweifellos, das ist ein Sterben in Würde.

II.

Die Vorstellung von einem Gelingen des Todes hat also, wie die historischen Beispiele zeigen, eine lange Tradition. Aber es ist eine Tradition, die die Zweifel daran, dass es heute ein wichtiges Anliegen ist, in Würde zu sterben, eher verstärkt als ausräumt. Sicher, es gibt auch heute noch Menschen, die mit Gott ins Reine kommen wollen, bevor sie sterben, oder denen es am Herzen liegt, dass ihr Leben besonders gesittet oder ästhetisch zu Ende geht, aber solche Anliegen können kaum den generellen Wunsch nach einem Sterben in Würde erklären.

Im Gegenteil, gerade das Beispiel des bekränzten Goethe illustriert den Kern des generellen Zweifels: die Frage nämlich, weshalb uns so viel am würdigen Sterben liegen sollte, wenn ansonsten der Begriff der Würde aus anderen Bereichen unseres Lebens weitgehend verschwunden ist. Uns liegt ja schließlich auch nichts mehr an Würdenträgern und würdigen Gestalten, noch wollen wir selbst

einmal als würdige Greisinnen oder Greise enden. Wir halten es viel eher mit Berthold Brechts Großmutter, von der er in einer Kalendergeschichte mit dem Titel »Die unwürdige Greisin« berichtet, »man höre, sie amüsiere sich jetzt«. Ein würdevolles Verhalten, das scheint eine Form gravitatischer Gehemmtheit zu sein, die allenfalls noch zu einem Mitglied des englischen Königshauses passt, aber keinen Platz in unserem Leben hat. Ist die verbreitete Vorliebe für den würdigen Tod also vielleicht nur das Produkt einer nostalgischen Reminiszenz?

Was dagegen spricht, das Interesse am Sterben in Würde auf diese Weise abzutun, ist, dass sie nicht ganz aus unserem Alltag verschwunden ist. Der unterlegene Finalgegner eines Tennisturniers trägt den Verlust mit Würde, und ein betrogener Freund findet es unter seiner Würde, sich noch einmal mit dem Betrüger zusammenzusetzen. Vor allem aber sind es Würdeverletzungen, die uns aus dem Alltag geläufig sind. Ein Pärchen, das im Fernsehen bei »Big Brother« vor laufender Kamera miteinander ins Bett geht, setzt seine Würde aufs Spiel. Ein Ehemann, der seine Frau ohrfeigt, ein Lehrer, der einen Schüler vor der Klasse verspottet, das sind Verletzungen von Würde. Also scheint die Würde doch kein unzeitgemäßer Zopf zu sein.

Die Zwiespältigkeit des Sterbens in Würde spiegelt sich auch auf anderer Ebene wider, in dem disparaten Eindruck, den die moderne Moralphilosophie in Bezug auf die Würde vermittelt. Einerseits kam die Würde in moraltheoretischen Überlegungen zeitweise so selten vor, dass ihr z. B. in der achtbändigen *Encyclopedia of Philosophy* von 1967 nicht einmal ein Eintrag im Sachindex gewidmet ist. Andererseits ist sie aus den heutigen Debatten in der angewandten Ethik insbesondere in Deutschland nicht wegzudenken.⁵

Für die Wichtigkeit der Würde spricht außerdem, dass sie als Teil des Begriffs der Menschenwürde an zentraler Stelle in den meisten der nach dem Zweiten Weltkrieg verabschiedeten internationalen Kodizes steht.

Wiederum andererseits ist diese Rolle des Menschenwürdebegriffs historisch gesehen erstaunlich jung. Vor dem Zweiten Weltkrieg taucht die Menschenwürde so gut wie gar nicht in Verfassungstexten und Kodizes auf. Von Würde oder Menschenwürde ist weder in der amerikanischen Verfassung, noch in der französischen Menschenrechtserklärung die Rede. Und auch heute noch, nachdem kaum eine Deklaration ohne Hinweis auf die Menschenwürde verabschiedet wird, besteht in den demokratischen Staaten, in deren Verfassungen sie nicht erwähnt wird, anscheinend kein Nachbesserungsbedarf.⁶

⁵ Einen guten Eindruck davon vermitteln Nikolaus Knoepffler, Anja Haniel (Hg.), *Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle*, Leipzig 2000.

⁶ Zur rechtlichen Stellung der Menschenwürde vgl. Dunja Jaber, *Über den mehrfachen Sinn von Menschenwürde-Garantien*, Frankfurt/M. 2003, Wolfgang Vögele, *Menschenwürde zwischen*

Ich hoffe, es ist mir gelungen, deutlich zu machen, dass das Bestreben, in Würde zu sterben, so einleuchtend und selbstverständlich es zunächst erscheint, moralphilosophisch durchaus klärungsbedürftig ist. Wir müssen versuchen, einen Ausweg aus der Zwickmühle zu finden, dass der Würdebegriff einerseits rettungslos veraltet und obsolet erscheint, andererseits aber auch ethisch zentral und unverzichtbar ist.

III.

Den einfachsten und radikalsten Ausweg aus der Zwickmühle bietet die These, dass die moderne Rede von der Würde des Menschen nur wenig mit den traditionellen Würdekonzptionen zu tun hat, sondern einfach eine terminologische Verlegenheitslösung ist, um all das zu bezeichnen, was den moralischen Status eines Menschen ausmacht. Dass jemand die Würde eines anderen verletzt, heißt dann so viel wie, dass er sich dem anderen gegenüber auf eine Weise verhält, wie er sich nicht verhalten darf, dass er sich ihm gegenüber unmoralisch verhält, insbesondere weil der andere ein Mensch mit bestimmten Rechten ist. Ein Verstoß speziell gegen die Menschenwürde wäre dann eine Handlung, die nicht einmal mit den elementaren unveräußerlichen Menschenrechten des Betroffenen vereinbar ist.

Diese Lesart der Würde ist reduktionistisch, sie gesteht der Würde keinen eigenen Wert, keine eigenständige moralische Rolle zu, sondern reduziert sie zu einer Ansammlung verschiedener Werte und Ansprüche des Menschen. Im Lichte dieses reduktionistischen Würde-Verständnisses ist auch die anfängliche Skepsis unbegründet, ob man wirklich nach einem Tod in Würde streben sollte. Jeder Mensch hat natürlich, solange er lebt, moralische Rechte und Ansprüche, die man respektieren sollte, und eben dies bedeutet es aus reduktionistischer Sicht, ihn in Würde sterben zu lassen. Man soll eben auch Sterbende nicht unmoralisch behandeln.

Wie steht es also mit der Plausibilität des reduktionistischen Würdeverständnisses? Es gibt, auch abgesehen davon, dass es unsere Ausgangsfrage elegant auflöst, eine Reihe von Gründen, die für den Reduktionismus sprechen. So erweisen sich dadurch viele alltägliche Verwendungen des Würde-Begriffs als gerechtfertigt. Einem Mann, der seine Frau schlägt, vorzuwerfen, er verletze ihre Würde, wäre dann ein berechtigter moralischer Vorwurf, weil sein Verhalten ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit verletzt.

Recht und Theologie, Gütersloh 2000 und Paul Tiedemann, *Was ist Menschenwürde?* Darmstadt 2006.

Außerdem deckt die reduktionistische Lesart unsere Überzeugung, dass bestimmte, besonders schreckliche Arten zu sterben nicht mit der Würde der Opfer vereinbar seien. Genozid, Massenmord, das tatenlose Verhungernlassen ganzer Bevölkerungen, all diese Standardbeispiele für menschenunwürdiges Sterben, sind zugleich auch massive Verletzungen des Rechts auf Leben ihrer Opfer, auf körperliche Unversehrtheit und auf eine minimale Hilfe in der Not, und schon deshalb zweifellos verbrecherisch. Viele der Schrecklichkeiten, die im zwanzigsten Jahrhundert dazu geführt haben, den Menschenwürdebegriff in den Kodizes zu verankern und danach immer wieder auf ihn zurückzugreifen, sind sozusagen mehrfach moralisch überdeterminiert; also scheint man einen eigenständigen Menschenwürdebegriff nicht zu brauchen, um sie zu verurteilen.

Zudem räumt die reduktionistische Interpretation den in der Moralphilosophie verbreiteten Verdacht aus, dass sich der Würde-Begriff allenfalls theologisch oder auf fragwürdige Weise metaphysisch rechtfertigen ließe.⁷ Wenn aus ethischer Sicht unsere Würde nichts weiter ist, als die Gesamtheit unserer moralischen Rechte, dann ist sie ethisch genauso salonfähig wie diese. Und selbst jemand, der moralische Rechte für ein unzulässiges Relikt des Naturrechts hält, könnte trotzdem daran festhalten, die Würde als Gesamtheit aller moralischen Ansprüche eines Menschen anzusehen, nur dass er sie dann vielleicht konsequentialistisch oder deontologisch untermauern würde.

Schließlich gibt sie auch eine einleuchtende Erklärung dafür, dass selbst in so achtbaren Dokumenten wie der französischen Menschenrechtserklärung die Würde nicht erwähnt wird, während man sich heute kaum noch eine feierliche Deklaration ohne Hinweis auf die Würde des Menschen vorstellen kann. Aus reduktionistischer Sicht waren die Elemente der Menschenwürde natürlich auch schon in den älteren Dokumenten vorhanden, sie wurden nur nicht unter dem Begriff »Menschenwürde« zusammengefasst.⁸

Dieser rechtstheoretische Vorzug des reduktionistischen Würdeverständnisses hat aber auch eine Kehrseite, die die erste von einer Reihe von Nachteilen ist. Zumindest die deutsche Verfassung nennt die Menschenwürde nicht einfach als ein schützenswertes Gut, sondern bezeichnet sie als *den Grund*, sich zu den unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten zu bekennen.⁹ Es

7 Dieser Vorwurf ist wiederholt von Norbert Hoerster erhoben worden, erstmals in seinem Aufsatz »Zur Bedeutung des Prinzips der Menschenwürde«, Juristische Schulung 1983, 93–96.

8 Vgl. Markus Stepanians, »Gleiche Würde, gleiche Rechte«, in R. Stoecker (Hg.) op. cit., S. 81–101.

9 »Die Würde des Menschen ist unantastbar. [...] Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen

wird also eine Begründungsbeziehung hergestellt: Menschenrechte muss man respektieren, weil man die Menschenwürde achten muss.

Aus reduktionistischer Sicht macht ein solcher Begründungsversuch hingegen keinen Sinn. Wenn der Begriff der Menschenwürde nur ein Sammelbegriff für die moralischen Rechte des Einzelnen ist, dann kann er diese nicht rechtfertigen. Ein Reduktionist muss also auf die Möglichkeit verzichten, die moralischen Rechte des Menschen oder auch andere moralische Normen auf die Würde der Betroffenen zu gründen.

Hinzu kommen Schwierigkeiten bei der reduktionistischen Interpretation des normativen Gewichts bestimmter alltäglicher Verwendungen des Würde-Begriffs.

Zum einen gibt es möglicherweise Handlungen, gegen die keine anderen moralischen Gründe sprechen, als dass sie demütigend und entwürdigend sind, und trotzdem sind sie zweifellos moralisch falsch. Dazu zählen vor allem Verletzungen der eigenen Würde. Wenn der betrogene Freund ein bestimmtes Verhalten als unter seiner Würde empfindet oder das Big-Brother-Pärchen seine Würde aufs Spiel setzt, dann geht es nicht um die drohende Verletzung von Rechten anderer, es geht allein darum, sich selbst gerecht zu werden. Solche moralischen Selbstbeschädigungen passen aber nur schlecht zu einer auf Rechten basierenden Ethik.

Zum anderen ist es auch bei denjenigen Handlungen, deren Verwerflichkeit sich ohne Rückgriff auf die Würde der Opfer zeigen lässt, manchmal fraglich, ob man dadurch dem besonderen Charakter und Ausmaß dieser Verwerflichkeit gerecht wird. Dass der Ehemann seine Frau schlägt, verletzt ihr Recht auf ihren Körper und ist außerdem schmerzhaft, insofern ist es moralisch verwerflich; aber allein mit diesen Feststellungen wird man der Perfidie der Tat, ihrer moralischen Anstößigkeit, nicht gerecht, die darin liegt, dass die Schläge die Frau entwürdigend, und zwar in einem Sinn, der mehr ist als nur ein Sammelbegriff für das Unmoralische.

Ein vierter Grund schließlich, der gegen das reduktionistische Würdeverständnis spricht, liegt darin, dass man als Reduktionist nicht wirklich versteht, warum in den letzten Jahrzehnten so häufig von einem Sterben in Würde die Rede war und warum viele Menschen es für wichtig und keineswegs gewährleistet halten, in Würde sterben zu können.

Damit bin ich wieder bei meinem Thema angelangt. Der Überblick über die Vorstellungen vom gelingenden Sterben bis hin zum romantischen Tod hat zwar daran erinnert, dass es den Menschen früher keineswegs gleichgültig war, wie

Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.« (Art. 1 GG, meine Hervorhebung).

sie ihren Tod verbrachten, aber er hat noch keinen Aufschluss darüber gegeben, weshalb es uns heute noch wichtig sein könnte, in Würde zu sterben. Geht es wirklich nur darum, auch im Tod entsprechend seiner Rechte und Ansprüche behandelt zu werden? Ich glaube, nein. Der nun folgende Durchgang durch die Vorstellungen vom richtigen, gelingenden Sterben etwa seit der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts wird zeigen, dass mehr hinter dem Sterben in Würde steckt.

IV.

Prägend für diese Vorstellungen waren eine ganze Reihe von einander bedingenden und ergänzenden Veränderungen. Sie lassen sich locker in drei Gruppen unterteilen: die Ausbürgerung des Todes, die Medikalisierung des Todes und die Rückbesinnung auf den Tod.

Ein wesentliches Merkmal der Ausbürgerung des Todes, wie Ariès diese Entwicklung treffend genannt hat, ist die Ausbürgerung des Sterbenden selbst. Der Sterbende wird vom Mitbürger zum Mündel. Dahinter stand durchaus die ehrbare Vorstellung, dass ein Sterbender so weit wie möglich geschont werden müsse, dass man also beim Umgang mit ihm immer daran denken sollte, ihm auch ja nicht zu schaden, seine letzten Stunden nicht unnütz zu vergällen. Diese per se lobenswerte, wenn auch für unseren normalen zwischenmenschlichen, bürgerlichen Umgang eher ungewöhnliche Rücksichtnahme führt aber schnell zu einer anderen, unter Erwachsenen ebenfalls unüblichen Haltung, einer selbstgefälligen Unehrllichkeit. In der wahrscheinlich berechtigten Annahme, dass der Kranke nicht gerne sterben möchte, hält man bis zum Schluss an der Lüge fest, dass er auch gar nicht sterben werde. Gelungen ist der Tod aus dieser Sicht, wenn der Sterbende bis zum Ende nichts davon mitbekommen hat, dass er stirbt – im krassen Gegensatz zu der mittelalterlichen Auffassung, dass nichts schlimmer wäre als zu sterben, ohne sich dessen zuvor bewusst zu sein.¹⁰

Eng verbunden mit dieser Unehrllichkeit, die ja viele Menschen auch gegenüber Kindern an den Tag legen, ist eine Tendenz zur paternalistischen Bevormundung des Sterbenden, dem liebevoll aber bestimmt nahegelegt wird, was er zu tun und lassen habe. Und ebenfalls wie ein Kind wird er aus vielen alltäglichen erwachsenen sozialen Kontexten ferngehalten, insbesondere vom Umgang mit Freunden, Bekannten, Nachbarn. Der Tod des Sokrates, wie auch

¹⁰ Eine anschauliche Schilderung einer solchen Entmündigung und der damit verbundenen Entwürdigung findet sich in Simone de Beauvoirs Bericht vom Tod ihrer Mutter im Jahre 1963 (*Ein sanfter Tod*, Reinbek 1968).

der gelungene, würdige Tod im Mittelalter und in der Neuzeit waren öffentliche Ereignisse, in deren Mittelpunkt der Sterbende stand, der im Idealfall sogar die Regie führte. Ein schonungsbedürftiger Kranker dagegen, der nichts von seinem bevorstehenden Tod wissen soll, kann diese Rolle nicht spielen. Sein Sterben ist etwas Privates, Intimes, allenfalls auf die engste Familie zu Beschränkendes.

Auch eine testamentarische Verfügung, ein sich Verabschieden, eine Auseinandersetzung mit dem Leben und religiöse Einstimmung auf das Kommende sind unter diesen Umständen nicht angebracht. Anders als bei allen anderen wichtigen Ereignissen im Leben eines Menschen wird von dem Sterbenden selbst kein entsprechend ernster, würdiger Umgang gefordert.

Die Ausbürgerung des Sterbenden endet nicht einmal mit seinem Tod, sie setzt sich im weiteren Umgang mit der Leiche fort und vor allem in der Praxis des Trauerns. Ein soziales Umfeld, das nicht am Sterben beteiligt ist, nimmt auch nicht mehr so selbstverständlich an den postmortalen Verrichtungen teil. Der Tote wird von professionellen Bestattern gewaschen und angekleidet. Er wird auch häufig nicht mehr aufgebahrt. Die Beerdigung findet im engsten Familienkreis statt. Es wird darum gebeten, von Kondolenzbesuchen Abstand zu nehmen. Und selbst wenn der Verstorbene nicht anonym bestattet wird, so wissen später allenfalls die nächsten Angehörigen, wer das ist, der unter diesem Grabstein liegt. Trauer und Gedenken passen eben nur schlecht und widerwillig in unseren modernen Alltag. Sie sind ebenfalls ausgebürgert.

Ein weiterer Aspekt der Ausbürgerung des Todes, der zur nächsten großen Gruppe der Veränderungen in den Vorstellungen vom gelingenden Tod überleitet, ist seine räumliche Vertreibung aus dem häuslichen Umfeld, in dem der Sterbende seine bürgerliche Existenz verbracht hat. Während zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts in Deutschland noch 80 % aller Menschen zu Hause starben, waren es am Ende des Jahrhunderts nur noch 20 %.

Diese räumliche Verschiebung des Todes hat außer der sozialen Ausgrenzung der Sterbenden zwei weitere Gründe. Erstens ist häufig bereits der Lebensabschnitt vor dem Tod, das Alter, mit einem Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim und insofern mit einem Abschied vom bisherigen Leben verbunden. Und zweitens ist die räumliche Verlagerung eine Folge der zunehmenden Medikalisierung des Sterbens, bei der der Tod wie selbstverständlich im Krankenhaus stattfindet.

Damit bin ich bei der zweiten Gruppe von Entwicklungen, die die Todesvorstellungen seit der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts durchlaufen haben, der Medikalisierung des Sterbens. In diesem Zeitraum entstand das moderne Krankenhaus als Ort medizinischen Handelns, und es entstanden die medizinischen Fertigkeiten, sich dort mit ernsthaften Erfolgchancen auf einen Kampf gegen den Tod einzulassen.

Für den Sterbeprozess bedeutete dies jedoch eine dramatische Veränderung. Neben den traditionellen Tätigkeiten am Lebensende, dem Rückblick, der Verabschiedung und Vorbereitung, gab es nun noch etwas, das in den letzten Stunden eines Menschen geschehen konnte, der Kampf des Arztes gegen den Tod. Je leistungsfähiger und etablierter das ärztliche Können aber wurde, desto mehr Raum beanspruchte dieser Kampf und desto stärker wurde der sterbende Patient vom Hauptdarsteller seines Sterbens zum passiven Schlachtfeld; und sein Tod wurde notwendigerweise zur schmachvollen Niederlage der eigentlichen Protagonisten, der Ärzte. Da es aber eine gelingende Niederlage nicht geben kann, gab es aus ärztlicher Sicht eigentlich auch keinen gelingenden Tod. Und weil sich die Ärzte außerdem bis zum Ende um das Leben des Patienten bemühten, ließen sie ihm häufig keine Zeit, sich nach dem verlorenen Kampf auf den bevorstehenden Tod umzustellen.

Genauso wie der gelingende Tod verschwand mit zunehmender ärztlicher Kompetenz auch der natürliche Tod. Jeder Tod hat eine Ursache, auch der älteste Greis stirbt schließlich an irgendetwas, woran er nicht notwendigerweise hätte sterben müssen, wovor man ihn also vielleicht hätte bewahren können und zunehmend auch bewahren konnte. Insbesondere nach dem zweiten Weltkrieg, als die auf die Überbrückung lebensbedrohlicher Krisen spezialisierte Intensivmedizin entstand, wurde aus dem natürlichen Tod zunehmend ein kontrollierter Tod, ein Tod, der sich nicht von selbst einstellte, sondern den die Ärzte ihre Patienten sterben ließen.

Mit der Macht, Menschen am Leben zu erhalten oder sterben zu lassen, wurde allerdings auch zweierlei deutlich, erstens dass es nicht zwangsläufig die Pflicht der Ärzte ist, den Kampf gegen den Tod bis zum bitteren Ende auszufechten, und zweitens, dass man dem Patienten damit sogar Unrecht tun kann, alles medizinische Handeln allein auf die Lebenserhaltung auszurichten. Damit ist die dritte Entwicklung der Vorstellung vom richtigen Sterben angesprochen, auf die Ariès hinweist, die Rückbesinnung auf Sterben und Tod.

Vier Ereignisse in den sechziger und siebziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts kennzeichnen den Beginn dieser Entwicklung. 1967 eröffnete die Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders in London das St. Christopher's Hospice, 1968 verabschiedete ein »Ad Hoc Committee« der Harvard Medical School einen Abschlussbericht mit dem verwirrenden Titel »A Definition of Irreversible Coma«, 1969 veröffentlichte die Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross das Buch »On Death and Dying« und 1976 erstritten die Eltern der Amerikanerin Karen Quinlan das Recht, die künstliche Beatmung ihrer Tochter beenden zu lassen.

Der Bericht des Harvard-Komitees markiert nach gängiger Lesart den Wechsel von der so genannten »Herztod-Konzeption« zur »Hirntod-Konzeption« des

Todes.¹¹ Wichtiger ist er aber als Indiz dafür, dass mit zunehmender medizinischer Verfügungsmacht über die körperlichen Vorgänge am Lebensende, diese Grenze selbst porös geworden ist. Es ist bezeichnend, dass das Wort »Tod« im Titel des Berichts gar nicht vorkommt, denn das Problem, mit dem sich das Harvard-Komitee und zur selben Zeit auch andere Kommissionen auseinandersetzen mussten, lag nicht primär in der Frage, wann Menschen tot sind, sondern darin, dass auf den Intensivstationen Patienten lagen, deren Gehirne abgestorben waren, und bei denen die Ärzte nun nicht recht wussten, wie sie sich ihnen gegenüber verhalten sollten. Erst vor dem Hintergrund des traditionellen Selbstverständnisses der Mediziner als Kämpfer gegen den Tod wird klar, wieso dieses Problem sofort in die Frage umgemünzt wurde, ob die betreffenden Patienten noch am Leben oder schon tot waren. Die schnelle Einigung auf die Hirntod-Konzeption Ende der sechziger Jahre hatte dann auch prompt den entlastenden Effekt, dass sich zumindest diejenigen Patienten, angesichts derer es am schwersten fiel, am ärztlichen Heilungs-Ethos festzuhalten, als in Wirklichkeit tot erwiesen und damit auf die andere Seite der alles entscheidenden Linie fielen.

Schon damals diente diese Ausgrenzung allerdings mehr der Rechtfertigung der Organentnahme als dass sie das tradierte Bild des Arztes als eines unerbittlichen Kämpfers gegen den Tod retten konnte. Es gab zu viele andere, nicht hirntote Patienten, die dieses Bild ebenfalls in Frage stellten – zunächst allerdings nicht so sehr in den Augen der Ärzte selbst, als vielmehr in denen der Patienten und ihrer Angehörigen. Sie fanden sich immer weniger damit ab, bloß Objekte der ärztlichen Bemühungen zu sein, vor allem wenn deren Zweck längst nicht mehr klar war.

Der Prozess, den das Ehepaar Quinlan Mitte der siebziger Jahre gegen das Krankenhaus geführt hat, in dem ihre Tochter Karen im Wachkoma lag, ist für diese Entwicklung bezeichnend.¹² Künstliche Beatmung und sorgfältige Pflege vorausgesetzt, war Karen Quinlans Zustand stabil und nicht lebensbedrohlich. Nach Ansicht ihrer Eltern hatten die Ärzte aber kein Recht, sie in diesem Zustand zu erhalten. Ihre Tochter hätte dies keinesfalls gewollt, also seien die Ärzte verpflichtet, die intensivmedizinische Behandlung einzustellen und sie fertig sterben zu lassen.

Hinter der Klage der Quinlans standen zwei Überzeugungen: erstens dass es Sache des sterbenden oder zumindest vom Tode bedrohten Menschen selbst

¹¹ Zum historischen Hintergrund der Hirntod-Konzeption vgl. Claudia Wiesemann, »Notwendigkeit und Kontingenz«, in: Th. Schlich, C. Wiesemann (Hg.), *Hirntod*, Frankfurt/M. 2001, 209–235.

¹² Zu Karen Quinlan vgl. Gregory Pence, *Classical Cases in Medical Ethics*, New York 1990.

sei, inwieweit er sich medizinisch helfen lässt, und zweitens dass es Umstände gibt, unter denen es sinnvoll, vernünftig sein kann, nicht weiter am Leben zu bleiben. Das Gerichtsurteil bestätigte sie in dieser Ansicht.

Die Feststellung, dass es einen Punkt geben könne, an dem eine lebenserhaltende Behandlung als sinnlos oder unerwünscht beendet werden sollte, bildet allerdings nur die eine Seite im medizinischen Umdenken der letzten fünfzig Jahre. Schließlich ist auch ein todgeweihter Patient noch lange nicht tot, und er hat normalerweise erheblichen Bedarf an medizinischer Hilfe, selbst wenn sein Leben nicht mehr zu retten ist. Auf diese Hilfe beim Sterben waren die Mediziner aber lange Zeit viel schlechter vorbereitet als auf den Kampf ums Überleben. Sie wussten wenig von den Bedürfnissen Sterbender und machten deshalb lieber einen Bogen um diese Patienten.

Einen wesentlichen Anstoß zu der Erkenntnis, dass das Sterben ein eigenständiger medizinischer Aufgabenbereich ist, hat Ende der sechziger Jahre Elisabeth Kübler-Ross mit ihrem Buch *Death and Dying* gegeben, das bald auch auf Deutsch unter dem Titel *Interviews mit Sterbenden* veröffentlicht wurde (Stuttgart 1971). In diesem Buch entwickelt Kübler-Ross ihre Theorie der verschiedenen Sterbephasen, die dann einen großen Anteil am Entstehen einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin, der Thanatopsychologie, hatte.¹³

Sterbende haben allerdings nicht nur Bedarf an psychologischer Unterstützung. Da sie (anders als der todgeweihte Sokrates) in der Regel schwer krank sind, kann man ihnen häufig auch dadurch helfen, dass man ihr körperliches Befinden verbessert, z. B. indem man ihre Schmerzen lindert und sie bei wachem Bewusstsein erhält. Das sind eigentlich typisch medizinische Aufgaben, aus Sicht der traditionellen Medizin erfordern sie aber häufig ein radikales Umdenken, z. B. beim Einsatz potentiell suchterzeugender Medikamente.

Dass sich gleichwohl ein eigenständiges medizinisches Fachgebiet, die Palliativmedizin entwickelt hat, geht nicht zuletzt auf die durch Cicely Saunders initiierte Hospizbewegung zurück.¹⁴ In den Hospizen soll sterbenden Menschen trotz Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit die Möglichkeit gegeben werden, die letzte Lebenszeit zu Hause oder in einem darauf eingerichteten stationären Hospiz zu verbringen. Sie sollen nicht allein sein müssen, ihre familiären und sozialen Kontakte nicht einbüßen und Gehör für ihre Wünsche und Nöte finden. Auch die Angehörigen sollen die Gelegenheit haben, sich auf das Sterben und den bevorstehenden Abschied einzustellen, ohne von den

¹³ Überblick in Joachim Wittkowski, *Psychologie des Todes*, Darmstadt 1990.

¹⁴ Vgl. z. B. Johann-Christoph Student (Hg.), *Das Hospiz-Buch*, Freiburg/Br. 1989.

damit verbundenen Widrigkeiten überrollt zu werden. Kurz, der beschriebene Prozess der Ausbürgerung des Todes soll rückgängig gemacht werden.

Damit bin ich am Ende meiner Beschreibung der drei Entwicklungen, die Ariès zufolge die Vorstellungen vom richtigen Sterben seit der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts genommen haben. Ich hatte angekündigt, dass sie zeigen, inwieweit ein reduktionistisches Würdeverständnis dem Anliegen nach einem Sterben in Würde nicht gerecht wird. Das will ich nun versuchen.

V.

Zunächst ist es, glaube ich, offensichtlich, *dass* die beschriebenen Entwicklungen etwas mit der Würde der Sterbenden zu tun haben. Ariès selbst hat diesen Zusammenhang so dargestellt: »Diese neue Strömung [repräsentiert z. B. durch Kübler-Ross], die aus dem Mitgefühl mit dem sich selbst entfremdeten Sterbenden hervorgegangen war, hat sich für eine Verbesserung der Bedingungen des Sterbens ausgesprochen, die dem Sterbenden seine mit Füßen getretene Würde zurückerstatten sollte.« (op. cit. S. 755).

Ariès kritisiert also an den Prozessen der Ausbürgerung und Medikalisierung des Todes, dass dabei die Würde des Sterbenden missachtet werde, während die neueren Strömungen das Sterben würdiger und damit besser machten.



Er sagt aber auch etwas darüber, worin diese Entwürdigungen bestehen, nämlich in einer »Entfremdung« des Sterbenden von sich selbst. Das scheint mir tatsächlich eine gute Beschreibung dessen zu sein, was an dem ausgebürgerten, medikalisierten Sterben fragwürdig war und was deshalb eine Gegenbewegung für die Würde der Sterbenden ausgelöst hat. Die in den ersten beiden Säulen zusammengefassten Entwicklungen haben zu einer *Selbstentfremdung der Sterbenden* geführt. Die Frage ist nur, was damit genau gemeint ist und inwiefern es einem reduktionistischen Würdeverständnis widerspricht.

Ruft man sich noch einmal den historischen Überblick in Erinnerung, dann lassen sich mehrere Aspekte von Entfremdung unterscheiden. Ich möchte sie hier mit Hilfe von zwei Radierungen aus dem Jahre 1921 illustrieren, die zu einem Zyklus

ähnlicher Werke des Malers Ivo Saliger gehören und den heroischen Kampf zwischen Ärzten und dem Tod darstellen:¹⁵

1. Auf dem ersten Bild (links) wird deutlich, dass der Patient im medizinischen Kampf um das Leben nicht eigentlich das Ziel des ärztlichen Tuns ist, sondern, wie gesagt, nur der Schauplatz oder bestenfalls das Objekt des Kampfes. Auch wenn sich die Patientin malerisch an den heldenhaften Arzt schmiegt, so würde es, wie das nächste Bild desselben Malers zeigt (folgende Seite oben), im Grunde auch ohne sie gehen. Das Sterben der Patientin ist ein Krieg, Arzt gegen Tod, in dem sie immer nur Komparsin des Geschehens ist. Dies ist der erste Sinn, in dem sie sich als Sterbende selbst entfremdet ist. Sie spielt in ihrem eigenen Tod nur eine Nebenrolle.

2. Die Passivität und Hilflosigkeit, mit der sich die Patientin Schutz suchend an den Arzt klammert, deutet auf eine zweite Entfremdung hin. Die Frau (bei der es sich übrigens um die todkranke Schwester des Malers handelte) ist normalerweise sicher nicht nackt herumgelaufen, noch hat sie sich wildfremden Männern an den Hals geworfen, aber als Sterbende ist sie eben nicht mehr die Bürgerin, Tochter aus besserem Hause oder was auch immer sie vorher war, sie hat ihren sozialen Status, die Rolle, die sie bisher im Leben einnahm, verloren. Die zweite Entfremdung ist also die von ihrem eigenen individuellen, bürgerlichen Ich, wobei ich den Ausdruck »bürgerlich« sehr weit fassen möchte, als Kennzeichen all dessen, was uns als die besondere Person auszeichnet, die wir sind.

Denselben Effekt, der Entfremdung von der bürgerlichen Identität, haben auch viele der Prozesse, die Ariès als Ausbürgerung des Todes bezeichnet hat: die soziale Isolation des Sterbenden, die bedenkenlose Unaufrichtigkeit ihm gegenüber, häufig auch schon die Verlagerung in ein Pflege- oder Altersheim.

3. Die Willenlosigkeit, mit der sich die Frau ihrem heldenhaften Beschützer unterwirft, deutet noch auf eine dritte, weitergehende Selbstentfremdung. Die Sterbende hat neben ihrer bürgerlichen Identität auch ganz generell ihre Identität als eigenständige Person, ihre Autonomie eingebüßt. Diese Entmündigung



¹⁵ Entnommen aus Werner Block, *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten*, Stuttgart 1966.

der Sterbenden ist ebenfalls ein gemeinsames Merkmal vieler Ausbürgerungsprozesse. Die Sterbenden werden nicht mehr als selbstbestimmte, erwachsene Personen ernst genommen.

4. Diese Entmündigung hat zweifellos paternalistische Züge. Paternalisten setzen sich aber nicht nur wohlmeinend über den Willen ihrer Schützlinge hinweg, sie bestimmen häufig auch, welchen Preis diese zu ihrem eigenen Besten zu zahlen haben. Das gilt auch für den ärztlichen Kampf gegen den Tod. Man kann sich gut vorstellen, dass die todkranke Patientin ganz selbstverständlich und ungefragt die Nebenfolgen dieses ärztlichen Ringens zu tragen hatte, die damit verbundenen Schmerzen, Ängste und Demütigungen. Auch von ihren eigentlichen Bedürfnissen ist sie also entfremdet.

5. Die vier genannten Selbstentfremdungsprozesse, die Entfremdung der Sterbenden vom eigenen Sterben, sowie von ihrer bürgerlichen, autonomen, bedürftigen Identität, spiegeln sich schließlich in einem Merkmal wider, das nicht nur die beiden ersten, sondern alle drei Entwicklungslinien, die die Todesvorstellungen seit der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts durchlaufen haben, teilen, und das diese drastisch von den historisch früheren Vorstellungen vom gelungenen Sterben abhebt: Was es heißt, gut zu sterben, wird nicht als Problem für die Sterbenden selbst gesehen, sondern als Frage, wie man Sterbende behandeln sollte, also als Problem des Umgangs mit dem Sterben anderer. Der Slogan ›in Würde sterben‹ ist deshalb im Grunde ein irreführendes Etikett für eine Debatte, in der es schließlich nicht darum geht, was es für einen Menschen selbst, für das eigene Verhalten heißt, in Würde zu sterben, sondern darum, was es heißt, Menschen in Würde *sterben zu lassen*. Der Sterbende ist also auch in dem Sinn sich selbst entfremdet, als er selbst gar nicht viel zum Gelingen seines Todes beitragen kann.

Die von Ariès kritisierte Missachtung der Würde der Sterbenden lässt sich also als eine Selbstentfremdung in fünferlei Hinsicht beschreiben. Die Frage ist nun, was an diesen Selbstentfremdungsprozessen auszusetzen ist und inwieweit ein reduktionistisches Würdeverständnis mit dieser Beurteilung vereinbar ist.

Eine Form der Selbstentfremdung, die gut ins reduktionistische Bild passt, ist die Entmündigung der Sterbenden. Niemand bezweifelt heute, dass auch kranke und sterbende Menschen ein Recht darauf haben zu bestimmen, was mit ihnen geschieht. Dieser Grundsatz, der in der medizinischen Ethik als Patientenautonomie eine zentrale Stellung einnimmt, spricht prinzipiell gegen jede Unaufrichtigkeit und Bevormundung im Umgang mit Sterbenden. Sterbende müssen bis an ihr Lebensende entsprechend ihrem Selbstbestimmungsrecht behandelt werden.

Schwierigkeiten ergeben sich erst bei der Umsetzung dieses unstrittigen

Prinzips, zum einen dort, wo ein Mensch sein Recht auf Selbstbestimmung nicht aktiv ausüben kann, weil er bewusstlos oder in seinem Denken stark beeinträchtigt ist, und zum anderen dort, wo möglicherweise die Grenzen des Selbstbestimmungsrechts erreicht werden, z. B. bei der Tötung auf Verlangen.

Auch die Selbstentfremdung der Sterbenden von ihren Bedürfnissen lässt sich kritisieren, ohne das reduktionistische Würdeverständnis aufzugeben. Die Haltung, dass sich alle weiteren Bedürfnisse der Sterbenden dem Kampf gegen den Tod unterzuordnen hätten, steht nicht nur im Widerspruch zu ihrem Selbstbestimmungsrecht, sondern auch zu dem Recht auf Beistand und Unterstützung, das sie gegenüber ihren Angehörigen, aber auch gegenüber den Ärzten und der Gesellschaft insgesamt haben. Dieses Recht auf Hilfe durch andere, das vor allem in der Hospizarbeit eine große Rolle spielt, kann selbstverständlich auch ein Reduktionist anerkennen.

Entscheidend für die Plausibilität des reduktionistischen Würdeverständnisses ist deshalb die Frage, inwiefern es auch den anderen Formen der Selbstentfremdung Sterbender gerecht werden kann.

VI.

Eine wichtige Form der Selbstentfremdung ist die Aufgabe dessen, was ich die »bürgerliche Identität« genannt habe. Das ist ein vager Ausdruck und ich kann nicht mehr tun, als ihn durch andere vage Ausdrücke zu erläutern. Es steht die Idee dahinter, dass wir als individuelle Personen Eigenschaften haben, die uns insofern wesentlich sind, als es uns ausmacht, diese Eigenschaften zu haben. Sie bilden unser Selbst, unser Image, unsere Persönlichkeit. Dazu zählen unsere Geschichte, unsere Charaktermerkmale, Vorlieben, Idiosynkrasien, aber auch die Stellung, die wir in der Gesellschaft einnehmen, die Erwartungen, die mit uns verbunden werden, die Pläne, die wir machen. Dabei ist dieses Selbst nicht statisch, sondern davon abhängig, dass es sich im weiteren Verhalten der Person sowie in der Art, wie ihre Umwelt sie behandelt, widerspiegelt.

Jemanden nicht so zu behandeln, wie es ihm eigentlich entspräche, stellt deshalb immer ein Stück von dessen Identität in Frage. Das kann schmeichelhaft sein, z. B. wenn ein ausgemachtes Scheusal auf zärtliche Resonanz stößt. Betrifft es aber eine positive Eigenschaft, dann untergräbt es prima facie den Anspruch der Person, diese Eigenschaft zu haben. Es bedroht die Identität dieser Person.

Diese rudimentäre Beschreibung dessen, was hier unter dem Verlust der bürgerlichen Identität, des Selbst, gemeint ist, scheint unmittelbar auf das zu passen, was auf dem Bild mit der sterbenden Schwester des Malers geschieht.

Der Arzt setzt sich über jede konventionelle Form hinweg und behandelt sie, als sei sie nicht diese bestimmte, sondern irgendeine Frau, irgendjemand, was der Maler durch ihre Nacktheit, aber vor allem auch dadurch ausgedrückt hat, dass man das Gesicht nicht sieht. Der gängige Slogan dafür ist die Anonymie des Sterbens im Krankenhaus.

Allerdings stellt sich dann auch unmittelbar die Frage, was eigentlich daran auszusetzen ist, dass der Arzt nicht auf die Person achtet, sondern allein darauf, dass ein Mensch in Not ist, dem er helfen will. Eigentlich ist es doch löblich, wenn sich ein Arzt immer gleich verhält?! Und wenn das jeder weiß, dann scheint es doch auch für deren bürgerliche Identität schadlos zu sein. Allein die distanzierte Unparteilichkeit des Arztes kann man ihm schlecht zum Vorwurf machen. Man könnte ihm sein Verhalten nur dann vorwerfen, wenn es gegen den Willen der Patientin geschehen würde. Dann aber wäre es wieder ein Verstoß gegen das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und durch das reduktionistische Würdeverständnis gedeckt.

Es ist also nicht allein die Unpersönlichkeit des Arztes, die die bürgerliche Identität der Sterbenden gefährdet. Es sind die besonderen Umstände dieser Unpersönlichkeit. Die Unpersönlichkeit im Umgang mit einem Menschen kann dessen Identität erstens dann gefährden, wenn es neben diesem Umgang kein anderes, persönliches Umfeld gibt, das die Unpersönlichkeit kompensiert. Das ist ein Aspekt, der vor allem das Leben und Sterben in Alters- und Pflegeheimen betrifft. Wenn dort die Menschen nicht so behandelt werden, wie es auch außerhalb der Heime angebracht und selbstverständlich wäre, dann gibt es dafür keine Kompensation durch andere Sozialkontakte, ihre Identität droht zu erodieren. Zweitens kann die bürgerliche Identität der Sterbenden auch dadurch gefährdet sein, dass die sachliche, unpersönliche Behandlung durch den Arzt etwas anderes verhindert, das für diese Identität sehr wichtig wäre.

Damit bin ich bei der ersten Form der Selbstentfremdung angelangt. Per se ist wenig dagegen einzuwenden, dass jemand sich und seinen Zustand zum bloßen Objekt ärztlichen Handelns macht. Niemanden stört es, Komparse bei der Exzision des eigenen Blinddarms zu sein. Dass es mit dem eigenen Tod anders ist, liegt nicht daran, dass es generell entfremdend oder entwürdigend wäre, den Arzt an sich herumarbeiten zu lassen. Es liegt an der besonderen Rolle, die der Tod für einen selbst, für die eigene Identität, spielt.

Ich habe eben schon erwähnt, dass unsere Identität zeitübergreifend konstituiert ist. Dazu, wer jemand ist, gehört auch seine Geschichte. Die Biographie gehört zur Persönlichkeit, und sie bestimmt mit, wie attraktiv derjenige ist, der dieses Leben gelebt hat. Deshalb kann man im Grunde niemals ausbügeln, was einmal geschehen ist, man kann es immer nur ausbalancieren, indem man weiterlebt und seine Identität immer weiter entwickelt, modifiziert. Im Tod

aber, sei es als Sterbenskranker oder zum Tode Verurteilter, entscheidet sich endgültig, wie dieses Leben aussieht. Danach gibt es nichts mehr auszubalancieren. Deshalb ist es fatal, wenn man das eigene Sterben bloß als Komparse begleitet: man hätte Besseres zu tun, nämlich seinem Leben irgendwie einen Schluss, eine Abrundung zu geben.

VII.

Damit bin ich in gewisser Weise wieder bei den antiken Vorstellungen vom würdigen Sterben angelangt und der Idee, dass man in der Todesstunde mit sich ins Reine kommen und sein Leben ordentlich abschließen sollte. Ich glaube tatsächlich, dass dies die Konsequenz der Kritik am selbstentfremdeten Sterben ist. Die Forderung nach einem Sterben in Würde kann zwar reduktionistisch verstanden werden als das Gebot, die Autonomie der Sterbenden zu wahren und ihr Recht auf Zuwendung und Hilfe zu achten. Aber damit wird man nicht allen mit dem modernen Tod verbundenen Ausbürgerungen und Selbstentfremdungen gerecht. Diese deuten vielmehr auf ein weitergehendes Würde-Verständnis, dem zufolge unsere Würde an unserer individuellen bürgerlichen Identität hängt. Unsere Würde ist bedroht, wenn die Umstände dazu führen, dass wir diese Identität, unser Selbst, am Ende unseres Lebens noch beeinträchtigen, beschädigen.

Die Feststellung, dass die Würde der Sterbenden etwas mit dem Ideal zu tun hat, das Leben gut abzurunden, ist alles andere als selbstverständlich. Sie widerspricht der gemeinsamen Voraussetzung sowohl der Ausbürgerungs- und Medikalisierungstendenzen, wie auch der Rückbesinnung auf den Tod, dass es nämlich nicht primär eine Aufgabe für den Sterbenden selbst ist, richtig, würdig zu sterben, sondern für die anderen Menschen, die mit ihm zu tun haben. Diese fünfte und letzte Selbstentfremdung des Sterbenden gilt es deshalb ebenfalls rückgängig zu machen und dem Sterbenden wieder ein Stück Verantwortung dafür zu geben, ob sein Tod würdig ist oder nicht.

Ist das ein plausibler Anspruch? Ich glaube, ja. Dass man versucht, sein Sterben als besonderen Teil des Lebens insgesamt zu gestalten, muss ja nicht bedeuten, dass man wie Sokrates letzte Weisheiten von sich gibt oder gar einen Goetheschen Lorbeerkranz aufs Haupt gedrückt bekommt. Wir leben ganz anders, unsere Vorstellungen davon, wer wir sind und was uns wichtig ist, unsere bürgerliche Identität, ist völlig verschieden von diesen historischen Vorbildern. Deshalb wird es bei uns auch ganz anders aussehen, wenn wir im Einklang mit uns und unserem Leben sterben, so dass man vielleicht auch von uns eines Tages sagen kann: »man höre, sie amüsierten sich jetzt«. Die Idee aber, dass es wichtig ist, im Tode diesen Einklang herzustellen, ist davon unberührt.

Ich komme also zu dem Schluss, dass ein reduktionistisches Würdeverständnis dem verbreiteten Verlangen nach einem Sterben in Würde tatsächlich nicht gerecht wird. Nur wenn man eine gehaltvollere Idee der menschlichen Würde voraussetzt, die an den Bestand einer individuellen Identität gekoppelt ist, kann man das Unbehagen erklären, das Ariès und viele andere Menschen angesichts der beschriebenen Ausbürgerungs- und Medikalisierungsprozesse beschlichen hat. Akzeptiert man dieses gehaltvolle Würdeverständnis, dann hat dies Konsequenzen für den Umgang mit Sterbenden: Man muss natürlich ihre Autonomie respektieren, man muss ihnen aber auch Gelegenheit geben, sich so weit wie möglich mit ihrem Tod auseinanderzusetzen, ihn bewusst in ihr Leben zu integrieren. Damit wird der würdevolle Tod aber nicht nur zur Aufgabe für die anderen, sondern für den Sterbenden selbst: Wie in anderen wichtigen Phasen seines Lebens liegt es auch an ihm, ob er mit seinem Sterben richtig, rund, würdevoll umgeht oder nicht.

Dass man mithilfe dieses gehaltvollen, nicht-reduktionistischen Würdeverständnisses das Verlangen nach einem Sterben in Würde erklären kann, weckt die Hoffnung, dass sich die anderen der genannten Probleme des Reduktionismus auf dieser Basis ebenfalls ausräumen lassen, dass man also z. B. erklären kann, was daran auszusetzen ist, die eigene Würde aufs Spiel zu setzen, oder was so perfide daran ist, wenn ein Mann seine Frau verprügelt. Schließlich kann man mit diesem Würdeverständnis vielleicht sogar begründen, warum Menschen Rechte haben und somit die lapidare Behauptung im Grundgesetz unterfüttern, die Menschenwürde biete einen Grund für die Menschenrechte.

Das ist bislang nur eine Vermutung, ein Projekt, von dem ich nicht weiß, ob es sich durchführen lässt. Aber auch wenn dies gelingen sollte, bleiben immer noch mindestens drei Probleme, die speziell etwas mit dem würdigen Sterben zu tun haben und mit denen ich meine Überlegungen schließen möchte.

Das erste Problem stammt aus der angewandten Ethik, es ist die schon mehrmals erwähnte Frage, inwieweit uns das Ideal, in Würde zu sterben, ein Recht gibt, ein Leben aktiv zu beenden. Vor dem Hintergrund der Überlegungen, die ich angestellt habe, zerfällt diese Frage in zwei Teilfragen.

Die erste Frage, die nach wie vor heftig diskutiert wird, lautet: Gibt es Situationen, in denen uns die Bitte oder das Einverständnis eines kranken Menschen berechtigt, diesen zu töten bzw. ihm beim Suizid zu helfen?

Um diese Frage zu beantworten kommt allein die Autonomie des Sterbenden zum Tragen, und eine Antwort hängt wesentlich davon ab, welche Rolle die Autonomie für das moralische Tötungsverbot spielt, das uns normalerweise verbietet, jemanden umzubringen. Basiert dieses Verbot primär auf einem Recht des potentiellen Opfers, nicht getötet zu werden, dann spricht einiges für eine Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen, denn dann muss man sich fragen, ob es

nicht zum Wesen moralischer Rechte gehört, dass der Inhaber davon Gebrauch machen kann oder nicht. Wenn ja, dann könnte auch der Sterbende einem Arzt gegenüber darauf verzichten, sein Recht auf Weiterleben in Anspruch zu nehmen, was diesen wiederum berechtigen würde, den Patienten zu töten.

Es ist allerdings ausgesprochen fraglich, ob das Tötungsverbot wirklich primär auf einem Recht basiert, nicht getötet zu werden. Denn dann ist es eigentlich nicht verständlich, warum auch die meisten Befürworter der Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen diese auf bestimmte, extreme Lebenssituationen beschränken. Wenn jeder autonome Mensch ein Recht auf sein Leben hätte, wie er ein Recht auf seine Frisur oder seinen Vorgarten hat, dann dürfte es keine ernsthaften ethischen Bedenken gegen beliebige Tötungen auf Verlangen geben, sei es aus Liebeskummer, selbst auferlegter Buße, verletztem Stolz, künstlerischem Anspruch oder auch, um z. B. einem guten Freund ein Spenderherz zu schenken. Sind diese Tötungen andererseits aber moralisch unzulässig, dann steckt vermutlich mehr hinter dem Tötungsverbot als ein Recht auf Leben, und die Verbindung zwischen der Autonomie der Sterbenden und der Tötung auf Verlangen ist weniger eng.

Unabhängig davon stellt sich die Frage nach dem Verhältnis zwischen Sterben und Würde und der Tötung auf Verlangen aber noch von einer anderen, zweiten Warte, nämlich als die Frage, ob es mit der Würde des Sterbenden selbst vereinbar ist, sich töten zu lassen (bzw. sich selbst umzubringen). In dem Augenblick, in dem man die Idee zulässt, dass es auch an dem Sterbenden liegt, seinen Tod gelingen zu lassen, muss man sich auch fragen, ob dazu manchmal gehört, ihn aktiv herbeizuführen.

Die philosophischen Antworten gehen hier bekanntlich extrem weit auseinander, anfangen von der These, dass eine solche Tat notwendigerweise eine Missachtung der eigenen Person sei, bis hin zu der Annahme, dass es sich beim Suizid um den einzig menschenwürdigen Akt überhaupt handle.¹⁶ Ich habe dazu keine feste Meinung, mir geht es hier nur um die Feststellung, dass ein gehaltvoller, nicht-reduktionistischer Begriff der Würde nicht nur eine mögliche Rechtfertigung für denjenigen birgt, der auf Verlangen tötet, sondern auch eine Herausforderung für denjenigen, der die Tötung verlangt.

Die anderen beiden Probleme, die mit einem Sterben in Würde verbunden sind, wenn man Würde nicht reduktionistisch versteht, hängen mit der Besonderheit des Todes als letztem Lebensabschnitt zusammen. Erstens kann man sich fragen, ob es nicht vergeblich ist, dem Leben einen gelungenen Abschluss geben zu wollen, wenn dieses Leben mit dem Tod ohnehin zu Ende und man

¹⁶ Vgl. Ralf Stoecker, »Ein wirklich ernstes philosophisches Problem. Philosophische Reflexionen über den Suizid«, *Vorgänge* Heft 3/2006 S. 4–23.

selbst mit allen Plänen, Beziehungen und Verdiensten perdu ist. Natürlich gilt generell, dass, wenn das Leben wegen seiner Endlichkeit absurd ist, alles Streben Eitelkeit ist, nicht nur der Versuch, das Leben würdig abzuschließen, aber gerade am Ende ist diese Vergeblichkeit vielleicht besonders augenfällig.

Das zweite Problem ergänzt das erste. Selbst wenn man es schafft, in einem großartigen Finale sein Leben zu einer runden Sache zu machen, bleibt doch die ernüchternde Feststellung, dass man dieses gelungene Leben zugleich auch hinter sich hat. Man hat nichts mehr davon, ein so prächtiges Leben gelebt zu haben, ja man hat überhaupt nichts mehr von irgendetwas. Warum sollte man sich also bemühen, die letzte Zeit, die einem verbleibt, in den Dienst einer verflissenen Identität zu stellen, anstatt sich ganz darauf zu konzentrieren, aktuell so viel wie möglich davon zu haben?

Beide Probleme sind philosophisch ausgesprochen hartnäckig.¹⁷ Wenn ich aber Recht habe, dass ein würdiger Tod auch eine Herausforderung für den sterbenden Menschen selbst bildet, dann bleibt uns vermutlich trotzdem nichts anderes übrig als Antworten auf diese Fragen zu finden – zumindest für uns selbst. Der passende Slogan aus dem philosophischen Gedankengut, in dem ich mit meinen Überlegungen freimütig gewildert habe, lautet: Philosophieren heißt sterben lernen.¹⁸

Literatur:

- | | |
|------------------|---|
| Ariès 1991 | Ph. Ariès, <i>Geschichte des Todes</i> , München 1991. |
| de Beauvoir 1968 | S. de Beauvoir, <i>Ein sanfter Tod</i> , Reinbek 1968. |
| Choron 1967 | J. Choron, <i>Der Tod im abendländischen Denken</i> , Stuttgart 1967. |
| Feldman 1992 | F. Feldman, <i>Confrontations with the Reaper</i> , Oxford 1992. |
| Hoerster 1983 | N. Hoerster, »Zur Bedeutung des Prinzips der Menschenwürde«, in: <i>Juristische Schulung</i> 1983, 93–96. |
| Imhof 1998 | A. E. Imhof, <i>Die Kunst zu sterben</i> , Leipzig 1998. |
| Jaber 2003 | D. Jaber, <i>Über den mehrfachen Sinn von Menschenwürde-Garantien</i> , Frankfurt/M. 2003. |
| Jens/Küng 1995 | W. Jens, H. Küng, <i>Menschenwürdig sterben</i> , München 1995. |

17 Es gibt eine Reihe empfehlenswerter philosophischer Bücher zu diesen Themen: Jacques Choron, *Der Tod im abendländischen Denken*, Stuttgart 1967, Jay Rosenberg, *Thinking Clearly About Death*, 1Indianapolis 1998, Fred Feldman, *Confrontations with the Reaper*, Oxford 1992, Jeff McMahan, *The Ethics of Killing*, Oxford 2002, Héctor Wittwer, *Philosophie des Todes*, Stuttgart 2009.

18 Ich habe Versionen dieses Textes in Dresden und an der FU Berlin vorgetragen und danke den Veranstaltern und Teilnehmern ganz herzlich für die zahlreichen Anregungen, die ich daraus mitgenommen habe.

- Knoepffler/Haniel 2000 N. Knoepffler, A. Haniel (Hg.), *Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle*, Leipzig 2000.
- McMahan 2002 J. McMahan, *The Ethics of Killing*, Oxford 2002.
- Ohler 2003 N. Ohler, *Sterben und Tod im Mittelalter*, Düsseldorf 2003.
- Pence 1990 G. Pence, *Classical Cases in Medical Ethics*, New York 1990.
- Rosenberg 1998 J. Rosenberg, *Thinking Clearly About Death*, Indianapolis 1998.
- Stepanians 2003 M. Stepanians, »Gleiche Würde, gleiche Rechte«, in: R. Stoecker, *Menschenwürde – Annäherung an einen Begriff*, Wien 2003, 81–101.
- Stoecker 2002 R. Stoecker, »Die Würde des Embryos«, in: D. Groß (Hg.), *Zwischen Theorie und Praxis: Ethik in der Medizin in Lehre und Klinik*, Würzburg 2002, 53–71.
- Stoecker 2003 R. Stoecker, »Menschenwürde und das Paradox der Entwürdigung«, in: Ders. (Hg.), *Menschenwürde – Annäherung an einen Begriff*, Wien 2003, 133–151.
- Stoecker 2004 R. Stoecker »Selbstachtung und Menschenwürde«, in: *Studia Philosophica* 63 (2004), 107–119.
- Stoecker 2006a R. Stoecker, »Eine Frage der Ehre«, *Berliner Debatte Initial*, Heft 1/2 2006, 147–155.
- Stoecker 2006b R. Stoecker, »Ein wirklich ernstes philosophisches Problem. Philosophische Reflexionen über den Suizid«, in: *Vorgänge* Heft 3/2006, 4–23.
- Stoecker 2007 R. Stoecker, »Todesstrafe und Menschenwürde«, in: H. C. Jacobs (Hg.), *Gegen Folter und Todesstrafe*, Frankfurt a.M. 2007, 265–304.
- Student 1989 J.-Ch. Student (Hg.), *Das Hospiz-Buch*, Freiburg/Br. 1989.
- Tiedemann 2006 P. Tiedemann, *Was ist Menschenwürde?* Darmstadt 2006.
- Vögele 2000 W. Vögele, *Menschenwürde zwischen Recht und Theologie*, Gütersloh 2000.
- Wiesemann 2001 C. Wiesemann, »Notwendigkeit und Kontingenz«, in: Th. Schlich, C. Wiesemann (Hg.), *Hirntod*, Frankfurt/M. 2001, 209–235.
- Wittkowski 1990 J. Wittkowski, *Psychologie des Todes*, Darmstadt 1990.
- Wittwer 2009 H. Wittwer, *Philosophie des Todes*, Stuttgart 2009.



Material für Textarbeit

Rabbinische Literatur

1. אמר רב יהודה אמר שמואל, ואיתימא רבי אמי, ואמרי לה במתניתא תנה: מעשה בד' מאות ילדים וילדות שנשבו לקלון, הרגישו בעצמן למה הן מתבקשים, אמרי: אם אנו טובעין בים אנו באין לחיי העולם הבה?
2. דרש להן הגדול שבהן: +תהלים ס"ח+ אמר ה' מבשן אשיב אשיב ממצולות ים, מבשן אשוב - מבין שיני אריה אשיב, ממצולות ים - אלו שטובעין בים; כיון ששמעו ילדות כך, קפצו כולן ונפלו לתוך הים.
3. נשאו ילדים ק"ו בעצמן ואמרו: מה הללו שדרכן לכך - כך, אנו שאין דרכנו לכך - על אחת כמה וכמה! אף הם קפצו לתוך הים. ועליהם הכתוב אומר: +תהלים מ"ד+ כי עליך הורגנו כל היום נחשבנו כצאן טבחה.

1. Rabbi Jehuda sagte im Namen Schemuels, nach anderen Rabbi Amis, und manche sagen, es wurde in einer Barajtha gelehrt: Einst wurden vierhundert Knaben und Mädchen zur Schande gefangen genommen. Als sie merkten, wofür sie begehrt wurden, sprachen sie: Kommen wir, wenn wir ins Meer stürzen, in die zukünftige Welt ?

2. Da trug ihnen der Älteste unter ihnen vor: Es spricht der Herr: Von Baschan führe ich zurück, ich führe zurück aus den Meerestiefen. Von Baschan führe ich zurück, selbst aus den Zähnen eines Löwen; ich führe zurück aus den Meerestiefen, diejenigen, die im Meere ertrunken. Als die Mädchen dies hörten, sprangen sie alle auf und stürzten sich ins Meer.

3. Da folgerten die Knaben einen Schluß (vom Leichterem auf das Schwerere) und sprachen: wenn diese, bei denen dies die natürliche Art ist, es getan haben, um wieviel mehr müssen wir es tun, wo dies bei uns nicht die natürliche Art ist. Hierauf sprangen auch sie ins Meer. Über sie spricht die Schrift: Deinetwegen werden wir täglich getötet, werden wie Schlachtschafe geschlachtet.

1. מצאוהו לרבי חנינא בן תרדיון שהיה יושב ועוסק בתורה ומקהיל קהלות ברבים וס"ת מונח לו בחיקו. הביאוהו וכרכוהו בס"ת, והקיפוהו בחבילי זמורות והציתו בהן את האור, והביאו ספוגין של צמר ושראום במים והניחום על לבי, כדי שלא תצא נשמתו מהרה.
2. אמרה לו בתו: אבא, אראך בכך? אמר לה: אילמלי אני נשרפתי לבדי היה הדבר קשה לי, עכשיו שאני נשרף וס"ת עמי, מי שמבקש עלבונה של ס"ת הוא יבקש עלבוני.
3. אמרו לו תלמידיו: רבי, מה אתה רואה? אמר להן: גליון נשרפין ואותיות פורחות. אף אתה פתח פיך ותכנס (בך) האש! אמר להן: מוטב שיטלנה מי שנתנה ואל יחבל הוא בעצמו.
4. אמר לו קלצטונירי: רבי, אם אני מרבה בשלהבת ונוטל ספוגין של צמר מעל לברך, אתה מביאני לחיי העולם הבא? אמר לו: הן. השבע לי! נשבע לו. מיד הרבה בשלהבת ונטל ספוגין של צמר מעל לבו, יצאה נשמתו במהרה. אף הוא קפץ ונפל לתוך האור.
5. יצאה בת קול ואמרה: רבי חנינא בן תרדיון וקלצטונירי מזומנין הן לחיי העולם הבה. בכה רבי ואמר: יש קונה עולמו בשעה אחת, ויש קונה עולמו בכמה שנים.

1. ...trafen sie Rabbi Chanina ben Teradjon, wie er dasaß und sich mit der Tora befaßte, öffentliche Versammlungen abhielt und eine Torarolle in seinem Schoße hielt. Da holten sie ihn, wickelten ihn in die Torarolle, umgaben ihn mit Weidenbündeln und zündeten sie an. Sodann brachten sie Strähnen Wolle, weichten sie in Wasser und legten sie ihm aufs Herz, damit seine Seele nicht schnell ausfahre.
2. 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 zusammen mit der Torarolle verbrannt werde, so wird derjenige, der die Mißhandlung der Torarolle ahnden wird, auch meine Mißhandlung ahnden.
3. Seine Schüler sprachen zu ihm: Meister, was siehst du ? Er erwiderte ihnen: Die Pergamentrollen verbrennen und die Buchstaben fliegen (in die Höhe).-So öffne du doch deinen Mund, damit das Feuer in dich komme ! Er erwiderte ihnen: Mag lieber derjenige, der (die Seele) hineingetan hat, sie holen, niemand aber tue sich selber ein Leid an.
4. Hierauf sprach der Executor 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. Da vergrößerte er die Flamme und entfernte die Strähnen Wolle von seinem Herzen, worauf seine Seele schnell ausfuhr. Als dann sprang auch dieser in das Feuer.
5. Hierauf ertönte eine Hallstimme und sprach: Rabbi Chanina ben Teradjon und der Executor sind für das Leben in der zukünftigen Welt vorgesehen. Hierüber weinte Rabbi und sprach: Mancher erwirbt seine Welt in einer Stunde, mancher aber erwirbt sie erst in vielen Jahren.

1. ההוא יומא דנח נפשיה דרבי, גזרו רבנן תעניתא ובעו רחמי, ואמרי: כל מאן דאמר נח נפשיה דר', ידקר בחרב.
2. סליקא אמתיה דרבי לאיגרא, אמרה: עליוני מבקשין את רבי והתחתוני מבקשין את רבי, יהי רצון שיכופו תחתונים את העליונים.
3. כיון דחזאי כמה זימני דעייל לבית הכסא, וחלץ תפילין ומנח להו וקמצטער, אמרה: יהי רצון שיכופו עליונים את התחתונים. ולא הוו שתקי רבנן מלמיבעי רחמי, שקלה כוזא שדייא מאיגרא (לארעא), אישתיקו מרחמי ונח נפשיה דרבי.

1. Am Tage, an dem Rabbi starb, ordneten die Rabbanan ein Fasten an und flehten um Erbarmen. Sie bestimmten: wer da sagt, Rabbi sei verschieden, werde mit einem Schwerte niedergestochen.
2. Die Magd Rabbis stieg auf den Söller und sprach: Die droben verlangen nach Rabbi, und die hienieden verlangen nach Rabbi; möge es dein Wille sein, daß die hinieden die droben besiegen.
3. Als sie aber sah, wie oft er den Abort aufsuchte, und sich damit abquälte, die Tephillin ab- und anzulegen, sprach sie: Möge es dein Wille sein, daß die droben die hienieden besiegen. Da aber die Rabbanan nicht aufgehört hatten zu beten, nahm sie einen Krug und warf ihn vom Söller hinab; sie stockten, und die Seele Rabbis kehrte zur Ruhe ein.

1. נח נפשיה דרבי שמעון בן לקיש, והוה קא מצטער רבי יוחנן בתריה טובה. אמרו רבנן: מאן ליזיל ליתביה לדעתיה - ניזיל רבי אלעזר בן פדת, דמחדדין שמעתתיה. אזל יתיב קמיה, כל מילתא דהוה אמר רבי יוחנן אמר ליה: תניא דמסייעא לך. אמר: את כבר לקישא? בר לקישא, כי הוה אמינא מילתא - הוה מקשי לי עשרין וארבע קושייתא, ומפרקינא ליה עשרין וארבעה פרוקי, וממילא רווחא שמעתא. ואת אמרת תניא דמסייע לך, אטו לא ידענא דשפיר קאמינא?

2. הוה קא אזיל וקרע מאניה, וקא בכי ואמר: היכא את בר לקישא, היכא את בר לקישא, והוה קא צוח עד דשף דעתיה (מיניה). בעו רבנן רחמי עליה ונח נפשיה.

1. Hierauf starb Rabbi Schimon ben Lakisch und Rabbi Jochanan härmte sich sehr nach ihm. Da sprachen die Jünger: Wer will zu ihm gehen, um ihn zu beruhigen? – Mag Rabbi Eleazar ben Pedath gehen, dessen Lehren sehr scharfsinnig sind. Darauf ging er zu ihm hin und setzte sich vor ihm nieder, und bei jeder Sache, die Rabbi Jochanan vortrug, sprach er zu ihm: Es gibt eine Lehre als Stütze für dich. Da sprach er: Du willst dem Sohne Lakisch gleichen? Wenn ich etwas vortrug, replizierte er gegen mich vierundzwanzig Mal, und ich duplizierte gegen ihn vierundzwanzig Mal, und so wurde dadurch die Lehre erweitert; du aber sagst immerzu, es gebe eine Lehre als Stütze für mich: weiß ich denn nicht selber, daß ich recht habe!?

2. Hierauf ging er fort, zerriß seine Gewänder und weinte, indem er rief: Wo bist du, Sohn Lakisch, wo bist du, Sohn Lakisch! Er schrie solange, bis er seinen Verstand verlor. Da flehten die Jünger um Erbarmen, und er starb.

1. מעשה באשה אחת שהזקינה הרבה ובאת לפני רבי יוסי בן חלפתא אמרה ליה רבי הזקנתי יותר מדאי ומעכשיו חיים של נוון הם שאיני טועמת לא מאכל ולא משקה ואני מבקשת להפטר מן העולם.
2. א"ל מה מצוה את למודה לעשות בכל יום, א"ל למודה אני אפילו יש לי דבר חביב אני מנחת אותו ומשכמת לבית הכנסת בכל יום, א"ל מנעי עצמך מבית הכנסת שלשה ימים זה אחר זה, הלכה ועשתה כן וביום השלישי חלתה ומתה, לכך אמר שלמה אשרי אדם שומע לי וגו'

1. Dies ist die Geschichte einer Frau, die sehr alt wurde. Sie kam zu Rabbi Jossi ben Chalafta. Sie sprach zu ihm: „Rabbi, ich bin sehr alt geworden. Das Leben ist mir zuwider. Ich finde keinen Geschmack mehr an Essen und Trinken. Ich würde gern aus dieser Welt scheiden.“
2. Er sprach zu ihr: „Wie kommt es nur, dass du so lange gelebt hast?“ Sie sagte ihm: „Jeden Tag mache ich mich früh auf zur Synagoge, auch wenn ich deshalb etwas, was ich gerne tue, unterbrechen muss.“ Er sprach zu ihr „Geh an drei aufeinanderfolgenden Tagen nicht in die Synagoge!“ Das tat sie. Am dritten Tag wurde sie krank und starb.

1. יומא חד הוה אזל באורחא, חזייה לההוא גברא דהוה נטע חרובא, אמר ליה: האי, עד כמה שנין טעין? - אמר ליה: עד שבעין שנין. - אמר ליה: פשיטא לך דחיית שבעין שנין? - אמר ליה: האי (גברא) עלמא בחרובא אשכחתי, כי היכי דשתלי לי אבהתי - שתלי נמי לבראי. יתיב, קא כריך ריפתא, אתא ליה שינתא, נים. אהדרא ליה משוניתא, איכסי מעינא, ונים שבעין שנין.
2. כי קם חזייה לההוא גברא דהוה קא מלקט מינייהו. אמר ליה: את הוה דשתלתיה? - אמר ליה: בר בריה אנא. אמר ליה: שמע מינה דניימי שבעין שנין. הזא לחמריה דאתיילידה ליה רמכי רמכי. אזל לביתיה, אמר להו: בריה דחוני המעגל מי קייס? - אמרו ליה: בריה ליתא, בר בריה איתא. אמר להו: אנא חוני המעגל. לא הימנוהו.
3. אזל לבית המדרש, שמעינהו לרבנן דקאמרי: נהירן שמעתתון כבשני חוני המעגל, כדי הוי עייל לבית מדרשא, כל קושיא דהוו להו לרבנן הוה מפרק להו. אמר להו: אנא ניהו, ולא הימנוהו, ולא עבדי ליה יקרא כדמבעי ליה, חלש דעתיה, בעי רחמי ומית. אמר רבא, היינו דאמרי אינשי: או חברותא או מיתותא.

1. Eines Tages befand er sich auf dem Wege und sah einen Mann einen Johannisbrotbaum pflanzen. Da fragte er ihn: Nach wieviel Jahren trägt er? Jener erwiderte: Nach siebzig Jahren. Dieser fragte weiter: Bist du überzeugt, dass du noch siebzig Jahre leben wirst? Jener erwiderte: Ich habe Johannisbrotbäume auf der Welt vorgefunden; die meine Vorfahren für mich pflanzten, ebenso will ich für meine Nachkommen pflanzen. Hierauf setzte er sich und aß sein Brot, worauf ein Schlaf ihn befahl. Sodann umgab ihn ein Felsen, und vor jedem Auge verborgen schlief er siebzig Jahre.

2. Als er erwachte und einen Mann von (den Früchten) sammeln sah, fragte er ihn: Bist du es, der (den Baum) gepflanzt hat? Dieser erwiderte: Ich bin seines Sohnes Sohn. Da sprach er: Ich schlief also siebzig Jahre! Alsdann sah er, dass seine Eselin ganze Herden geworfen hatte. Als er hierauf nach Hause ging und nach dem Sohne Choni des Kreiszeichners fragte, erwiderte man ihm: Dessen Sohn lebt nicht mehr, aber dessen Sohnes Sohn lebt noch. Da sprach er: Ich bin Choni der Kreiszeichner. Man glaubte ihm aber nicht.

3. Hierauf ging er ins Lehrhaus, und da hörte er, wie die Jünger sagten: Diese Lehre ist uns so klar, wie zur Zeit Choni des Kreiszeichners. Dieser pflegte nämlich bei seinem Eintritte ins Lehrhaus alle Fragen zu beantworten, die die Jünger hatten. Da sprach er: Ich bin es. Sie glaubten ihm aber nicht und erwiesen ihm nicht die ihm gebührende Ehrung. Darob grämte er sich sehr, und nachdem er darum bat, starb er. Raba sagte: Das ist es, was die Leute sagen: Entweder Gesellschaft oder den Tod.

B

Material für Textarbeit

Populäre Literatur

Montag, 02.12.2013, 00:00 · von FOCUS-Redakteur Uwe Wittstock

Seine Romane „Tschick“ und „Sand“ waren Sensationserfolge der an Sensationen armen deutschen Literatur. Jetzt erscheint Wolfgang Herrndorfs Todes-Tagebuch „Arbeit und Struktur“: klug, brillant geschrieben, verzweifelt und gnadenlos komisch.

„Ich brauche eine Waffe.“ Gemeint ist: einen Revolver. Vier Wochen bevor der Schriftsteller Wolfgang Herrndorf diesen Satz notiert, haben die Ärzte bei ihm ein Glioblastom entdeckt, einen nicht heilbaren, ausweglos tödlichen Hirntumor. Seine Lebenserwartung wird nur noch nach Monaten beziffert. Den Revolver brauche er, schreibt Herrndorf, als „Exitstrategie“.

Schon bald hat er sich eine „357er Smith & Wesson, unregistriert“ beschafft. Über ihre Herkunft verrät er nichts. Aber sie entwickelt, schreibt er, „eine so durchschlagend beruhigende Wirkung auf mich, dass unklar ist, warum das nicht die Krankenkasse zahlt“. Denn: „Ich könnte mich nicht damit abfinden, vom Tumor zerlegt zu werden. Aber ich kann mich damit abfinden, mich zu erschießen.“ Er will kein Opfer sein, er will um jeden Preis einen letzten Rest Souveränität für sich retten.

Herrndorfs zweite Strategie, Herr seines Unglücks zu werden, entpuppt sich als Glück für die deutsche Literatur: Er arbeitet wie ein Besessener. Bereits vor der Diagnose im Februar 2010 hatte er zwei Bücher veröffentlicht, allerdings mit großen zeitlichen Abständen und geringem Erfolg. Nun holt er zwei halb fertige Manuskripte aus der Schublade und sitzt täglich bis zu 16 Stunden am Schreibtisch, um sie abzuschließen: „Ich schreibe auch schnell, ungefähr dreimal so schnell wie sonst, und zehnmal so viel.“ Und: „Am besten geht's mir, wenn ich arbeite.“

Schon im Spätsommer 2010 erscheint „Tschick“, ein gutes Jahr darauf „Sand“: zwei der aufregendsten und stilsichersten deutschen Romane der jüngsten Zeit. Sie beherrschen wochenlang die Bestsellerlisten, tragen ihm gleich fünf Literaturpreise ein und machen ihn schlagartig zur internationalen Berühmtheit: „Tschick“ wird in 27 Ländern veröffentlicht. Die Auflage der deutschen Ausgabe überspringt mühelos die Millionengrenze.

Neben all dem schreibt Herrndorf noch das Blog „Arbeit und Struktur“. Ein Internet-Journal, in dem er zunächst nur für Vertraute, dann für jedermann Auskunft gibt: über den Verlauf der Krankheit (Chemo, Bestrahlung, drei Hirn-OPs), den völlig überraschenden Erfolg seiner Bücher, den täglichen Kampf gegen brutale Verzweigungsschübe und den oft lebensrettenden Beistand seiner Freunde. Am kommenden Freitag erscheint „Arbeit und Struktur“ nun in Buchform (Rowohlt Verlag, 19,95 Euro).

Es ist ein Tagebuch, wie es nur wenige gibt: von erschütternder Intensität, klug, illusionslos, brillant geschrieben und dazu voll gnadenlosem Witz. Es ist nicht nur das letzte Bekenntnis eines Sterbenden, sondern auch eine nachtschwarz grundierte Skizze unserer Jahre, verfasst von einem Spötter, der (von Familie und Freunden abgesehen) auf nichts und niemanden mehr Rücksicht nimmt.

Wenn der Umgang mit dem Tod etwas über den Geisteszustand einer Gesellschaft verrät, stimmen Herrndorfs Erfahrungen wenig hoffnungsfroh: Nachdem seine Romane und damit sein Schicksal bekannter werden, decken ihn nicht nur Laien, sondern auch Ärzte unaufgefordert mit absurden Therapievorschlügen ein: Rettung wird ihm versprochen, wahlweise durch Darmreinigung, grünen Tee, Omega-3-Fettsäuren, getrocknete Apfelsinenkerne oder Gemüsesaft. Vor Energiesparlampen in Kopfhöhe dagegen wird er dringend gewarnt.

Mit Grimm konstatiert Herrndorf zudem eine weit verbreitete, durch keinerlei Rationalität gebremste Neigung zu esoterischen Heilslehren. Immer wieder wird er, der Todgeweihte, zum Ziel enthemmter Bekehrungsversuche: „Wenn mich irgendwas im Leben wirklich aufgebracht hat, dann das gegen jedes Denken, jeden Gedanken und jede Aufklärung immune Gefasel von

Sternzeichen, Rudolf Steiner und extravaganten Ahnungen fremder, unbegreiflich tröstlicher Welten.“

Für religiöse Empfindungen bleibt Herrndorf, um das Mindeste zu sagen, unempfänglich: „Priester sind mit Waffengewalt von mir fernzuhalten.“ Jeglicher Glaube an Jenseitiges entlockt ihm nur Kopfschütteln. Der Tod ist für ihn der Endpunkt, er macht unübersehbar, was eigentlich immer offenkundig ist: Nämlich die „unbegreifliche Nichtigkeit menschlicher Existenz. Im einen Moment belebte Materie, im nächsten dasselbe, nur ohne Adjektiv.“

Obwohl Herrndorf gelegentlich betont kaltschnäuzig oder machohaft zu klingen versucht, verschweigt er seine Zusammenbrüche nicht. Epileptische Anfälle setzen ihm zu, das Sichtfeld bekommt Lücken, die Orientierung lässt nach. Er irrt durch Berlin, selbst in vertrauten Straßen findet er sich nicht mehr zurecht, schreit, tobt, schlägt gegen Wände. („Vorteil Berlin: Auf der Torstraße bin ich unter den Gestörten nur Mittelfeld.“) Manchmal sehnt er eine radikale Verschlechterung seines Zustands geradezu herbei, damit er endlich Schluss machen kann: „Ein großer Spaß, dieses Sterben. Nur das Warten nervt.“

Körperlich spürt er zunächst wenig Einschränkungen. Da Sport zeitlebens zu seinen großen Leidenschaften zählte, ist er auch mit Mitte vierzig noch fit und fühlt sich „wie mit zwanzig“. Er spielt in der Nationalmannschaft der Schriftsteller und in einem Berliner Amateurtteam und will sich auch von seiner Krankheit nicht davon abbringen lassen.

Doch schließlich raubt ihm der Tumor zunehmend die Kontrolle über seine Bewegungen. So nüchtern wie möglich registriert er den eigenen Verfall: „Fußball gespielt. Ball ins Gesicht bekommen, umgefallen. Hingesetzt, gewartet. Weitergespielt, wieder umgefallen. Aufgehört. Mit dem Fahrrad nach Hause, nicht umgefallen.“ Aber als sein Berliner Team dann bei einem größeren Turnier antritt und schließlich gewinnt, kann er nur noch als Zuschauer am Zaun stehen und muss auch mit diesem Kapitel seines Lebens abschließen.

Noch einmal versucht es Herrndorf mit seiner persönlichen Therapie: mit Arbeit. Bald nach Abschluss seines letzten Romans, „Sand“, hat er ein neues Manuskript begonnen. Er will die Geschichte des Mädchens Isa erzählen, einer Nebenfigur aus seinem Roman „Tschick“. Doch er kommt zu langsam voran, er hat immer häufiger anfallsweise Artikulationsprobleme, der Tumor beginnt, das Sprachzentrum zu zerfressen.

Die Frage nach der „Exitstrategie“, nach einem selbst gewählten Schlusspunkt wird immer dringlicher. Er schaut sich auf YouTube eine ausführliche Dokumentation über die Schweizer Organisation Dignitas an, die schmerzloses Sterben durch Medikamente ermöglicht.

Herrndorf reagiert mit Entsetzen und - Witz: „So will ich nicht sterben, so kann ich nicht sterben, so werde ich nicht sterben. Nur über meine Leiche.“

Stattdessen konzentriert sich Herrndorf auf die beruhigende Wirkung seines Revolvers und macht lange Spaziergänge am Hohenzollernkanal, nördlich vom Berliner Hauptbahnhof. Er ist „auf der Suche nach einem guten Ort“. Und er informiert sich genau, wie er die Waffe einsetzen muss, um mit Sicherheit das gewünschte Ergebnis zu erzielen. Am 26. August 2013 verlässt er nachts seine Wohnung, heißt es im Nachwort des Buches, und schießt sich am Ufer des Hohenzollernkanals in den Kopf: „Er zielte durch den Mund ins Stammhirn. Es dürfte einer der letzten Tage gewesen sein, an denen er noch zu der Tat im Stande war.“

Meistererzähler Wolfgang Herrndorf, (1965-2013) studierte zunächst Kunst und arbeitete als Illustrator, bevor er sich auf die Literatur konzentrierte. Die beiden Romane „Tschick“ und „Sand“, die er kurz vor seinem Tod veröffentlichte, gehören zu den erfolgreichsten und besten Büchern der deutschen Gegenwartsliteratur der letzten Jahre

FOCUS Magazin | Nr. 31 (2014)
Ein Zwischenruf von Wolfgang Bosbach
Wenn Liebe auf Dogma trifft

Die evangelische Kirche lehnt jede Form organisierter Beihilfe zur Selbsttötung ab. Dass der EKD Ratsvorsitzende Nikolaus Schneider privat womöglich einen anderen Weg geht - wer will das kritisieren?

Die Haltung der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) zur „Sterbehilfe“ - die Anführungszeichen sind bewusst gesetzt, denn „Sterbehilfe“ beschönigt den wahren Sachverhalt - ist klar. Noch vor zwei Jahren erhob der Rat der EKD die Forderung, nicht nur die geschäfts- oder gewerbsmäßige Beihilfe zum Suizid zu verbieten, sondern „jede Form organisierter Beihilfe zur Selbsttötung“.

Vor diesem Hintergrund hat das Bekenntnis des EKD-Ratsvorsitzenden Nikolaus Schneider, dem Wunsch seiner an Krebs erkrankten Frau entsprechen zu wollen, für große Aufmerksamkeit gesorgt. „Ich hoffe, wenn ich an den Punkt kommen sollte, sterben zu wollen, dass mein Mann mich dann in die Schweiz begleitet“, hatte Anne Schneider sich gewünscht. Und er will es ihr im Fall der Fälle nicht versagen.

Ist das nicht ein Widerspruch zur Haltung seiner Kirche? Ja! Muss man deshalb seine Haltung mit deutlichen Worten kritisieren? Nein! Im Leben eines jeden Menschen gibt es Fragen von wahrhaft existenzieller Bedeutung, die jede(r) Betroffene nur für sich selber - nach bestem Wissen und Gewissen - beantworten kann. Die Haltung der Kirche kann dabei Orientierung und Hilfe bieten. Er selber muss sie dann vor seinen Nächsten, seinem Gott und nicht zuletzt sich selbst verantworten. In der Denkschrift des Rates der EKD aus dem Jahre 2007 heißt es deshalb: „In reformatorischer Tradition erkennt die EKD dem Gewissen des Einzelnen eine zentrale Bedeutung für die christliche Lehre und das christliche Leben und damit für die ethische Verantwortung und Urteilsbildung zu.“

Die Anhänger der organisierten - genauer gesagt: der kommerzialisierten - „Sterbehilfe“ machen Nikolaus Schneider nun zum Kronzeugen ihres Engagements. Dies ganz gewiss gegen seinen Willen! Er selber spricht ja sogar von einer Entscheidung „gegen seine Überzeugung“ und begründet sie gerade nicht mit der Notwendigkeit von geschäftsmäßiger „Sterbehilfe“, sondern ausschließlich mit der Liebe zu seiner Frau.

Aber ist es nicht in der Tat ein großer Unterschied, ob jemand aus Mitgefühl und lebenslanger Verbundenheit mit einem Schwerstkranken dessen letzten Wunsch erfüllt oder ob man aus dem Wunsch vieler Menschen, aus Angst vor unerträglichen Schmerzen oder langem Siechtum ein Geschäftsmodell macht und hierfür auch noch öffentlich wirbt? Gerne verbunden mit dem Hinweis, nach geltendem Recht sei ein menschenwürdiges Sterben jedenfalls in Deutschland kaum möglich. Gerade so, als habe die moderne Schmerz- und Palliativmedizin keine enormen Fortschritte gemacht, als würde die stationäre und ambulante Hospizarbeit nicht kontinuierlich ausgeweitet, als verschlösse die Ärzteschaft zu oft ihre Augen vor dem Leid vieler schwer kranker Patientinnen und Patienten.

Und besteht nicht die Gefahr, dass auf schwer kranke und hochbetagte Menschen eine Art Erwartungsdruck entstehen könnte, die Möglichkeit einer gut organisierten „Sterbehilfe“ auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen? Am Ende vielleicht auch bei uns „Sterbehilfe“ schon für Kinder wie in Belgien? Nikolaus Schneider begründet seine Entscheidung, ihr den allerletzten Wunsch nicht verweigern zu wollen, mit der Liebe zu seiner Frau. In dieser konkreten Situation hat die Liebe mehr Bedeutung als ein Dogma ihrer Kirche. Wer will hier Kritik üben, den mahnenden Zeigefinger heben? Hilfe beim Sterben Wolfgang Bosbach, 62, Vorsitzender des Innenausschusses des Bundestags, kämpft seit Langem gegen kommerzialisierte Sterbehilfe. Er ist Schirmherr der Aktion „Hit fürs Hospiz“, bei der Künstler die Hospizarbeit im Bergischen Land unterstützen. Der CDU-Politiker ist selbst an (Prostata)Krebs erkrankt.

Er beklagt Übertherapie zum Lebensende: Palliativmediziner Gian Domenico Borasio will Ärzte, die zuhören – und verurteilt „fallpauschalenverträgliches Frühableben“

FOCUS: Herr Borasio, einige der neuesten Krebspräparate kosten täglich mehrere hundert Euro pro Patient. Sie sollen das Leben von Schwerkranken um Wochen bis Monate verlängern. Experten diskutieren nun darüber, was Lebenszeit kosten darf. Was meinen Sie?

Gian Domenico Borasio: Die zentrale Frage ist, ob es den Patienten durch die Mittel bessergeht. Sind die gewonnenen Tage oder Wochen auch lebenswert?

FOCUS: Haben Sie Zweifel daran?

Borasio: Ja. Ich erinnere mich an einen jungen Mann, der gegen seinen aggressiven Tumor ein neu zugelassenes Präparat erhielt. Statt einer Linderung bewirkte es, dass der 32-jährige zusätzlich zu seinen Tumorschmerzen auch noch unter Durchfall, Übelkeit und einem stark juckenden Hautausschlag litt.

FOCUS: Waren das Nebenwirkungen des neuen Mittels?

Borasio: Ja, die Chance auf zusätzliche Lebenszeit gibt es leider oft nur zum Preis häufiger und schwerer Nebenwirkungen. Der Patient hätte dringend eine Cortison-Therapie gebraucht, um seine Beschwerden zu dämpfen. Die Ärzte lehnten dies jedoch ab, weil sie fürchteten, das neue Präparat würde dann schlechter helfen.

FOCUS: Was geschah mit dem jungen Mann?

Borasio: Er litt sehr und starb wenige Tage später. Das Mittel hat ihm sicher mehr geschadet als genützt. Solche Krankengeschichten gibt es viele.

FOCUS: Wissenschaftliche Studien über die Substanzen müssten doch das Risiko für Nebenwirkungen ausweisen – und auch die Grenzen ihrer Wirksamkeit.

Borasio: Stimmt, aber die kritische Lektüre ist aufwendig. Wir müssen aufpassen, dass wir nicht blind werden für die Folgen der zunehmenden Ökonomisierung am Lebensende. Die Gesundheitsindustrie nutzt die Verzweiflung von Menschen aus, die ihren Tod verständlicherweise aufschieben wollen.

FOCUS: Pharmahersteller brauchen aber viel Geld, um neue Substanzen zu erforschen. Innovationen sind für Kranke doch enorm wichtig.

Borasio: Echte Innovationen schon. Es stimmt aber bedenklich, dass nur zwei von 23 Medikamenten, die 2010 und Anfang 2011 auf den Markt kamen, einen relevanten medizinischen Fortschritt für die Therapie besitzen. Dabei waren viele deutlich teurer als bereits erhältliche Präparate, wie die Techniker Krankenkasse kürzlich veröffentlichte.

FOCUS: Warum werden so hohe Preise für die Medikamente bezahlt?

Borasio: Weil die modernen Wirkstoffe vermeintlich ohne Alternative sind, wenn andere Medikamente den Krebs nicht mehr zurückdrängen. Jeder Arzt meint es gut mit seinem Patienten und schenkt ihm gern noch etwas Hoffnung – vielleicht zählt er ja zu denen, die besonders gut ansprechen.

Krebsmedikamente in Zahlen

1,1 Mrd. Euro wurden im ersten Drittel 2013 mit Krebsmedikamenten umgesetzt. Das sind etwa 12 Prozent mehr als im Vorjahreszeitraum. 11 Medikamente mit neuen Wirkstoffen gegen Krebs wurden seit 2012 zugelassen.

Quellen: IMS health, EMA FOCUS Magazin | Nr. 29 (2013) FORSCHUNG UND TECHNIK, MEDIZIN

„Palliativmedizin ist keine Einbahnstraße zum Sterben“

FOCUS: Und die Kranken selbst?

Borasio: Die erwarten das natürlich auch. Allein der Name „zielgerichtete Therapie“ verspricht ja viel. Und selbst Patienten, die qualvoll sterben, haben zumindest den Eindruck, dass sich ihre Ärzte bis zum Schluss bemüht haben, ihnen zu helfen. Was im Übrigen stimmt.

FOCUS: Rechtfertigt das nicht sogar den Einsatz von teuren, mäßig wirksamen Mitteln am Lebensende?

Borasio: Nein, das ist aus meiner Sicht weder ethisch noch ökonomisch akzeptabel. Die Übertherapie hält Menschen sehr oft davon ab, ihre letzte Lebensphase selbstbestimmt und mit einem Minimum an Beschwerden am Ort ihrer Wahl zu erleben. Dabei kann das gelingen. Es gibt eine Alternative, welche die Lebensqualität erhöht, das Leben verlängert und dabei auch noch die Kosten senkt, Palliativmedizin.

FOCUS: Sie verlängert das Leben?

Borasio: Eine große Studie im anerkannten Fachblatt „New England Journal of Medicine“ hat gezeigt, dass Kranke mit einem fortgeschrittenen Lungenkrebs dank des frühzeitigen Einsatzes der Palliativmedizin drei Monate länger und zugleich deutlich besser lebten als Vergleichspatienten, die „nur“ die Standardtherapie bekamen.

FOCUS: Wirkt Palliativmedizin damit besser als neue Wirkstoffe?

Borasio: Auf jeden Fall besser als viele davon.

FOCUS: Haben Sie solche Erfolge im Alltag auf der Palliativstation selbst erlebt?

Borasio: Ja, das sehen wir regelmäßig. Es kommt gelegentlich vor, dass sich vermeintlich Sterbende bei uns so gut erholen, dass sie wieder mit einer Chemotherapie anfangen. Palliativmedizin ist keine Einbahnstraße zum Sterben.

FOCUS: Sind solche Vorteile allen Ärzten ausreichend bekannt?

Borasio: Nein. Es gibt ja niemanden, der dafür Werbung macht, weil mit der Palliativmedizin weniger verdient wird als durch die übliche Therapie. Vielleicht verkaufen wir uns auch zu schlecht: Die Menschen denken bei Palliativmedizin an Sterben und Tod, dabei geht es um Lebensqualität, Selbstbestimmung und Menschenwürde.

FOCUS: Kommt gute Medizin nicht auch ohne Marketing aus?

Borasio: Sollte sie eigentlich schon. Doch gilt bis heute oft nur die Lebensverlängerung als gute Medizin. So folgt auch der Einsatz von immer neuen Mitteln am Lebensende der sehr vereinfachten Vorstellung, alle Patienten wollten nichts anderes als länger leben. Ein fatales Missverständnis.

FOCUS: Was ist den Patienten wirklich wichtig?

Borasio: Vielen Schwerkranken geht es am Lebensende nicht primär um zwei weitere Monate, sondern darum, die Angehörigen gut versorgt zu wissen, nicht leiden zu müssen und die Kontrolle über anstehende Entscheidungen zu bewahren. Solche Prioritäten können wir Ärzte unterstützen, aber wir müssen sie halt kennen.

„Die Medizin der Zukunft wird eine hörende sein“

FOCUS: Die Forderung, dass Ärzte mehr mit den Patienten reden, gibt es doch schon lange.

Borasio: Ich kann dem Ruf nach der „sprechenden Medizin“ nur sehr begrenzt folgen. Ärzte sprechen in der Regel eher zu viel. Was wir dringend brauchen, ist eine hörende Medizin. Wir müssen Patienten nach ihren Vorlieben fragen und aktiv und geduldig zuhören.

FOCUS: Sind Sie sicher?

Borasio: Ja, das ist meine feste Überzeugung: Die Medizin der Zukunft wird eine hörende sein, oder sie wird nicht mehr sein. Wenn ich etwas in über 20 Jahren als Palliativmediziner gelernt habe, dann dies: mich selbst immer mehr zurückzunehmen mit meinen Vorstellungen darüber, was gut oder schlecht für den Patienten ist. Eine im wahren Sinne des Wortes personalisierte Medizin beginnt beim Zuhören.

FOCUS: Warum fällt Medizinerinnen das Gespräch mit Sterbenden so schwer?

Borasio: Dazu gibt es viele Studien. Im Wesentlichen sind es Versagensängste und die mangelnde Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit.

FOCUS: Ist das nicht eine wichtige ärztliche Aufgabe?

Borasio: Ja, aber sie wurde lange Zeit nicht unterrichtet. Erst 2009 haben wir durchgesetzt, dass Medizinstudenten systematisch in Palliativmedizin ausgebildet werden. Es wird noch Jahre dauern, bis das Wissen bei den Menschen in den Kliniken ankommt. Immerhin: Für Sie und mich wird es hoffentlich reichen.

FOCUS: Was muss sich ändern?

Borasio: Der Tod darf nicht mehr als medizinische Fehlleistung angesehen werden. Nicht dass ein Mensch stirbt, ist ärztliches Versagen, sondern wenn er mit Nebenwirkungen unnötiger Medikamente und ohne wirksame Beschwerdelinderung stirbt.

FOCUS: Welche Rolle soll künftig die Palliativmedizin spielen?

Borasio: Der palliative Ansatz wird sich langfristig durchsetzen, denn er ist die einzig mögliche Basis für ein nachhaltiges Gesundheitssystem, das den Bedürfnissen und Prioritäten der Menschen gerecht wird. Noch aber sind viele Sterbende unterversorgt. Spezialisierte Pflegende und Ärzte fehlen ebenso wie Betten auf Palliativstationen. Dort erzeugt zudem die Finanzierung über Fallpauschalen viel Druck, damit Patienten möglichst kurz stationär liegen. Das bedeutet bei Sterbenden automatisch einen ökonomischen Fehlanreiz hin zum fallpauschalenverträglichen Frühableben.

FOCUS: Wie geht es den Schwerstkranken zu Hause?

Borasio: Sie müssen leider oft auf spezialisierte ambulante Palliativmedizin verzichten, weil es zu wenig Anbieter gibt oder weil Anträge ungerechtfertigt von den Kassen abgelehnt werden. Viele müssen um Leistungen und Unterstützung, die ihnen gesetzlich zustehen, regelrecht kämpfen. Das kommt nicht nur in der Palliativmedizin vor, aber dort ist es besonders grausam. Und es ist unsinnig, weil die Krankenkassen viel Geld sparen könnten, wenn ihre Versicherten zu Hause statt ungewollt im Krankenhaus sterben.

FOCUS: Warum wehren sich die Familien nicht?

Borasio: Der Sterbende kann nicht mehr klagen, und seine trauernden Angehörigen haben nicht die Kraft dazu. Die Stärke einer Gesellschaft misst sich aber daran, wie sie mit den Schwächsten umgeht.

Sterbehilfe

»Namenlose Trauer, unsagbare Erleichterung«

Ralph Giordano über den Tod seiner Frau Helga, die Autonomie über das eigene Leben und die Verlogenheit der Debatte um ärztlich assistierten Suizid

August 1944, Johannishof, Dependance der Gestapo-Leitstelle Hamburg. Die beiden Herren, die mich hierhergebracht haben, entledigen sich wortlos ihrer Ledermäntel. Dann trifft mich der erste Schlag in die Magengrube. Ich falle vom Stuhl und bleibe auf der Erde liegen, punktuell getroffen, aber mit Wirkung auf den ganzen Körper. Ich werde hochgerissen und weiter geschlagen, wahllos, eine Art boxerisches Trommelfeuer, das den Schmerz verstreut, über die ganze Hautfläche bis hinein in jede Pore, ohne dass eine Schmerzmilderung eintritt. Die beiden Gestapomänner, beide um die 40 herum, verrichten ihr Werk routiniert. Sie dreschen auf mich ein, machen eine Pause, schlagen weiter und – reden dabei von etwas ganz anderem. Sie sprechen von Tomatenstauden, die sie auf ihren Balkons hegen und pflegen, über ihre Düngung und eine spezielle Sorte, die besonders fest ist.

»**RASSENSCHANDE**« Das Codewort für meine Verhaftung: »Rassenschande«. Noch kriege ich mit, was sie da absondern, noch erfasse ich, was da passiert, aber langsam verschwimmt die Wirklichkeit. Hier findet etwas Elementares statt: die summarische Entwürdigung des Ichs zwischen den Polen Gewalt und Wehrlosigkeit. Eine neue Dimension des Zugriffs auf die eigene Person, überflutet von der grauenhaften Vorstellung, im gesamten Kosmos mit diesen beiden teilnahmslosen Ungeheuern allein zu sein. Was in einem Wirbel zwischen Bewusstsein und Bewusstlosigkeit auf eine rauschhafte, schmerzgeborene Wunschvorstellung zusteuert, die Endformel eines utopischen Glücks:

»Wäre ich doch nie geboren worden, nie geboren, nie.« Unheimlich, wie dieser Satz da plötzlich gleichsam gemeißelt vor meinem inneren Auge stand – und dort stehenblieb, bis heute, 70 Jahre danach ... Hier war der innerste Kreis des Individuums angetastet worden. In seinem berühmten Traktat Die Tortur schrieb Jean Améry: »Mit dem ersten Schlag der Polizeif Faust, der Faust des Folterers, gegen den es keine Wehr geben kann, endet ein Teil unseres Lebens und ist niemals wieder zu erwecken.«

Ja! – Ich kann es bestätigen. Ich war dem Tod nicht nur einmal nahe, aber hier war ich ihm am nächsten. Doch wer seine Nähe gespürt hat, der kann gleichzeitig noch etwas anderes beglaubigen: die Erkenntnis, dass es nichts Kostbareres, nichts Großartigeres, nichts Schützenswürdigeres gibt als das Leben, der allerhöchste Wert – das Leben!

ODYSSEE Deshalb habe ich Ihnen die brachiale Ouvertüre meiner Dankesrede zugemutet. Erst vor diesem elementaren Hintergrund wird erkennbar, wie grausam es sein muss, mitzuhelfen, Leben zu beenden, wenn es keinen anderen Ausweg gibt. Was umso grausamer ist, wenn es sich dabei um den geliebtesten Menschen handelt.

Davon will ich hier sprechen – vom Leben und Sterben meiner Frau Helga Giordano. Sie war das Glück und der Reichtum meines Lebens, über 40 Jahre hin, nachdem wir uns bald nach der Befreiung kennengelernt hatten, im August 1945. Alles, was in mir gut ist – und da ist keineswegs alles gut, wie in jedem von uns –, all das hat sie mobilisiert. Egal, ob nach langer oder kurzer Trennung, bei ihrem Anblick wurde die Welt licht – eine wunderbare Erfahrung, die ich ihr verdankte.

Sie war zehn Jahre älter als ich, eine Dekade, die keine andere Wirkung hatte, als die Bindung umso unverbrüchlicher zu machen. Ihr Lieblingslied war »Mr. Sandman«, ihre Lieblingssendung (wie die meine) der britische Dauerbrenner Der Doktor und das liebe Vieh.

Sie aß gern und hatte eine unnachahmliche Fertigkeit, ihre Korpulenz zu ironisieren. Das Gesicht war so wunderbar geblieben wie am ersten Tage unserer Begegnung. Ein Dasein ohne sie war nicht vorstellbar.

Im März 1981 dann die Diagnose – Krebs. Gefolgt von dreidreiviertel Jahren zwischen Hoffen und Bangen. Mal kletterten, mal sanken die Werte bei den regelmäßigen Messungen. Bis sie immer höher stiegen, die Metastasen das Hirn erreichten und der Griff an den Kopf mit schmerzverzerrtem Gesicht immer häufiger wurde. Wie in den schlimmsten Zeiten der Verfolgung hatte ich nur einen Wunsch: aus einem schrecklichen Traum zu erwachen.

HILFE Im November 1984 dann die Gewissheit, das sichere Ende – nur noch wenige Wochen, vielleicht nur Tage –, was vor ihr verborgen gehalten werden musste. Ich kenne keine Situation, die schwerer zu ertragen wäre als diese. Es sei denn meine ebenso flehentlichen wie vergeblichen Bittgänge bei Ärzten, zur Erlösung beizutragen. Selten habe ich mich so allein gefühlt wie bei dieser vergeblichen Odyssee um aktive Sterbehilfe. Fündig wurde ich dann aber doch – damals ein hochvermintes Gelände.

Meine Frau stirbt am 9. Dezember 1984, mit 71 Jahren und in ihrem Bett – durch einen »Eingriff«, den ich mitvorbereitet und gebilligt, von Grund auf gebilligt hatte. Sie geht human aus dem Leben – mit aktiver Sterbehilfe, in einer Situation, an der es nichts zu deuteln gab: Das Allerschlimmste, das Unschilderbare, das Sterben in der Schmerzapokalypse, für die es keine Worte gibt, war ihr erspart geblieben. Der »Helfer« hatte sich nach Recht und Gesetz schuldig gemacht. Ich habe es »Erlösung« genannt, für die es keine Alternative gab. Was da in seiner Gleichzeitigkeit geschieht, übersteigt eigentlich die Kräfte einer Person: namenlose Trauer um den Tod des geliebtesten Menschen, neben der unsagbaren Erleichterung über die Erlösung. Obwohl ein wortgewohnter Mann, versagt mir an dieser Stelle die Feder. Wenn ich im Waldteil des Elmshorner Friedhofs vor das Grab trete, vor den großen Stein, auf dem einst auch meine Annalen eingeschlagen sein werden, dann weine ich, wie bei der Bestattung vor 30 Jahren schon. Es ist der Überlebende, der den Preis für ein tiefes Gefühl zahlen muss.

AUTONOMIE Über diesem Sterben lag lange Schweigen, bis ich es nach mehr als 20 Jahren brach. Das aber erst, nachdem die fundamentalistischen Gegner jedweder Sterbehilfe öffentlich das große Wort ergriffen und sich dabei nicht entblödet hatten, die Befürworter »Mörder« und »Faschisten« zu schimpfen, mich eingeschlossen. Wissen diese Leute eigentlich, was sie da tun und wovon sie sprechen? Haben sie eine Vorstellung von dem Druck, der da waltet und der sich in mir bis heute noch nicht völlig verflüchtigt hat? Mithelfen, den Menschen zu töten, der das Kostbarste war, das man hatte?

Ich erkläre hier, dass ich dem »Helfer« dankbar war und dankbar bleiben werde, so lange ich lebe. Und dass ich ihn vielleicht eines Tages fragen werde, ob er nicht mit meinem Einverständnis auch an mich Hand anlegen werde, welche Motive mich dann dazu auch immer leiten mögen. Die Autonomie über mein Leben und Sterben werde ich mir jedenfalls von niemandem nehmen lassen. Ihm würde ich mich auch anvertrauen, wenn mir die eigene Fähigkeit zum letzten Schritt genommen wäre.

Natürlich, wenn es um Leben und Tod geht, schließt sich jede Leichtfertigkeit und Oberflächlichkeit aus. Natürlich flammt bei uns sofort die Schreckensvokabel »Euthanasie« auf, wenn es um Sterbehilfe geht. Aber da ich in der Bundesrepublik keinerlei Nähe zu diesem staatlich angeordneten NS-Massenverbrechen sehe, empört mich dessen Instrumentalisierung, ruft mich der offene Missbrauch auf den Plan, macht mich die Nivellierung von heutiger Sterbehilfe mit der »Tötung unwerten Lebens unterm Hakenkreuz« fassungslos.

Natürlich sind andere Meinungen als die eigene zu achten, solange sie nicht ins Kriminelle verfallen. Aber ich verspüre in mir eine wachsende Abneigung gegen Polemik im öffentlichen Diskurs über Sterbehilfe. Was selbstverständlich Kritik nicht ausschließen oder auch nur einengen soll.

GERÜCHTE Mich irritieren zum Beispiel ideologische Plattitüden, ebenso wie die Berufung auf »Gottes Willen« oder die »Heiligkeit des Lebens«, unbeeindruckt davon, in welcher erbarmungswürdiger Verfassung die Leidenden sich befinden. Auch befremdet es mich, wenn Verweigerer jedweder Sterbehilfe so tun, als ob die Folge einer Legalisierung in allererster Linie gierigen Enkeln und Erben zugutekommen würde. Selbstverständlich kann es solche Fälle geben, wer leugnet das?

Aber sie ins Exemplarische zu erhöhen und damit Fortschritte auf dem Gebiet der Sterbehilfe zu verzögern oder sie gar zu verhindern, das bleibt dann doch wohl mehr als fragwürdig.

Überhaupt – warum wird auch auf diesem Gebiet zuerst wieder an potenzielle Täter von morgen gedacht und nicht an die realen Opfer eines grausamen Sterbens, wie es Tag um Tag mitten unter uns weiter stattfindet? Was schließlich ist wahr an den beunruhigenden Gerüchten, dass von manchen Medizinerinnen das Sterben eines Patienten als persönliche Niederlage aufgefasst wird? Und was stimmt davon, dass andere Ärzte durchaus Sterbehilfe in ihrer letzten Konsequenz leisten möchten, es jedoch infolge der hiesigen Rechtsunsicherheit nicht wagen? Bleibt nur zu hoffen, dass auf diesem in Deutschland so ungut aufgeschobenen Gebiet dennoch manches von humaner Hand geschieht, was Menschen vor ihrem letzten Atemzug die allergrößte Qual ersparen hilft. Es gibt keine pauschale oder generalisierende Sterbehilfe, und es kann sie nicht geben. Worauf es ankommt, ist der Einzelfall. Zum Beispiel auf den der Hanne P., eine Frau in meinem Alter, und eine Telefonfreundschaft über 20 Jahre hin, eine vokale Korrespondenz über alles, was das Leben so bietet, mit wachsender Vertrautheit, bis hinein in ein Stadium der Schmerzen und der Schwäche, die das Dasein fraglich machten. Ich wurde Zeuge, wie die Flamme langsam erlosch, der Wunsch nach Erlösung immer stärker wurde. Er wird erhört – Hanne P. stirbt human.

FREITOD Nun verleiht mir die Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben den Arthur-Koestler-Sonderpreis 2014 – für mein Lebenswerk, wie es heißt. Ich bedanke mich dafür, sehr angetan, dass die Auszeichnung den Namen des großen britischen Schriftstellers, Journalisten und Menschenrechtlers trägt, Autor des weltberühmten Buches Sonnenfinsternis, dieser Abrechnung

mit den mörderischen Ismen des 20. Jahrhunderts »Nationalsozialismus, Faschismus, Stalinismus«. (...)

Koestlers Freitod am 1. Mai 1983 in London überraschte nur den, der nichts ahnte von den inneren Dämonen, von denen diese Generation heimgesucht und mancher auch überwältigt wurde. Darunter Jean Améry, Primo Levi, Paul Celan und viele andere, die unbekannt geblieben sind. Ich kenne die Etappen bis hin zu dieser Entscheidung und respektiere ihre Qualen und ihre Motive. Sehr fern von ihnen war keiner, der die grausamen Ismen des 20. und 21. Jahrhunderts am eigenen Leibe zu spüren bekam. (...)

Auszug aus der Dankesrede des Autors zur Verleihung des Arthur-Koestler-Sonderpreises 2014 der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben am 14. November in Berlin

ZEITGEIST



PRO
& CONTRA

Sollte Suizidassistentz in Deutschland legalisiert werden?

Die Freitodhilfe ist in vielen Ländern erlaubt. Im deutschen Strafgesetzbuch hingegen gibt es bislang keine explizite Regelung. Ein Gesetzesentwurf der FDP sieht nun vor, die Suizidassistentz unter bestimmten Bedingungen zu legalisieren. Dammbuch zur Euthanasie oder längst fällige Vernunftentscheidung?



Ja

Volker Gerhardt ist Professor für praktische Philosophie, Rechts- und Sozialphilosophie an der Humboldt-Universität Berlin. Von 2008 bis 2012 war er Mitglied des Deutschen Ethikrats. Jüngste Publikation: „Öffentlichkeit. Die politische Form des Bewusstseins“ (Beck, 2012)

Der Suizid ist ein absoluter, allen Lebensinteressen widersprechender, unwiderruflicher Akt, der es bereits als absurd erscheinen lässt, ihn moralisch zu ächten. Welches Argument sollte den, der den Antrieb zu leben verliert, motivieren, einem philosophischen oder theologischen Verbot des Suizids zu folgen? Das Geständnis Freuds, er habe sich, trotz unerträglicher Schmerzen, das Leben nicht nehmen können, solange seine Mutter noch lebe, gibt zu erkennen, wie viel Rationalität auch ohne Belehrung im Lebenszusammenhang enthalten sein kann. Wenn aber jemand diesen Schritt dennoch tut, obgleich er weiß, wie sehr seine Frau ihn liebt und seine Kinder ihn brauchen, macht er uns auf andere Weise klar, dass er selbst für nächstliegende Argumente unerschöpfbar ist.

Gleichwohl gibt es nicht nur einen Trieb zum Leben, sondern auch eine Pflicht dazu. Denn wenn es den Lebenszusammenhang, in den wir mit unseren Bedürfnissen, Erwartungen und Hoffnungen eingelassen sind, nicht gäbe, entfielen jeder Grund für die Verbindlichkeit des Daseins. Das ist die Quintessenz der philosophischen Einwände gegen den Suizid, von Sokrates über Kant bis heute.

Am Lebensende aber, wenn die Krankheit unheilbar und der Tod nahe ist, wenn die Schmerzen nur auf Kosten der Präsenz des Bewusstseins gedämpft werden können, gibt es keinen vernünftigen Grund, jemandem die Erfüllung seines Sterbewunsches zu versagen. Wenn „Sterbehilfe“ meint, jemanden, der diesen Wunsch nachdrücklich zu erkennen gibt, sterben zu lassen, gibt es dagegen keinen ethischen Einwand. Man muss im Gegenteil darin eine Pflicht zu mitmenschlicher Hilfeleistung anerkennen, und zwar nicht nur im Falle der passiven Sterbehilfe – das heißt dem Aussetzen lebensverlängernder Maßnahmen –, sondern

auch im Falle einer Suizidassistentz. Es widerspricht dem Grundrecht auf Selbstbestimmung, wenn jemand zum todesnahen Weiterleben in Reglosigkeit, Umnachtung oder medikamentös erzeugter Apathie gezwungen wird.

Natürlich muss die Suizidhilfe an strikte Bedingungen geknüpft werden. In Fällen, in denen die unheilbare Krankheit oder der Tod nicht vor Augen stehen – etwa bei einer psychischen Erkrankung –, muss die Assistentz in der Lebenshilfe bestehen. Zwar sollte man niemanden bestrafen, der sich eines Menschen erbarmt, der sich von der Selbsttötung nicht abbringen lässt. Aber billigen kann man die Hilfe nicht; sie zeigt allemal ein Versagen des mitmenschlichen Lebens an.

Ein Ausweg bietet sich nur, wenn endlich auch hier den zur Hilfe bereiten Ärzten die Entscheidung überlassen wird. Nur bei ihnen ist die Kompetenz, verantwortlich über das Sterben zu befinden und den Tod einzuleiten. Aus der Sicht der Ethik ist es ein Skandal, dass die Ärzteorganisationen sich dieser humanitären Pflicht verweigern.

Fotos: Wilma/Photocase; Jens Rensing/dpa; Maurizio Gambini/dpa



Jährlich reisen Sterbewillige aus Deutschland in die Schweiz, wo Freitodorganisationen das Barbiturat Natrium-Pentobarbital bereitstellen. Nach der Einnahme fällt der Suizident in einen komaartigen Schlaf, wenig später setzt die Atmung aus



Frank Ulrich Montgomery ist Facharzt für Radiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seit Juni 2011 amtiert er als Präsident der Bundesärztekammer

Nein

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Das ist unser ethisches Bekenntnis in den Grundsätzen der Bundesärztekammer. Es darf keine Option ärztlichen Handelns sein, in schwierigen oder hoffnungslosen Situationen einem Patienten eine aktive Tötung seiner selbst zu empfehlen oder daran mitzuwirken. Schon im Eid des Hippokrates stand: „Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde.“

Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel hat nach langen Debatten klargestellt: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Pati-

enten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ So ist es in der Muster-Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland klar geregelt.

Die zunehmende Kommerzialisierung der Sterbehilfe lässt allerdings befürchten, dass sich verzweifelte Menschen immer häufiger für einen organisierten Suizid entscheiden. Die Erwartungshaltung ist, dass alles „clean“ und „professionell“ abläuft. Aber gewerbliche oder organisierte Sterbehilfe ermöglicht kein Sterben in Würde. Menschen mit existenziellen psychischen und physischen Leiden benötigen ärztliche und pflegerische Hilfe sowie menschliche Zuwendung. Nur Palliativmedizin vermag dies zu leisten.

Die Gesetzespläne, die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe zu stellen, begrüße ich daher ausdrücklich. Wenn aber damit die gesetzlichen Grundlagen für Ärzte als Sterbehelfer geschaffen werden, dann ist meine Position und die der Ärzteschaft klar: Als Sterbehelfer stehen wir nicht zur Verfügung.

Wenn Menschen den Wunsch nach einem ärztlich assistierten Suizid äußern, ist dies auch Ausdruck ihrer Hoffnungslosigkeit und Hilfsbedürftigkeit. Sie leiden meist unter Schmerzen und fühlen sich häufig an ihrem Lebensende allein gelassen. Als Arzt weiß ich, dass Menschen, die zwar unheilbar krank sind, deren Schmerzen aber wirksam bekämpft und deren Sorgen ernst genommen werden, auch die letzten Tage ihres Lebens als lebenswert erleben. Meist verschwindet der Tötungswunsch in weniger als einem Tag. Sterbegleitung beinhaltet jede Form mitmenschlicher Hilfe, die einem Sterbenden geschuldet wird.

Eine gute und flächendeckende Palliativmedizin kann dazu beitragen, das Vertrauen der Menschen in eine fürsorgliche Medizin am Lebensende zu stärken. Doch noch immer werden viele der schwerstkranken und sterbenden Menschen von den Angeboten nicht erreicht. Wir brauchen deshalb in Deutschland dringend mehr Palliativstationen und Hospize für die Versorgung sterbenskranker Menschen.

C

Material für Textarbeit

Auszug aus:

Emmanuèle Bernheim
Alles ist gutgegangen

Übersetzt von Angela Sanmann

Hanser Berlin im Carl Hanser Verlag München 2014

ISBN 978-3-446-24499-3

Alles ist gutgegangen

Emmanuele Bernheim

Aus dem Französischen von Angela Sanmann

Ich ging durch die Eingangshalle des Broca-Krankenhauses, die gerade umgebaut wird. Alles war von einer weißen Staubschicht überzogen, die noch dicker war als gestern. Der Staub hing wie Dunst in der Luft. Ich folgte den Spuren von Dutzenden Schuhsohlen auf dem Boden. Ich erinnere mich, in die großen Abdrücke eines Paares Tennisschuhe getreten zu sein - ich sehe das Zickzackmuster noch vor mir -, linker Fuß, rechter Fuß, bis zu dem einzigen Fahrstuhl, der während der Umbauarbeiten in Betrieb war. Wir waren viele, die dort warteten. Kurz bevor sich die Türen wieder schlossen, kamen junge Ärzte in weißen Kitteln angelaufen, mit Pappbechern in der Hand. Kaffeeduft erfüllte die Fahrstuhlkabine. Wir standen dicht an dicht. 3. Stock. Nachsorge / Rehabilitationszentrum der Geriatrie. Westflügel.

Am Ende des ellenlangen Flurs bin ich links abgebogen. Zimmer 386, 384, 38z und 38o.

Ich fand, er sah besser aus. Man hatte ihn rasiert. Als ich mich über ihn beugte, um ihn zu küssen, erkannte ich den Duft seines Aftershaves. Seine Wangen waren weich. Am Rand der Nasenlöcher hing noch ein wenig Rasierschaum, weiß wie Schlagsahne. Als ich klein war, fand ich, seine Nase mit ihrer runden, glatten Form und den geweiteten Poren, in denen ich ganz feine Härchen entdeckte, sehe aus wie eine Erdbeere.

Seite 45

Mit der linken Hand nahm er meinen Arm, ohne ihn zu drücken.

Er sah mir direkt ins Gesicht.

- Ich möchte, dass du mir hilfst, Schluss zu machen. Ich bin erstarrt. Er glaubte, ich hätte nicht richtig verstanden, denn er wiederholte, etwas lauter, Ich möchte, dass du mir hilfst, Schluss zu machen.

Noch nie seit seinem Schlaganfall hat er so deutlich gesprochen.

Ich sah, wie seine Hand meinen Arm losließ. Sie fiel nicht herab, sondern blieb über dem Laken in der Luft stehen, die Finger leicht gespreizt, wie die Hand eines Pianisten am Ende eines Stückes, wenn der letzte Akkord noch nachklingt.

Er beobachtete mich, ich spürte seinen Blick, aber meine Augen waren auf diese derart blasse Hand geheftet, die zu schweben schien und auf der die Infusionsnadel mit dem Pflaster zusammen ein noch blasser Kreuz formte. Die Hand fiel herab. Ich blickte auf.

Mein Vater lächelte mich an. Ein richtiges Lächeln, ein Lächeln wie früher, mit strahlenden Augen und Lachfältchen rundherum. Ich senkte den Kopf und sah auf dem Boden meine Tasche stehen, schwarz auf grauem Linoleum. Ich griff nach ihr.

Die Stufen der drei Etagen flogen nur so vorüber. Ich roch den frischen Gips in der Eingangshalle, und die großen Automatiktüren gingen vor mir auf.

Seite 46

Alles ist gutgegangen

Emmanuele Bernheim

Aus dem Französischen von Angela Sanmann

Das Mädchen schmiegt sich noch immer an ihren Vater, ihr Kopf ruht an seiner Schulter. Ich öffne leise die Zimmertür.

Mein Vater schläft.

Mit leicht geöffnetem Mund macht er kleine kehlige Geräusche, »gha«, regelmäßig und ruhig. Ich betrachte sein Gesicht.

Ich habe es noch nie so oft gesehen wie in der letzten Zeit.

Das Gesicht meines Vaters.

Jedes Mal, wenn sie ein Baby sah, sagte meine Mutter: »Es sieht aus wie Andre«, und fügte hinzu: »Eigentlich sieht jedes Baby aus wie Andre.«

Das lag natürlich an seinen vollen Wangen, dem fast kahlen Schädel, dem kleinen Mund, den blauen Augen. Und vor allem an seiner Nase. Eine Nase, deren Knorpel weich geblieben zu sein scheint, eine unvollendete Nase. Als ich klein war, wollte ich sie immer anfassen, aber das durfte ich nicht, weil es ihm weh tat. Später erzählte mir mein Vater, die Rhinoplastik sei in den fünfziger Jahren noch nicht sehr fortgeschritten gewesen und die Operation wahnsinnig schmerzhaft. Ich habe einige Fotos von ihm in jungen Jahren gesehen, mit einer großen, spitzen Nase. Ich hätte ihn nicht wiedererkannt.

Was für ein Mann wäre er gewesen, hätte er diese Nase behalten?

Ein klangvolleres »gha« als die anderen. Sein linkes Bein bewegt sich. Sein Gesicht ist verzerrt. Er reißt die Augen auf. Er sieht verängstigt aus.

- Papa, es ist alles gut, ich bin da.

Er starrt mich an, ohne zu blinzeln. Seine Lippen werden wieder rund.

Sein linker Arm streckt sich mir entgegen.

- Lass mich nicht im Stich.

Mir schnürt es die Kehle zu.

Ich möchte das Gitter dieses Bettes herunterreißen, die Injektionsnadel mit den durchsichtigen Spaghetti herausziehen und diesen alten Säugling in den Arm nehmen, seinen kahlen Schädel küssen, seinen kleinen Kopf, und ihn an mich drücken, bis er keine Angst mehr hat. Ich werde dich niemals im Stich lassen. Niemals.

Ich nehme seine Hand, seine Finger schließen sich um meine.

Seite 52

Alles ist gutgegangen

Emmanuele Bernheim

Aus dem Französischen von Angela Sanmann

Im Zimmer ist es zu warm. Der Heizkörper ist siedend heiß.

Ich werde das Fenster aufmachen.

- Nein.

Ich dachte, er schläft.. Ich gehe zu ihm.

»Pffhhhhh«, die Wechseldruckmatratze gibt Luft ab. Genug, um das Wundliegen zu verhindern? Starr sieht er mich an. Ich lege ihm die Hand auf den Arm. Seine Haut ist kalt. Ich spüre den hervorstehenden Knochen des Handgelenks. Mein Vater siecht dahin.

- Du kannst mich so nicht lassen.

Der Hals streckt sich, der Kopf hebt sich.

-Das ...

Mit dem Kinn weist er auf seinen Körper.

- Das alles ...

Plötzlich umklammert seine linke Hand das Metallgitter. Er richtet sich auf. Vor Anstrengung verzerrt sich sein Gesicht.

- Das bin ...

Unsere Gesichter berühren sich beinahe.

-NICHT MEHR ICH.

Seine Worte zerplatzen vor meinem Gesicht in einem Schwall Speichel.

Seite 58

Sein Kopf fällt zurück.

Das bin nicht mehr ich.

Eine Träne taucht im Winkel seines Augenlids auf, läuft die Schläfe entlang und verliert sich neben seinem Ohr, da, wo er sich früher einmal Favoris hatte wachsen lassen, über die wir uns lustig machten.

Ich kann ihn so nicht lassen.

- Papa, was soll ich tun?

Seine Antwort kommt sofort. Wie aus der Pistole geschossen. Klar und deutlich.

- Ich muss unbedingt verschwinden.

Dieses Mal flüchte ich nicht.

Er schaut mich an. Ich schaue ihn an.

- Einverstanden.

Was kann ich ihm anderes sagen?

Er macht eine kleine schroffe Bewegung mit dem Kinn, eine Zustimmung.

Und mit einer ungeduldigen Handbewegung bedeutet er mir, ich könne gehen. Ich habe dich lange genug gesehen.

Mir bleibt einen Moment lang der Mund offen stehen.

Und ich lache auf.

He is back.

Ich bin draußen in der Sonne, an der Luft, im Licht, und spüre, dass auf meiner Wange, als kleiner feuchter Punkt, ein wenig Speichel meines Vaters zurückgeblieben ist, fein wie die Spur eines Kusses.

Seite 59

Alles ist gutgegangen

Emmanuele Bernheim

Aus dem Französischen von Angela Sanmann

Zum Glück habe ich reserviert. Es ist noch früh, aber das Restaurant ist bereits voll besetzt. Pascale wartet auf mich an einem kleinen Tisch, etwas abseits. Ein Kellner bringt die Karte. Ich wähle auf gut Glück eine Nummer aus der Sparte »Huhn«, meine Schwester nimmt Rind. Zwei Thai-Biere, bitte. Der Kellner entfernt sich. Ich greife mir ein Paar Stäbchen, nehme sie aus der Papiertüte heraus, trenne sie, schlage sie aneinander, »klack, klack«.

- Hör auf.

Ich höre auf.

- Was wolltest du mir sagen?

Ich nehme die Papiertüte und rolle sie auf wie eine Tröte. Pascale reißt sie mir aus der Hand.

- Das reicht jetzt, was ist los?

Ich verschränke meine Finger, um sie daran zu hindern, sich der kleinen Zahnstocherdose zu bemächtigen. Meine Schwester schaut mir direkt in die Augen, Ich muss es ihr sagen. Los.

- Papa hat mich gebeten, ihm zu helfen, Schluss zu machen.

Sie hat sich nicht bewegt, aber ihr Blick hat sich von mir abgewendet.

Meine Finger lösen sich, meine Hände fallen herab und bleiben reglos liegen.

- Und was hast du geantwortet?

- Dass ich einverstanden bin.

Ihre Augen füllen sich mit Tränen.

- Ich denke an Raphael.

Mein Neffe leidet an einer schweren spastischen Lähmung und kann sich nur mit Mühe artikulieren. Von Anfang an - er ist jetzt siebzehn Jahre alt - hat sich unser Vater so um ihn gekümmert, wie er sich nie um uns gekümmert hat. Er nimmt ihn jedes Jahr mit auf Reisen: USA, Indien, Kenia, Seychellen, Marokko, Italien; sie waren schon überall.

- Ich werde nichts ohne dich machen, ohne dein Einverständnis.

Sie richtet sich auf. In ihren großen schwarzen Augen sind keine Tränen mehr.

- Auf jeden Fall ist es seine Entscheidung. Es ist weder deine noch unsere.

Der Kellner bringt uns das Bier.

Wir trinken. Nach zwei Schlucken hält Pascale inne. Auf ihrer Oberlippe ist Schaum.

- Was soll das eigentlich heißen, konkret, ihm helfen, Schluss zu machen?

Fast wäre mir das Glas aus der Hand gefallen. Mir wird klar, dass ich mir diese Frage gar nicht gestellt habe.

- Ich habe keine Ahnung.

Ich muss total verdattert aussehen, denn sie lacht auf. Und ich auch.

- Wisch dir mal den Mund ab, du hast da Schaum, da ...

- Du auch.

Wir wischen uns beide den Mund ab.

Und dann schauen wir uns in die Augen, meine Schwester und ich, und stoßen miteinander an.

Lechaijm. Auf das Leben.

Seite 60-61

Alles ist gutgegangen

Emmanuele Bernheim

Aus dem Französischen von Angela Sanmann

Mein Vater hat uns erwartet. Er hat dieses hellblaue Hemd bestimmt zu Ehren der Schweizer Dame ausgewählt. Er hält sich gerade. Seine Augen leuchten, seine Wangen sind vor Aufregung gerötet. Er ist schön.

Beide möchten, dass ich bleibe: Da mein Vater nicht sehr deutlich spricht, fürchtet sie, ihn schlecht zu verstehen. Sie sitzt ihm gegenüber, auf dem Stuhl mit den kannelierten Beinen. Er hat sich ein wenig zu ihr gebeugt. Er möchte wissen, woher sie kommt. Aus Zürich. Er kennt die Stadt gut, hat dort Freunde. Er versucht, ein paar Worte auf Deutsch zu sagen, sie antwortet ihm. Er freut sich. Sie atmet tief ein. - Ihre Töchter haben mir erklärt, dass Sie sich wünschen ...

-JA.

- Wo wird es stattfinden?

- In Bern.

Er verzieht das Gesicht.

- Ich war etwas enttäuscht vom Zentrum Paul Klee. Sie scheint es nicht gehört zu haben.

- Sie müssen in der Lage sein, selbständig einen Deziliter Flüssigkeit zu trinken, verstehen Sie?

»Natürlich.« Mein Vater streckt die linke Hand zum Nachttisch, greift nach dem Glas und trinkt, die Augen auf sie gerichtet.

Kleine weiße Haare glänzen auf seinem Adamsapfel, der sich auf und ab bewegt. Er stellt das Glas ab, knallt es extra laut auf den Tisch. Und er lächelt triumphierend.

- Wann?

Die Schweizer Dame breitet die Hände aus.

- Wann Sie möchten, zunächst müssen alle Dokumente für die Akte zusammengestellt werden, und dann ist es auch gut, etwas zu warten, um sicher zu sein ...

Er zuckt mit den Schultern.

- Von mir aus so bald wie möglich.

Eine Kopfbewegung, von oben nach unten, eine kraftvolle Zustimmung.

Während sie mit ihm spricht, nickt er unaufhörlich, das Kinn nach vorn gereckt, fest entschlossen. Die Formulare zum Ausfüllen, die Schweiz, der Arzt, die Musik, das Antibrechmittel und der Trank, er sagt zu allem ja.

Es regnet wieder. Der Regenschirm der Schweizer Dame schützt uns alle beide.

- Ihr Vater scheint sehr entschlossen zu sein, nicht wahr?

»Autodetermination.« Das Ungeheuer von Loch Ness taucht vor meinen Augen auf, zuerst der Kopf, auf einem schlangenhaften Hals, dann der sich windende schwarze Körper, Selbstbestimmung. Ich atme die kalte Luft tief ein. Ich will eine Zigarette, jetzt, sofort. Ich atme aus, aber nichts kommt zwischen meinen Lippen hervor, kaum ein fahler Hauch.

Seite 101-102

Alles ist gutgegangen

Emmanuele Bernheim

Aus dem Französischen von Angela Sanmann

Also?

- Also, euer Vater hat uns erklärt, dass er, selbst wenn er wollte, seine Meinung nicht mehr ändern könne ...

Ich unterbreche sie.

- Aber er kann seine Meinung bis zur letzten Minute ändern, selbst dort noch, die Schweizer Dame hat es ihm ganz deutlich gesagt, und wir wiederholen ihm das die ganze Zeit. Oder, Papa?

Er senkt den Kopf, ohne zu antworten.

- Er hat uns auch erzählt, ihr hättet genug von ihm, ihr fändet, es habe nun lange genug gedauert, und hättet ihm gedroht, euch nicht mehr um ihn zu kümmern, wenn er seinen Plan, dort hinzufahren, aufgebe.

- Das hast du erzählt?

Mit schiefem Gesicht beißt er sich in die Wange.

- Papa? Sieh uns an, hast du das wirklich gesagt? Er hebt den Kopf.

- Ich weiß nicht mehr ... Vielleicht ... Und ich meine ihn lächeln zu sehen.

Es kribbelt mir in den Fingern. Ich balle die Fäuste. Meine Hände werden hervorschießen, ihn an der Kehle packen und zudrücken, zudrücken, bis er krepirt. Ruhig Blut. Ich atme tief durch. Einmal. Zweimal. Ich erhebe mich leicht und schiebe mir die Hände unter den Po. Wenn sie bloß ruhig bleiben.

- Wie konntest du nur so etwas sagen? Er zuckt mit den Schultern.

- Damit man mich in Ruhe lässt.

Seine beiden Cousinen haben sich zu ihm gedreht.

- Du hast uns völligen Unsinn erzählt!

Er gluckst.

Meine Hände zittern. Ich verlagere mein ganzes Gewicht auf sie, ich zerquetsche sie. Sie werden sich nicht rühren.

Seite 162

Der Krankenpfleger und die stellvertretende Direktorin kommen aus dem Zimmer.

- Sie können hineingehen. Die beiden ziehen sich zurück. Unser Vater ist sehr erregt.

- Was ist los? Sie haben mir eine Menge Fragen gestellt.

- Jemand hat uns an die Polizei verraten.

- Aber wer kann so etwas getan haben?

- Jemand, dem du sonst noch deine Geschichten erzählt hast. Es ist nicht sicher, ob du fahren kannst, die Polizei will dich daran hindern.

Er bricht in Tränen aus.

- Das ist entsetzlich!

Ich trinke meinen Whisky aus. Meine Hand verkrampft sich so sehr, dass sie den Becher zerdrückt.

- Wir müssen ihn sofort hier rausbringen und nicht noch bis halb elf warten. Wir rufen ein Taxi, fahren zu dir oder zu mir und bitten den Krankenwagen, ihn später dort ab zuholen, wo wir dann sind.

Ich rufe sofort ein behindertengerechtes Taxi. Das Taxi-Unternehmen setzt mich in die Warteschleife. Pascale hüllt unseren Vater in eine große, marineblaue Strickjacke. Sie legt alle Papiere zusammen - Personalausweis, Familienstammbuch - und verstaut sie in seiner Tasche. Endlich stoppt die Warteschleifenmusik.

Seite 182

Alles ist gutgegangen

Emmanuele Bernheim

Aus dem Französischen von Angela Sanmann

- Haben wir das Recht, einen Anwalt anzurufen?
- Sie haben das Recht, anzurufen, wen immer Sie wollen. Ich sage es Ihnen noch einmal, heute Abend werden Sie an gehört, weiter nichts.

Ich atme tief durch.

- Können wir erfahren, wessen man uns beschuldigen würde?
- Paragraph 223-6 Strafgesetzbuch: Unterlassene Hilfeleistung gegenüber einer gefährdeten Person. Fünf Jahre Haft und 75 000 Euro Geldbuße.
- Aber im Falle unseres Vaters besteht die eigentliche Gefahr darin, dass er sich zu Tode hungert oder sein Hand gelenk übel zurechtet, wenn er versucht, sich mit der linken Hand die Pulsadern aufzuschneiden.

Der hochgewachsene Körper von Hauptmann Petersen scheint in sich zusammenzusinken.

- Ich habe letztes Jahr meinen Bruder durch eine grauenhafte Krebserkrankung verloren. Wenn ich sein Leiden hätte verkürzen können, glauben Sie mir, dann hätte ich es getan. Ich hätte das Gleiche getan wie Sie. Aus diesem Grund bedrückt mich Ihre Geschichte auch so sehr ...

Ich werfe einen Blick auf die Uhr. 20 Uhr 15. Wenn ich Georges anrufen will, dann muss ich es jetzt tun, bevor er zum Abendessen ausgeht. Er nimmt sofort ab. Ich erkläre ihm, wo wir sind.

Seite 187

Alles ist gutgegangen

Emmanuele Bernheim

Aus dem Französischen von Angela Sanmann

Geschafft.

Unser Vater ist im Krankenwagen untergebracht, liegend.

- So hab ich es bequem. Er sieht glücklich aus.

Pascale stürzt hinein, um ihn zu küssen. Es dauert nicht sehr lange.

Sie kommt heraus. Ich wage nicht, sie anzuschauen.

Ich bin dran.

Ich binde ihm den Schal um den Hals. Das Marineblau steht ihm gut. Er ist schön.

- Papa ,...

- Gut... also ... auf Wiedersehen ...

Ich betrachte seinen kleinen Mund, seine Nase und, zum letzten Mal, seine leuchtenden Augen.

Ich küsse ihn.

Er schiebt mich vorsichtig weg. Ich will kein Klageweib. Ich steige aus.

Wir beide bleiben aneinandergeschmiegt auf dem Bürgersteig stehen, wie angewurzelt vor der weit aufgerissenen Tür.

Einer der Krankenwagenfahrer kommt, um sie zu schließen. Unser Vater ruft nach uns.

- Ah ... eine letzte Sache ...

Wir wechseln einen kurzen Blick. Er wird sich bedanken, dass wir für ihn da gewesen sind, sagen, dass er uns liebt.

Meine Töchter, wird er zärtlich sagen, meine lieben Töchter.

Gleichzeitig betreten wir den Krankenwagen, den Kopf nach vorn zu unserem Vater gereckt; wir sind schon sehr gerührt, wir halten den Atem an.

- Auf jeden Fall... möchte ich ...

Er sucht nach Worten. Ich schließe die Augen. Und warte.

- ... möchte ich, dass ihr herauszufinden versucht, wer mir so übel mitgespielt hat.

- Ja, Papa.

Wir steigen wieder aus.

Der Krankenwagenfahrer schließt die Schiebetür, lässt den Griff einrasten, gibt uns die Hand und steigt vorne ein. Das weiße Heck des Krankenwagens entfernt sich und verschwindet am Ende der menschenleeren Straße.

Seite 197

D

Material für Textarbeit

Auszug aus:

Gian Domenico Borasio
selbst bestimmt sterben
Was es bedeutet
Was uns daran hindert
Wie wir es erreichen können

Verlag C.H. Beck, München 2014

ISBN 978-3-406-66862-3

selbst bestimmt sterben

Was es bedeutet

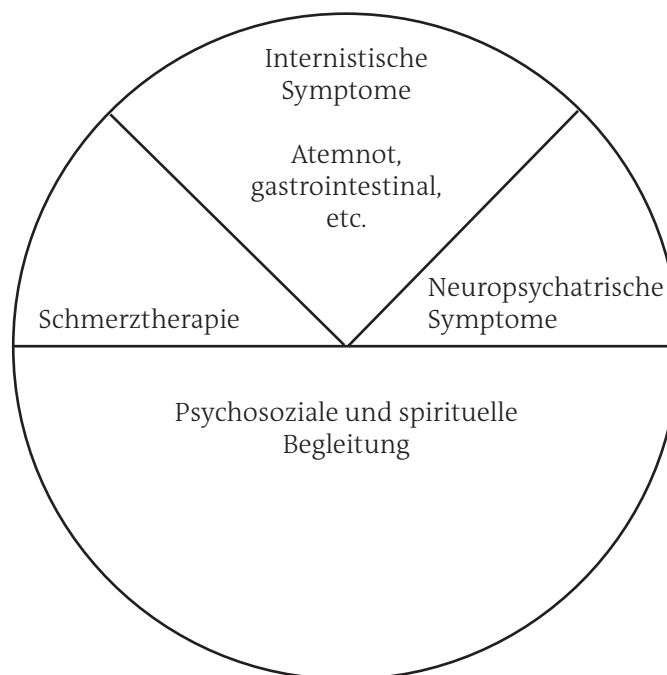
Was uns daran hindert

Wie wir es erreichen können

Gian Domenico Borasio

Der 46-jährige Herr D. war immer sportlich und trainiert gewesen. Er hatte viel Zeit an der frischen Luft verbracht, in seinen geliebten Schweizer Bergen. Aber das ging jetzt nicht mehr. Er war schon vor drei Jahren, aus voller Gesundheit heraus, an amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankt. Die ALS ist eine unheilbare Krankheit mit fortschreitendem Muskelschwund und Lähmungen, die in zwei bis drei Jahren zum Tode, durch Atemlähmung führt. Herr D. hatte während des gesamten Krankheitsverlaufs trotz zunehmender Bewegungsunfähigkeit seinen ansteckenden Humor und seinen Optimismus behalten. Als die Atemschwäche seinen Schlaf zu beeinträchtigen begann, wurde er mit einer sogenannten nichtinvasiven Heimbeatmung versorgt. Das ist eine spezielle Art der Maskenbeatmung, wie sie in ähnlicher Form häufig bei Patienten mit dem sogenannten «Schlaf-apnoe-Syndrom» durchgeführt wird.²⁰ Diese Maßnahme war für Herrn D. aus zwei Gründen wichtig: Erstens verbesserte sie seinen Schlaf deutlich, wodurch er tagsüber ausgeruhter war und eine erhebliche Steigerung seiner Lebensqualität erfuhr. Zweitens, und vielleicht sogar noch wichtiger, wurde ihm damit eine große Angst genommen.

Herr D. war schon immer jemand gewesen, der die Kontrolle über sein Schicksal behalten wollte. Auch beim Ausüben von Extremsportarten hatte er mit peinlicher Genauigkeit darauf geachtet, nichts dem Zufall zu überlassen. Die Vorstellung, in eine Situation zu geraten, in der das Leben für ihn unerträglich werden könnte, erfüllte ihn mit Grauen. Am Anfang war schon die Vorstellung des Rollstuhls für ihn schrecklich gewesen, aber wie bei so vielen Patienten hatte sich das mit der Zeit gelegt, und er kam mit seinem Elektrorollstuhl bestens zurecht. Der absehbare Verlust seiner Sprechfähigkeit blieb allerdings für ihn, der lange beim Fernsehen gearbeitet hatte, der reine Albtraum. Da Herr D. in der Schweiz lebte, hätte er sich an eine der dort tätigen Suizidhilfe-Organisationen wenden können. Das, wollte er aber nicht, weil er sich Sorgen um die Folgen eines Suizids für seine Frau machte, die ihn während der ganzen Zeit liebevoll begleitet hatte



selbst bestimmt sterben
Was es bedeutet
Was uns daran hindert
Wie wir es erreichen können

Gian Domenico Borasio

Die nichtinvasive Heimbeatmung war in dieser Hinsicht eine unerwartete und hochwillkommene Lösung seines Problems. Nach einer gewissen Zeit werden ALS-Patienten nämlich, aufgrund des Fortschreitens der Krankheit, von der Beatmung abhängig. Die Beatmungszeiten werden immer länger, bis schließlich die Maske die ganze Nacht über und auch einen Großteil des Tages verwendet werden muss. Zu diesem Zeitpunkt bedeutet eine Beendigung der Beatmung automatisch den Tod durch Atemschwäche. Das hat aber - und das ist für viele ALS-Patienten von großer Bedeutung und für ihre Familien oft entlastend - nichts mit Suizid oder gar Euthanasie zu tun, sondern es ist ein klassischer Fall von «passiver Sterbehilfe» oder «Sterbenlassen». Wie aber lässt es sich verhindern, dass ein Patient unter qualvoller Atemnot leidet, wenn seine Beatmung beendet wird? Dazu dient die sogenannte «palliative Sedierung», die in Kapitel 3 ausführlich besprochen wird. Dort werden wir Herrn D. -wiederbegegnen (Fortsetzung auf S. 59).

(Fortsetzung von Seite 43) Nach eingehenden Diskussionen mit seiner Ehefrau kommt Herr D. zu dem Schluss, dass seine Lebensqualität inzwischen zu weit gesunken ist, um weiter künstlich am Leben erhalten zu werden. Er bittet also, wie von vornherein vereinbart, um eine fachgerechte Durchführung der Beendigung seiner Beatmung. Das tut er mit der Direktheit und dem Humor, den wir nun schon lange von ihm kennen: «Ihr könnt ja dann mein Beatmungsgerät und meinen Rollstuhl re-cyclen.» Zwei Wochen davor war er in einer Talkshow des Schweizer Fernsehens zum Thema Lebensende aufgetreten und hatte sich für die Palliativmedizin starkgemacht. Das war sein letzter großer Auftritt. Jetzt mag er nicht mehr.

Die Beendigung der Beatmung wird auf unserer Palliativstation durchgeführt. Zwei Ärzte und eine Krankenschwester sind bei ihm sowie natürlich seine Frau. Das sedierende Mittel wird ihm vorsichtig über die Vene verabreicht, bis er tief und fest schläft. Dann wird die Beatmung beendet und die Maske abgenommen. Er atmet sehr flach und ruhig noch einige Zeit weiter und verstirbt schließlich friedlich. Seine Frau schreibt uns danach, dass ihr in ihrer Trauer immer wieder der Gedanke Halt gibt, dass ihr Mann genau so gestorben ist, wie er es sich gewünscht hat.

selbst bestimmt sterben
Was es bedeutet
Was uns daran hindert
Wie wir es erreichen können

Gian Domenico Borasio

Seit über 25 Jahren betreue ich als Arzt Menschen am Ende ihres Lebens und habe das Privileg geschenkt bekommen, Tausende unterschiedlichster Einzelschicksale begleiten zu dürfen. Aufgrund der Fortschritte der modernen Palliativmedizin ist mir vor fast keiner Krankheit am Lebensende bange, einschließlich ALS oder Demenz. Es gibt aber einige wenige Ausnahmen. Eine davon kommt aus meinem ursprünglichen Fachgebiet, der Neurologie, und betrifft eine bestimmte Art bösartiger Hirntumore. Je nachdem, wo genau diese Tumore im Gehirn lokalisiert sind, können sie im Verlauf zu schweren Persönlichkeitsstörungen mit Aggressivitätsausbrüchen führen. Diese Ausbrüche richten sich häufig gegen die engsten Angehörigen, worunter Patienten und Familien extrem leiden. Die Trauerphase der Angehörigen ist durch die angstbesetzten Erinnerungen an die letzte Lebensphase des Verstorbenen deutlich erschwert. Sollte ich an so einem Hirntumor erkranken, so würde ich mir und meiner Familie einen solchen Verlauf unbedingt rechtzeitig ersparen wollen.

Die Familie ist wichtiger

Die alte Dame hatte mit 91 Jahren immer noch dichte, schwarze Haare (ungefärbt, wie sie betonte), die ihr schmales, von tiefen Falten zerfurchtes, stets etwas traurig lächelndes Gesicht umrahmten. Sie litt an Eierstockkrebs in weit fortgeschrittenem Stadium, mit Metastasen im ganzen Körper. Ihre Lebenserwartung betrug nur noch Tage bis wenige Wochen. Als wir zur Beratung hinzugezogen wurden, fiel uns als Erstes eine am linken Unterarm tätowierte mehrstellige Ziffer auf. Frau K. war Jüdin und hatte Auschwitz überlebt, als Einzige ihrer Familie. Sie war nach dem Krieg nach Israel ausgewandert, später aber nach Deutschland zurückgekehrt. Sie hegte keinen Groll, doch über ihre Lebensgeschichte zu reden, lehnte sie höflich, aber bestimmt ab.

Bei der Durchsicht ihrer Krankenunterlagen wunderten wir uns darüber, dass angesichts ihrer sehr kurzen Lebenserwartung und ihres schlechten Allgemeinzustandes noch eine starke Chemotherapie vorgesehen war. Mehr noch waren wir erstaunt darüber, dass explizit angeordnet war, Frau K. im Falle einer akuten Verschlechterung zu reanimieren - angesichts ihrer Situation ein aussichtsloses Unterfangen und das Gegenteil dessen, was die meisten Menschen unter einem friedlichen Tod verstehen. Die Ärzte der Station baten uns, mit dem Sohn der Patientin zu sprechen, denn er würde alle Entscheidungen treffen. Der Sohn, in Israel geboren und noch immer dort lebend, war orthodoxer Jude. Er erklärte uns höflich, aber bestimmt, dass sein Glaube es zwingend notwendig mache, alle medizinischen Möglichkeiten zur Lebensverlängerung bis zum Schluss auszuschöpfen, und dass seine Mutter selbstverständlich damit einverstanden sei. Diskussion zwecklos. Als es uns am nächsten Tag gelang, alleine mit der Patientin zu sprechen, lächelte sie uns an und sagte: «Ich weiß, dass ich bald sterben werde. Ich weiß auch, dass diese ganzen Behandlungen mir nichts bringen außer Nebenwirkungen. Aber mein Sohn würde es nicht verkraften, wenn er nach meinem Tod den Eindruck hätte, nicht alle Möglichkeiten für meine Lebensverlängerung gefordert und durchgesetzt zu haben. Dann soll es in Gottes Namen so geschehen.» Frau K. starb wenige Tage später unter einem erwartungsgemäß vergeblichen Versuch der Wiederbelebung.

selbst bestimmt sterben
Was es bedeutet
Was uns daran hindert
Wie wir es erreichen können

Gian Domenico Borasio

Fürsorge durch Aufklärung

Herr K. war mit 34 Jahren ein junger IT-Unternehmer, sein Internet-Start-up war sehr erfolgreich. Die Welt stand ihm offen. Er konnte es kaum glauben, als er die Diagnose Krebs hörte. Und es war nicht irgendein Krebs, sondern ein sehr bösartiger Bindegewebstumor, ein sogenanntes Sarkom, das schon Tochtergeschwülste in Leber und Lunge erzeugt hatte. Seine Lebenserwartung war kurz, die Therapieoptionen gering. Nach dem ersten Schock ging Herr K. seine medizinische Situation nach allen Regeln eines Businessplans an: Er ließ sich von seinem Arzt alle verfügbaren Informationen über die vorhandenen Therapieangebote und deren wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit überreichen. Er holte eine zweite und eine dritte Meinung ein, informierte sich ausführlich über das Internet und entschied dann, ganz alleine, welchen Behandlungsformen er zustimmte und welchen nicht. Als die letzte Therapie nicht so anschlug, wie er es sich erhofft hatte, brach er sie ab und begab sich freiwillig in ein Hospiz, wo er Essen und Trinken einstellte, um zu sterben.

Frau R. war mit 96 Jahren eine hochbetagte, körperlich fragile, aber geistig noch sehr klare Dame, die schon lange im Altersheim wohnte und regelmäßig Besuch von ihrer Schwiegertochter bekam. Ihr Sohn war schon vor Jahren an einem Herzinfarkt gestorben, und auch mit dem Herzen der alten Dame gab es Schwierigkeiten, sie nannte es «meine Stolperkiste». Als sie einmal bewusstlos aufgefunden wurde, zeigte das EKG schwere Herzrhythmusstörungen, die im Grunde den Einsatz eines Herzschrittmachers notwendig machten. Der Hausarzt vereinbarte einen Termin in Anwesenheit der Schwiegertochter, um dies zu besprechen. Aber gleich zu Beginn überraschte ihn Frau R. mit der Aussage: «Lieber Herr Doktor, ich möchte von Ihnen keine Details wissen. Eigentlich möchte ich am liebsten gar nichts wissen. Ich habe mein Leben gelebt, habe meiner Schwiegertochter eine Vollmacht gegeben und vertraue sowohl ihr wie auch Ihnen als Arzt vollständig. Bitte besprechen Sie die Lage mit ihr, Sie beide werden bestimmt das Beste für mich entscheiden. Ich brauche gar nicht dabei zu sein.» Arzt und Schwiegertochter beschließen daraufhin, auf die Implantierung eines Schrittmachers zu verzichten. Frau R. stirbt einige Wochen später friedlich im Schlaf an einem Herzstillstand.

Anhang I

Wissenschaftliche Definitionen und Texte

Ethik und Medizin

Hintergrund-Information / Sterbehilfe

Was bedeutet der Begriff „Sterbehilfe“ eigentlich genau?

Schon diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, da der Begriff „Sterbehilfe“ von Politikern, Ärzten, Pflegenden, Juristen, Medien, Meinungsforschungsinstituten und Bürgern oft sehr unterschiedlich gebraucht, besetzt und auch instrumentalisiert wird. In Deutschland wird der Begriff „Sterbehilfe“ üblicherweise mit einem Adjektiv versehen und je nachdem, welches Adjektiv benutzt wird, kann der Begriff „Sterbehilfe“ durchaus sehr unterschiedliche Bedeutungen bekommen. Es ist deshalb immer auch zu fragen, von welcher Art „Sterbehilfe“ die Rede ist. Die in Deutschland bisher üblichen Unterscheidungen sind die folgenden:

- Passive Sterbehilfe: Behandlungsabbruch oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen bei sterbenden Patienten bzw. in aussichtslosen Krankheitssituationen mit (mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten. In letzter Zeit wird immer häufiger dafür plädiert, diesen Begriff aufzugeben und stattdessen von „Sterben lassen“ zu sprechen.
- Indirekte Sterbehilfe: Unbeabsichtigte, vorzeitige Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer zur Leidens- bzw. Symptomlinderung indizierten und regelrecht durchgeführten Therapiemaßnahme. Im Rahmen palliativmedizinischer Therapiemaßnahmen, bei denen Medikamente immer sehr individuell und bedarfsgerecht eingesetzt werden, wird dies – wenn überhaupt – nur sehr selten der Fall sein.
- Aktive Sterbehilfe (Euthanasie): Intendierte (von einem Arzt auf Verlangen des kompetenten Patienten), aktiv durchgeführte, vorzeitige Lebensbeendigung durch Verabreichung einer tödlichen Medikation. In letzter Zeit wird immer häufiger dafür plädiert, diesen Begriff aufzugeben und stattdessen nur noch von „Tötung auf Verlangen“ zu sprechen.

Werden die Begriffe passive, indirekte und aktive Sterbehilfe einheitlich verwendet?

Nein – diese Begriffe werden oft unterschiedlich ausgelegt und interpretiert, was die allgemeine Diskussion zu diesem Themenkomplex erheblich erschwert. Die in der obigen Antwort auf die Frage benutzten Definitionen entstammen im Kern einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) aus dem Jahr 2002. Gerade auch im Zusammenhang mit Umfragen ist es wichtig, die Begriffe, um die es geht, sehr genau zu definieren, damit eine möglichst große Vergleichbarkeit der Antworten gewährleistet ist.

Wenn die Begriffe so kompliziert sind – warum werden sie dann verwendet?

Die obige Darstellung hat sich in Deutschland im Laufe der letzten Jahrzehnte herauskristallisiert und wird in den meisten Debatten zum Thema „Sterbehilfe“ immer noch in dieser Form verwendet. Es mehren sich aber die Bemühungen, diese Terminologie zu verlassen. Sie erschwert auch den fachlichen Austausch im internationalen Sprachraum, wo die Begriffe „Passive Sterbehilfe“ und „Indirekte Sterbehilfe“ nicht üblich sind.

Welche Form der „Sterbehilfe“ ist erlaubt, welche verboten?

Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland nach § 216 StGB („Tötung auf Verlangen“) gesetzlich verboten, während passive Sterbehilfe und indirekte Sterbehilfe erlaubt sind. Demzufolge sind also ein Therapieverzicht bei aussichtsloser Prognose, die Beendigung von aussichtslosen Maßnahmen sowie der Einsatz von Beruhigungsmitteln zur Linderung intolerablen Leidens in den letzten Tagen des Lebens (= terminale bzw. palliative Sedierung) keine aktive Sterbehilfe. Sie sind hingegen – in jedem Fall in enger Abstimmung mit dem betroffenen Patienten und seinen Angehörigen – legitime Möglichkeiten palliativmedizinischen Handelns.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Für welche Form der „Sterbehilfe“ setzt sich die Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ ein?

Die Schweizer Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ setzt sich für eine Beihilfe zur Selbsttötung ein.
Definition:

- Beihilfe zum Suizid: Unterstützung bei der Selbsttötung (z.B. durch Bereitstellung einer tödlichen Substanz). Beihilfe zum Suizid bleibt mangels einer rechtswidrigen Haupttat straflos, wenn der Selbsttötung eine frei verantwortliche Willensentscheidung des Betroffenen zugrunde liegt.

Sowohl aktive Sterbehilfe als auch Beihilfe zum Suizid werden von der großen Mehrheit palliativmedizinisch erfahrener Ärztinnen und Ärzte abgelehnt. Sie sind nicht Bestandteil palliativmedizinischen Handelns.

Welche Argumente sprechen gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe (Euthanasie)?

Die European Association for Palliative Care (EAPC) hat die wesentlichen Gründe, die zur Ablehnung der Euthanasie

führen, wie folgt zusammengefasst: „Die Legalisierung von Euthanasie birgt die Möglichkeit, dass

...

- wehrlose Personen unter Druck gesetzt werden können;
- die Weiterentwicklung von Palliativmedizin weniger bedeutsam erscheint und behindert wird;
- rechtliche Vorgaben mit persönlichen sowie professionellen Werten und Prinzipien von Ärzten und anderem Fachpersonal in der Gesundheitsfürsorge in Konflikt geraten;
- ein Ausweiten der Kriterien auf andere gesellschaftliche Gruppen gefordert wird oder entstehen kann;
- medizinisches Töten ohne Einverständnis oder gegen den Willen des Patienten zunimmt;
- Tötungshandlungen gesellschaftliche Akzeptanz finden.“

Quelle: Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (www.dgpalliativmedizin.de) / Stand: 30.6.2009)

Cases and Commentary

Jewish Law and End-of-Life Decision Making: A Case Report

Craig D. Blinderman

CASE SUMMARY

Mr. G, a 77-year-old Jewish man with Alzheimer's dementia, hypertension, and coronary artery disease, was admitted to a New York City (NYC) hospital with altered mental status, fevers, and decreased oral intake. After undergoing an extensive workup for fever of unknown origin and altered mental status, no cause was found. The patient eventually developed severe aspiration pneumonia and bacterial sepsis with subsequent respiratory failure requiring intubation. The patient was unable to be weaned from the ventilator. A tracheostomy and PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy) were surgically required for continuous mechanical ventilation and artificial feeding, respectively. While in the intensive care unit (ICU), the patient developed VRE (vancomycin-resistant *Enterococcus*) and MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) infections as well as multiple deep (stage IV) necrotic sacral, hip, and back pressure ulcers requiring surgical debridement, daily dressing changes, and antibiotics. The patient was comatose, responding to painful stimuli only.

Craig D. Blinderman, MD, MA, is an Attending Physician on the Palliative Care Service, Massachusetts General Hospital, Boston, and a Fellow in Medical Ethics, Harvard Medical School, Boston, cblinderman@partners.org. ©2007 by *The Journal of Clinical Ethics*. All rights reserved.

The family consists of two daughters, Ms K and Ms G. Ms K, who is a secular Jew and lives in Montreal, wanted all "aggressive" care stopped, saying that this is not what her father would want. The second daughter, Ms G, who is an Orthodox Jew living in NYC and Mr. G's healthcare proxy via a co-guardianship document, wished that all treatments be continued as consistent with her Jewish beliefs and with *halacha*, or Jewish law. According to the patient's co-guardianship document, legal decisions regarding the patient's estate were entrusted to his lawyer, and decisions regarding his medical care were entrusted to Ms G. Although Ms G had wanted all treatments to be continued, including mechanical ventilation and artificial nutrition, she agreed that the patient should have a do-not-resuscitate (DNR) order and receive hospice care and comfort measures. The patient was transferred to a separate institution that provides hospice care for mechanically ventilated patients.

Upon initial evaluation of the patient on the in-patient hospice unit, it was determined that the PEG feeds were not being adequately absorbed (large residual volume of feeds were aspirated from the stomach and feeds were excreted from the tracheostomy site). The feeds were temporarily held pending a family meeting to discuss goals of care and pending a nutritional consult. Upon recommendations from the nutritionist, the feeds were changed, and the volume infused was reduced. However, the patient still did not absorb the feeds, and a large residual volume was

noted. At this point, the feeds were held. The team continued to discuss the possible harms of continued feeds with the patient's daughter, including aspiration, increased secretions, and the lack of benefit to the patient, as the nutrients were not being adequately absorbed. Ms G was distressed by the decision not to continue PEG feeds, as she felt giving artificial feeds was part of routine care; not giving feeds was equivalent to starving her father, and, according to her rabbi, once a life-sustaining therapy is started, it cannot be stopped.

CASE ANALYSIS

Before beginning the ethical analysis, we need to understand the religious beliefs and moral framework that the patient's daughter, Ms G, was trying to articulate.

INTRODUCTION TO HALACHA

Halacha is the term used to describe the collective body of Jewish religious law. It includes biblical, Talmudic, and rabbinic law, as well as customs and traditions. *Halacha* is derived from the Hebrew word "to walk," and may be understood as a guide on one's way through life. Indeed, *halacha* provides the observant Jew guidance in all aspects of religious practice as well as many aspects of day-to-day life, including medical decision making.

The majority of Orthodox Jews accept the Shulchan Aruch (Code of Jewish Law), composed in the sixteenth century by Rabbi Joseph Caro, as the accepted, authoritative, and binding code for the practical application of *halacha*. However, since the publication of the Shulchan Aruch, there have been large political and sociological changes affecting Jewish life, including scientific progress and medical inventions, which have raised complex *halachic* questions.¹ As a result, a *responsa* literature from rabbinical authorities, for example, the Rabbinical Assembly Committee on Jewish Law and Standards, has developed to provide *halachic* answers to these new questions. These rabbis are expected to have a deep understanding of all the *halachic* sources — the Torah, Mishna, Talmud, the

codes, and the Shulchan Aruch — as well as sufficient technical knowledge of the subject in question, whether it be medical, legal, scientific, et cetera. However, it should be noted that there is no final authority or supreme judicial body with the authority to make *halachic* decisions that are binding for all Jews. Thus, which rabbi's decision is accepted is dependent on a variety of factors — clarity of argument, authoritativeness, personal qualities, as well as social and political factors — and has not been formalized.²

JEWISH LAW AND END-OF-LIFE CARE

Judaism is grounded in the concept of the supreme sanctity of human life and the dignity of man created in the image of God.³ The preservation of human life, *pekuach nefesh*, is a divine commandment in Judaism. This concept is derived from several sources. The *halachic* basis for this concept is found in the Torah's commandment, *lo ta'amod al dam rei'ekha*, "You shall not stand idly by the blood of your neighbors" (Leviticus 19:16). The Talmud provides another source in Sanhedrin 73a, which restates this prohibition into a positive *mitzvah*, or commandment. It does this by relating the duty to intervene in life-threatening situations to the commandment in Deuteronomy 22:1 regarding restoration of lost property (*hashavat aveidah*): "every individual, insofar as he is able, is obligated to restore the health of a fellow man no less than he is obligated to restore his property."⁴ Indeed, *pekuach nefesh* takes precedence over almost all other religious obligations and considerations, including keeping the Sabbath.

Is there a limit to *pekuach nefesh*? Are physicians obligated under Jewish law to provide treatment even if the treatment has limited chance for improving survival or if the treatment is associated with pain and suffering? The issue is not whether the therapy is effective, that is, achieves expected physiological ends, but beneficial to the patient, that is, is consistent with the patient's interests, values, and quality of life. There are some

sources in Jewish tradition that argue for considering the patient's best interests as the guiding principle in undertaking a particular therapy. The Talmud, in Avodah Zarah 27b, introduces a discussion regarding "the life of the hour" (*chayei sha'a*), which is thought to be the time a person lives after having been diagnosed with a terminal illness. The discussion concludes that we are "not to be concerned with the life of the hour," that is, we are not required to cure a person who, as far as we know, cannot be cured. In Yoma, a treatise in the Mishnah regarding the divine service on the Day of Atonement, we learn that we should violate the Sabbath to remove debris from a person buried under it in an attempt to try to save the person even if we have little hope he is alive.⁵ Thus, in this case, we do care about "the life of the hour." In Tosafot, a commentary on the Talmud, the authors reconcile these two seemingly contradictory precedents regarding the value of "the life of the hour" and conclude that in every case we act for the patient's benefit. Benjamin Freedman, in his commentary on these sources, wrote, "Excavating a person from the rubble on the Sabbath is to his benefit, hence it is permitted; allowing a person who will otherwise die to risk his life for a chance of a cure is also to his benefit, hence it too is permitted. In other words, in these cases, a patient-centered risk-benefit analysis serves as the basis for determining whether an action is permissible, rather than some other autonomic formula."⁶

In addition, Rabbi Moshe Feinstein, perhaps the most renowned of twentieth century American *halachic* authorities, states that for a patient with pain and suffering who cannot be cured and who cannot live much longer, it is not obligatory for physicians to administer medical therapy to prolong his or her life of pain and suffering; nature may be allowed to take its course.⁷ Therefore, it seems there are limits to the general principle of *pekuach nefesh*. Accordingly, when life-sustaining therapies are being considered, we should take into consideration the patient's subjective assessment of what is beneficial.

According to Jewish law, are we permitted to withdraw life-sustaining treatment in a dying Jewish patient? The patient's daughter argued that, according to her rabbi, once a treatment is started, it cannot be stopped. Is this consistent with Jewish medical ethics? It is interesting that Jewish law sanctions the withdrawal of any impediment that may delay a moribund patient, or *goseis*, from dying. A *goseis*, according to rabbinic references, denotes someone who is imminently dying, that is, within three days or less. Rabbi Moshe Isserles (Ramah) writes: "If there is anything which causes a hindrance to the departure of the soul such as the presence near the patient's house of a knocking noise such as a wood chopping or if there is salt on the patient's tongue; and these hinder the soul's departure then it is permissible to remove them from there because there is no act involved in this at all but only the removal of the impediment."⁸

On the other hand, the Talmud clearly objects to euthanasia, as the *goseis* is regarded as a living person in all respects.⁹ Although we may be justified in removing obstacles that are delaying death, we may not perform any act that may hasten the death of a dying patient. The question then arises, is the withdrawal of artificial nutrition in a dying patient a justified act intended not to prolong his dying, or is it in fact an act that is hastening the patient's death and therefore forbidden?

ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION

An often-cited belief about artificial nutrition and hydration is that it is not a medical therapy, but must always be provided as an example of routine care. Is artificial hydration and nutrition ethically equivalent to other medical therapies, or is there something unique about this intervention that requires a different analysis?

In the palliative care literature, the issue of artificial hydration in end-of-life care is controversial.¹⁰ It is thought that dehydration in the terminal phase may be associated with

delirium and therefore artificial hydration may be of benefit to the dying patient, although this has not been confirmed in randomized, controlled studies. On the other hand, the role of artificial nutrition in a severely demented patient is thought to be of little clinical benefit and may be associated with unnecessary suffering.¹¹ Artificial nutrition's "special status" is present in most contemporary traditional Jewish commentaries. Rosin and Sonnenblick argue that every patient must be fed since "food is a requirement of nature, for all people and even for animals, in order to sustain life."¹² Food is also believed to be necessary for the comfort of the patient, and is associated with strong cultural beliefs, including, but not limited to, its relationship to caring. While most contemporary traditional Jewish commentators claim that food and fluids must always be provided, there are some *halachic* authorities that believe artificial nutrition is no different than any medical treatment.¹³

A CASE OF MEDICAL FUTILITY?

How do we take into consideration the physician's clinical assessment that the intervention is not benefiting the patient and may even be causing harm? As Steven Miles, MD, points out, physicians, even when requested by family members, are not obligated to provide treatments that are "fruitless or inappropriate."¹⁴ While the issue of possible harm is inherent in nearly every medical intervention, the risk-benefit ratio is used to assist physicians in determining which treatments are appropriate in a given clinical scenario. In this case, it is hard to find any medical benefit to the patient, so we are left only with the risks associated with the intervention. Indeed, one may even consider this to be an example of a medically futile treatment.

The question of whether artificial nutrition in this case is actually futile requires pause to consider the multiple definitions of medical futility. Four conceptual types of futility have been identified: physiologic futility (the intervention does not have its intended

physiologic effect), imminent demise futility (the patient will die before discharge regardless of the intervention), lethal condition futility (the patient has an underlying disease that is not compatible with long-term survival, regardless of the intervention, even if the patient could survive to discharge from this hospitalization), and qualitative futility (the resultant quality of life is too poor).¹⁵ Another way of construing qualitative futility is when the treatment "merely preserves permanent unconsciousness or cannot end dependence on intensive medical care."¹⁶ Futile care may also be defined quantitatively, "when physicians conclude (either through personal experience, experiences shared with colleagues, or consideration of reported empiric data) that in the last 100 cases, a medical treatment has been useless."¹⁷ In this case, artificial nutrition was physiologically futile, as the patient was not absorbing the feeds, even at a reduced volume.

Alluding to physiological futility, Rabbi Immanuel Jacobovits in a 1985 lecture at Cedars-Sinai Medical Center in Los Angeles stated, "physicians need feel no compunctions in removing machines or medications that have not affected the hoped-for medical results."¹⁸ Most commentators on Jewish law would agree that physicians are not required to provide ineffective treatments or treatments that lack a reasonable chance of being of benefit to the patient.

ETHICAL ANALYSIS

The first issue to consider is respect for the patient's autonomy. Since the patient is without decision-making capacity as a result of his medical illness, we must rely on surrogate decision makers. Mr. G gave the legal authority to his Orthodox Jewish daughter, Ms G, to make healthcare decisions for him in the event he loses capacity. Can we assume that the surrogate's religious beliefs and practices should form the basis for healthcare decision making? Unfortunately, we do not know whether Mr. G shared his daughter's Orthodox Jewish interpretations of *halacha*, nor do

we know if he would want such interpretations applied to his own medical care. Indeed, we learn that the patient's second daughter, Ms K, does not believe that he should have been kept alive with aggressive treatment and that he would have preferred that all treatments be stopped. Although legally Ms G is the appointed healthcare agent and her input is crucial in guiding her father's end-of-life care, we must distinguish between *legal agency* and *moral agency*. Ms K may, in fact, be acting on behalf of the patient's best interests, while Ms G, the legally appointed healthcare agent, may be articulating her own religious beliefs, as if they were in accordance with her father's wishes. The fact that Mr. G chose Ms G, rather than Ms K, does not allow us to infer that his values are identical to his religious daughter; indeed he may have chosen her based on other considerations, including proximity and personal affinity. Finally, we must ask how much of Ms G's insistence on continuing the feeds is a reflection of her religious commitments and how much is a reflection of her own misconceptions about "starvation," cultural or familial beliefs about feeding, or other psychological factors that impact end-of-life decision making. A family meeting to assess not only the daughters' understanding of their father's wishes, but for the healthcare providers to better understand the daughters' differences and to help them cope with their loss is clearly indicated. In this way, we may actualize what Carol Gilligan describes as the "care orientation," which more readily leads to a model of shared decision making, emphasizing response and relationship, rather than rules and rights.¹⁹

By extending Gilligan's observation, we may argue that our obsessive focus on preserving the patient's autonomy is not sufficient for arriving at ethically appropriate decisions involving healthcare agents. There are, as Nancy Dubler points out, obligations to the proxy.²⁰ The healthcare team is obligated to consider the proxy's welfare and provide support and guidance. This is especially true when the decisions are a matter of life and

death, and the proxy primarily shoulders the burden. Moreover, John Arras has argued that patients with severe neurological injuries (for example, persistent vegetative state — PVS) seemingly have "no interests," and that a shift in focus to the interests of the family and surviving loved ones should become paramount.²¹ Thus, our obligation to Ms G, both as a proxy and as the patient's daughter, would have us consider her moral struggle and well-being, given her father's grave condition. We could certainly reframe the ethical dilemma, by focusing on Ms G's *duty* to honor her father and uphold Orthodox *halachic* principles that involve respecting the sanctity of human life, while at the same time considering the medical opinion that artificial nutrition be withheld, given its lack of benefit and risk of harm.

In attempting to reconcile this ethical dilemma, we could examine Ms G's conclusion about what she believes is acceptable under Jewish law, namely that artificial nutrition must be provided and to not do so is effectively starving her father and forbidden. One might argue that in fact Mr. G was actively dying and his nutritional support was prolonging his death. According to Jewish law regarding a *goseis*, all impediments that prolong death should be removed. If even the knocking noise of a woodchopper outside is believed to prevent the soul from departing, perhaps continuous feeds into a gastrostomy tube could be thought to have the same effect. Aside from the technical challenge of accurate prognostication of death within three days, the assumption that the feeds were "preventing death" under Jewish law is merely speculative, although consistent with previous examples of impediments to death as cited earlier.

A more compelling argument is whether under Jewish law the feeds could be discontinued since they were providing no medical benefit and appeared to be causing harm (for example, excessive secretions, aspirations). The proposed withholding of artificial nutrition turns on it being considered a medical

therapy versus routine care that should always be provided. According to one *halachic* analysis, if artificial nutrition is considered a medical therapy, and that medical therapy provides no benefit and is in fact causing suffering, the terminally ill patient is not obligated to receive it.²²

CONCLUSION

We began the analysis with a query as to whether autonomy is truly respected in this case. The difficulty in answering this question may be due to the fact that the patient's belief system and values, which would likely guide his end-of-life decision making, are not clearly known, nor are they stated in an advance directive. However, we do have a legally appointed healthcare proxy, his Orthodox Jewish daughter, Ms G. Her struggle with making end-of-life care decisions for her father is apparent. She is obligated to both act on behalf of his best interests and abide by Jewish law, which is based on centuries of rabbinical interpretations. In view of the difficult decision she was asked to make, and in part by our duty to help guide her as proxy, it seemed necessary to involve a third participant — the rabbi — "to give halachic guidance and pastoral support to the patient and physician in their critical decision-making process, and to bring to bear the external values of the Jewish tradition."²³

After discussing the case with two rabbis from the hospital (both of whom supported the clinical assessment and plan on the grounds that the artificial nutrition was no longer benefiting this dying patient), and after further discussion with Ms G, the medical team decided to temporarily hold the feeds and contact her community rabbi to help facilitate a consensus among the medical team and the patient's daughter. Unfortunately, since this was attempted on Friday morning, as the Jewish Sabbath was approaching, we were unable to schedule a meeting with Ms G's rabbi. The feeds were held over the weekend, and the patient expired the following day.

ACKNOWLEDGMENTS

I would like to thank Nancy Dubler, Shimon Glick, and Stuart S. Siegel for their insightful comments and critical readings of an earlier draft of this article.

MASKING OF THE CASE

The case presented in this article has been changed to protect the identity of the patient and the patient's family members. The names of the patient and family members have not been used; instead, random letters have been used to designate family members. Other details have also been modified to protect their identity.

NOTES

1. D. Bollag, "Jewish Religious Law," in *Jewish Ethics and the Care of End-of-Life Patients*, ed. J. Hurwitz, J. Picard, and A. Steinberg (Jersey City, N.J.: KTAV Publishing House, 2006), 13-30.
2. Ibid.
3. F. Rosner, "Jewish Medical Ethics," *The Journal of Clinical Ethics* 6, no. 3 (Fall 1995): 202-17.
4. J.D. Bleich, *Contemporary Halakhic Problems*, vol. 4 of the Library of Jewish Law & Ethics (New York: KTAV, 1977), 95; J.H. Prouser, "Hesed or Hiyuv? The Obligation to Preserve Life and the Question of Postmortem Organ Donation," in *Life & Death Responsibilities in Jewish Biomedical Ethics*, ed. A.L. Mackler (New York: Louis Finkelstein Institute, 2000), 446-70.
5. E.N. Dorff, "End-Stage Medical Care: Halakhic Concepts and Values," in *Life & Death Responsibilities in Jewish Biomedical Ethics*, see note 4 above, pp. 309-37.
6. B. Freedman, *Duty and Healing: Foundation of a Jewish Bioethic* (New York: Routledge, 1999), 274.
7. M. Feinstein, Responsa Igrot Moshe, Choshen Mishpat, part 2, no. 73-75, in Rosner, "Jewish Medical Ethics," see note 3 above.

8. M. Isserles, Gloss of Ramah on Karo's Shulchan Aruch, Yoreh Deah, no. 339:1, in Rosner, "Jewish Medical Ethics," see note 3 above.
9. See the Babylonian Talmud, Semachot 1:1-3 and Shabbat 151b.
10. R. Fainsinger and E. Bruera, "The management of dehydration in terminally ill patients," *Journal of Palliative Care* 10, no. 3 (1994): 55-9; R. Fainsinger et al., "The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients," *Journal of Pain and Symptom Management* 9 (1994): 298-302.
11. T.E. Finucane, C. Christman, and K. Travis, "Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence," *Journal of the American Medical Association* 282, no. 14 (1999): 1365-70.
12. A. Rosin and M. Sonnenblick, "Autonomy and paternalism in geriatric medicine. The Jewish ethical approach to issues of feeding terminally ill patients and to cardiopulmonary resuscitation," *Journal of Medical Ethics* 24 (1998): 44-8.
13. Z. Shostak, "Jewish ethical guidelines for resuscitation and artificial nutrition and hydration of the dying elderly," *Journal of Medical Ethics* 20 (1994): 93-100.
14. S. Miles, "Informed demand for 'non-beneficial' medical treatment," *New England Journal of Medicine* 325, no. 7 (1991): 512-5.
15. B.A. Brody and A. Halevy, "Is futility a futile concept?" *Journal of Medicine and Philosophy* 20 (1995): 123-44.
16. L.J. Schneiderman, K. Faber-Langendoen, and N.S. Jecker, "Beyond futility to an ethic of care," *American Journal of Medicine* 96 (1994): 110-4.
17. Ibid.
18. Dorff, "End-Stage Medical Care," see note 5 above; also see I. Jakobovits, *Jewish Medical Ethics* (New York: Bloch, 1959, 1975).
19. C. Gilligan et al., ed., *Mapping the Moral Domain* (Cambridge: Harvard University Press, 1988).
20. N.N. Dubler, "The Doctor-Proxy Relationship: The Neglected Connection," *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5, no. 4 (1995): 289-306.
21. J.D. Arras, "Beyond Cruzan: individual rights, family autonomy and the persistent vegetative state," *Journal of the American Geriatrics Society* 39, no. 10 (1991): 1018-24; J.D. Arras, "The severely demented, minimally functional patient: an ethical analysis," *Journal of the American Geriatrics Society* 36, no. 10 (1988): 938-44.
22. M.R. Gillick, "Artificial nutrition and hydration in the patient with advanced dementia: is withholding treatment compatible with traditional Judaism?" *Journal of Medical Ethics* 27 (2001): 12-15.
23. S. Glick, "Who decides — the patient, the physician or the rabbi?" *ASSIA — Jewish Medical Ethics* 6, no. 2 (2004): 20-30.

The Critical Role of Religion: Caring for the Dying Patient from an Orthodox Jewish Perspective

John Loike, Ph.D.,¹ Muriel Gillick, M.D.,² Stephan Mayer, M.D.,³ Kenneth Prager, M.D.,⁴
Jeremy R. Simon, M.D., Ph.D.,⁵ Avraham Steinberg, M.D.,⁶ Moshe D. Tendler, Ph.D.,⁷
Mordechai Willig, M.S.,⁸ and Ruth L. Fischbach, Ph.D., M.P.E.¹

Abstract

Background and objective: Culturally competent medical care for the dying patient by families and health care professionals is a challenging task especially when religious values, practices, and beliefs influence treatment decisions for patients at the end of life. This article describes end-of-life guidelines for hospital health care professionals caring for Orthodox Jewish patients and their families. Religious perspectives on advance directives, comfort care and pain control, nutrition and hydration, do not resuscitate/do not intubate (DNR/DNI), and extubation are often unfamiliar to the American medical community.

Design: The guidelines for the care of the dying Orthodox Jewish patient were mutually agreed upon by the authors, recognized authorities in medicine, ethics, and Jewish law, who presented their perspectives during a 1-day symposium and who participated in an active working-group session.

Conclusions: Care of the religious patient close to death is enormously complex especially when balancing religious obligations, the role of the rabbi, medical procedures, and personal preferences. These guidelines address from a religious perspective profound issues such as the definition of death, organ donation, and caring for the patient at life's end. The guidelines can be useful for any hospital that serves an Orthodox Jewish population.

Introduction

CULTURALLY COMPETENT MEDICAL CARE for an increasingly culturally diverse population requires awareness of the importance of religion and ethnicity in the care of hospitalized patients at the end of life.¹ Medical care in large metropolitan cities guarantees encounters with patients representing diverse religious and ethnic groups. Many of these groups hold values, beliefs, and practices unfamiliar to the American medical community. This may result in misunderstandings and tensions between patients, their families, primary physicians, clergy, and other health care professionals.^{2,3}

This article provides as clinical ethics guidelines for the care of the dying Orthodox patient. These guidelines were prepared by experts who represent the fields of medicine, palli-

ative care, bioethics, geriatrics, and Jewish law. They seek to inform readers about the views of Orthodox patients to help physicians and other health care professionals provide culturally appropriate care for their patients.

Orthodox Jews are among the religious groups frequently encountered in New York City, Miami, Chicago, Boston, and Los Angeles. Nationally, Orthodox Jews represent 10% of all Jews in America. Of the total Jewish population, 20% of the under 18-year age group are Orthodox.⁴ There is a diversity of perspectives among Jews regarding end-of-life care and what distinguishes Orthodox Jews from Reform, Conservative, and Reconstructionist Jews is their strict adherence to *Halakha* (Jewish law).

In adhering to Jewish law, Orthodox Jews may make medical decisions that differ from those made by other patient groups.⁵⁻⁷ Differences in how to care for dying Orthodox

¹Center for Bioethics, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, New York.

²Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

³Department of Neurology and Neurological Intensive Care Unit, ⁴Department of Medicine, ⁵Department of Medicine-Emergency Medicine, Columbia University Medical Center, New York Presbyterian Hospital, New York, New York.

⁶Department of Pediatrics, Shaare Zedek Medical Center, Center for Medical Ethics, Jerusalem, ⁷Department of Biology, ⁸Department of Rabbinics, Rabbi Isaac Elchanan Theological Seminary, Yeshiva University, New York, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, New York.

Accepted June 9, 2010.

Jewish patients generate profound ethical challenges for health care professionals and the hospital's Ethics Committee. The definition of death as cessation of brainstem function versus cardiac function (as discussed below) is one area where there are divergent views.

In this article we explain several underlying Orthodox religious beliefs and principles that impact end-of-life decisions. We believe the consensus guidelines we present are applicable to any hospital in the world that serves an Orthodox Jewish population. The guidelines underscore both the need for clergy of all faiths to exchange views and ideas with physicians and other health care professionals and for other hospitals to develop their own unique guidelines for the care of the dying patient from varied cultures.

Guidelines

The role of the rabbi

There are two guiding principles in Jewish law as they apply to end-of-life care. The first is that life is of utmost value.^{5,6,8-11} The second is that dying is a natural part of life's journey that should be addressed with dignity and compassion. While there is agreement on these principles, there is often debate about the practical implementation of Jewish law to end-of-life care. Especially difficult topics that should be addressed relate to the value of life versus the quality and quantity of life, autonomy versus paternalism, and how to manage pain and nutrition for the dying patient. Consequently, it is advisable for Orthodox patients and their families to be asked if they would wish to consult with a rabbi of their choice as early as possible in the care of the critically ill patient.

In addition to offering pastoral counseling during a difficult time, the family's rabbi is the authority to whom they can turn to determine what *Halakha* requires of them at the end of life. Once a rabbi has been chosen by the family or patient, the health care professional should invite the rabbi, with the family's permission, to visit the patient and meet with the attending physician. In this way, both the family and rabbi will have the opportunity to ask appropriate and timely questions and express to the physician whatever concerns they may have.¹²

Misunderstandings of the patient's medical condition and proposed treatment can arise if family members alone present the rabbi with the clinical situation. Since each patient and medical situation is unique, direct dialogue between the patient (if possible), the family, the rabbi, and the primary physician fosters a better understanding of the range of possible medical interventions within Jewish law that would be appropriate and permissible for that particular patient.

In general, decisions and actions by physicians or other health care professionals that may directly or indirectly shorten life are forbidden. Yet, when death is near, many rabbis recognize that the increased suffering which often accompanies terminal illness must be taken into consideration. According to Jewish law, these decisions will guide which and how much medical intervention should be undertaken to prolong life.

One major philosophical/ethical difference between secular and *Halakhic* practice is that U.S. law promotes and even relies on autonomy of the patient and family in making medical decisions regarding the dying patient (with varia-

tions in different countries and cultures). Such decisions may include withdrawing life-support treatments, withholding nutrition and hydration, and in some instances allowing active euthanasia or physician-assisted suicide. Rabbis who follow *Halakha*, however, view patient and family autonomy as more limited, especially related to issues involving withdrawing life support systems.

Within *Halakha*, there are several basic guidelines related to dying patients that distinguish between:

1. Acts of omission and acts of commission;
2. Treatments pertaining to the dying process (or illness) and treatments unrelated directly to the dying process;
3. Treatments that are continuous in nature in which withdrawing of such treatments is considered an act of commission and treatments that are cyclic in nature in which the withholding of the next cycle of treatment is considered an act of omission; and
4. Patients expected to die within 6 months and those patients with less serious medical conditions.^{6,10,11}

Jewish patients who adhere to *Halakha*, or family members caring for the dying patient, do not have the authority to insist on the withdrawal of a ventilator which is an act of commission that hastens death. Likewise, they cannot ask that artificial nutrition and hydration be withheld from patients who are unable to eat or drink because withholding a basic sustenance, needed for every living person, is an act of omission that will lead to death.

Advance directives

Orthodox Jewish patients should be encouraged by their physicians and rabbis to appoint a health care agent who is familiar with the patient's values and/or to create a living will so that the patient's religious values and choices will be honored and carried out. The health care agent can request, when the patient lacks decisional capacity, directives such as withholding dialysis or chemotherapy for the dying patient, provided that the patient's rabbi is involved in the decision-making process and concurs.

Comfort care and pain control

Pain management is a critical issue from both medical and religious perspectives. Various classes of medication are available for pain management, including benzodiazepines, neuroleptics, and opioids. Although some rabbis have expressed concern that opioids used for terminal illnesses may shorten life, there is general agreement among rabbinic authorities that appropriate pain control is acceptable and indeed required. It is important to communicate to those making decisions regarding pain management that current medical data suggest that judicious use of opioids does not usually shorten the life of terminally ill patients.¹³ Health care professionals can offer patients and families choices for pain control:

1. Sentient patients may choose to receive adequate medication to keep them as comfortable as possible while retaining the ability to communicate with their family.
2. Medication may be chosen for maximum comfort even if it renders the patient less responsive.

Nutrition and hydration

According to virtually all rabbinic authorities who follow *Halakha*, food, water, and oxygen are considered essential components of life that must be offered to the patient. The insertion of a nasogastric feeding tube or a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube is considered by many authorities, under certain circumstances, to be indispensable in providing food and water to the dying patient. This view differs from many medical authorities and laws established by individual states that do not subscribe to these aggressive measures.^{6,14–16} If a feeding tube is refused by a competent terminally ill patient, some authoritative rabbis prohibit coercive methods such as tying down the patient's hands to prevent him or her from pulling out the tube. The patient should be encouraged by family and caregivers to accept the feeding tube. If the patient is competent and expresses clear opposition to a feeding tube, however, this choice should be respected. It is often sufficient to offer the patient food by hand feeding. According to this perspective, as long as the patient is eating something, caregivers have satisfied their religious obligation to provide the patient with nourishment even if the required daily caloric intake is not met.

Patients nearing the end of life often lose interest in eating or have difficulty swallowing, which can lead to choking and aspiration. In such cases, it is sufficient to make patients comfortable by using menthol swabs or ice chips.¹⁶ When the decision is made to discontinue artificial nutrition and hydration, the focus of communication should be on "what will be done to demonstrate respect for the patient, rather than on emphasizing what will be withdrawn or withheld."^{14,17}

DNR, DNI, and extubation

Most *Halakhic* authorities only permit a do-not-resuscitate (DNR) order for forgoing chest compressions and electronic defibrillation in cardiac arrest. Since these situations are complex and comfort care must be provided at all times, it is best to encourage the family to consult with their rabbi. For example, if a patient has an acute event, such as pneumonia, on top of an underlying terminal illness, the rabbi should be consulted to determine if intubation is required until antibiotic therapy becomes effective. If artificial respiration (intubation) is chosen to be withheld, in accordance with the ruling of a *Halakhic* authority, oxygen supplementation and/or a noninvasive positive pressure airway device should still be provided to alleviate discomfort.

Rabbinic authorities generally agree that terminal extubation is prohibited as this would be an act of commission that hastens death. Yet, this does not mean that a patient, once intubated, must receive full life-sustaining care. For the patient close to death, many rabbis will permit the cessation of monitoring vital signs, blood draws, etc., as well as adjustments of the parameters of the respirator. Similarly, an implanted cardiac defibrillator should be deactivated in patients near death. In this situation, while mechanical ventilation remains in place, comfort care measures can be introduced even though no additional efforts are made to prolong the patient's life. Also, many *Halakhic* authorities distinguish between a continuous form of life-sustaining treatment such as a ventilator or cardiac pacemaker, and an intermittent form of treatment such as dialysis or chemotherapy. As stated earlier, discontinuation of the former

(continuous form) is forbidden as it is seen as withdrawing life-support and actively hastening death, whereas in the latter intermittent form of treatment, each new cycle of treatment requires a new decision to either withhold or provide the treatment.

Determining death

Prior to 1968, death had been medically defined as the irreversible cessation of cardiac function. In 1968, however, a Harvard Medical School *ad hoc* committee redefined death as the irreversible cessation of all brain functions including the brainstem. In accepting the Harvard criteria, the patient must be unresponsive even to painful stimuli, show no movement, show no spontaneous breathing, and demonstrate no brainstem reflexes. Nationally as well as internationally, these criteria are recognized as the legal definition of death. The Orthodox rabbinic community is divided on whether to accept brainstem death as indicia of death. Leading Orthodox rabbinic authorities^{18–20} accept the Harvard criteria of brain death, provided the diagnosis is confirmed by objective tests, e.g., transcranial Doppler (TCD) showing no blood flow to the brain, or nuclear perfusion imaging studies showing absence of perfusion of the entire brain. There remain other leading Orthodox rabbinic leaders who only accept cardiopulmonary death and thus, even if sustained artificially, the patient is considered alive.^{20,21} Lack of consensus on the definition of death among the Orthodox Jewish community and other religious groups, in part prompted a couple of states, such as New York and New Jersey, to require that hospitals make accommodations for people who do not subscribe, for religious reasons, to the legally accepted brainstem definition of death.

The hospital Ethics Committee can help families and physicians determine what these reasonable accommodations should be. Indeed, it is understandably difficult for families to accept that their loved one is legally dead when they see the person with a beating heart, warm to the touch, and with metabolic activity.

Care of the patient near death

In the Orthodox Jewish tradition, it is a sacred privilege to be present when someone passes from life into death. *Halakhic* literature speaks about *goses*, a patient who is imminently dying. While a *goses* should not be left alone, Jewish law forbids one to take any action that would hasten or impede death of the *goses*.¹¹ Thus, health care professionals should be respectful of that privilege and try to advise the family when they believe death is imminent so loved ones can be at the bedside at the time of death.

Organ donation

The scarcity of human organs is a critical medical issue in the United States and indeed around the world. At the time that a patient has been medically declared brain dead, a member of the organ procurement organization is often available to approach families or next of kin to discuss the possibility of organ and tissue donation. While this is a difficult time for loved ones, still it may be helpful to remind the family of the importance of saving a life, which is a strongly held value in Jewish law.

Two major issues with organ donation confront the Orthodox community and must be resolved in order to support organ donation.²²⁻²⁴

Because in the United States brain death defines legal death, it is permissible to remove vital organs for donation from patients who have been carefully evaluated and are diagnosed as brain dead. For Orthodox Jews who only accept cardiac-pulmonary death and do not accept that brain-dead patients are in fact dead, it would be Halakhically unacceptable to remove any vital organ including the patient's heart, lung, and pancreas, even to save another person's life.

For other Orthodox Jews and organizations such as the *Halakha* Organ Donor Society (www.HODS.org) who believe death is the irreversible cessation of respiration confirmed by total lack of brainstem function, donation of vital organs is encouraged as a meritorious act. It is critical, however, that the consulting rabbi, physician, and family members agree on the details of if, how, and when the organs should be removed.

The second issue in the Orthodox tradition involves a widespread belief that a human body should be buried with all of its parts. Although this is absolutely true according to Jewish law, this requirement does not apply to organs being transplanted into another living person. The reason is that the prohibition of burial without all of one's organs is outweighed by the benefit of saving a life through a donation of any vital organ.

Families of the dying patient for whom further therapeutic efforts are no longer considered, should be encouraged to consult with their rabbis concerning organ donation.

After death of the patient

Jewish law encourages rapid burial of the deceased. There is also an urgency for death certificate completion. Therefore, after the patient has died, health care professionals should immediately inform the family and encourage them to contact a Jewish burial committee known as the *Chevra Kadisha*.²⁵ All communities that serve Orthodox Jewish families have a *Chevra Kadisha* associated with a hospital, whose members ensure that the bodies of religious Jews are prepared for burial according to *Halakha*. The *Chevra Kadisha* will respectfully cover the body, remove the IV or other tubes from the body, transfer, and prepare the deceased for burial. On the Jewish Sabbath and Jewish holidays, however, removing the body may present a religious obstacle and the deceased may have to remain in the hospital morgue until the Sabbath or holiday is concluded. If the *Chevra Kadisha* cannot arrive due to the Sabbath or Jewish holidays, they or the family's rabbi will send a *shomer*, or religious guardian, who will stay with the body (or sit outside the hospital morgue) until the deceased is removed from the hospital.

Conclusions

Jewish *Halakhic* values and practices are not always in accord with the secular values and practices of medical centers. The guidelines presented here highlight areas where variation in beliefs, values, and practices are particularly relevant to the care of the dying Orthodox Jewish patient. Designed to help health care professionals develop attentive and individualized plans of care for each patient, these guidelines emphasize that each Orthodox Jewish patient and family should make its own decisions regarding what *Halakha* requires. When Or-

thodox patients and/or their families request care or medical interventions with which the medical team is uncomfortable, an effort should be made to contact the family's rabbi to be confident that all parties understand the requirements of *Halakha*.

Enhancing the capacity of health care professionals to better respect, guide, help, and comfort the religious patient and the family at life's end is a critical component of providing comprehensive patient care. Respecting the religious and cultural values of the patient, in addition, is not only a Jewish concern but is a generic concern at a hospital where there are patients of diverse traditions.

Author Disclosure Statement

No competing financial interests exist.

References

1. Mitchell BL, Mitchell LC: Review of the literature on cultural competence and end-of-life treatment decisions: The role of the hospitalist. *J Natl Med Assoc* 2009;10:920-926.
2. Byrne M: Spirituality in palliative care: What language do we need? Learning from pastoral care. *Int J Palliat Nurs* 2007;13:118-124.
3. Chang MK, Harden JT: Meeting the challenge of the new millennium: Caring for culturally diverse patients. *Urol Nurs* 2002;22:372-376, 390; quiz 377.
4. Heilman S: *Sliding to the Right: The Contest for the Future of American Jewish Orthodoxy*. Berkeley: University of California Press, 2006.
5. Jotkowitz A: End-of-life treatment decisions: the opportunity to care. *Am J Bioeth* 2009;9:59-60.
6. Steinberg A: The terminally ill-secular and Jewish ethical aspects. *Isr J Med Sci* 1994;30:130-135.
7. Steinberg A: Ethics, Jewish. In: *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*. Vol. 2. Jerusalem-New York: Feldheim, 2003, p. 380.
8. Jakobovits I: Death and the dying—Treating the hopeless patient. *Isr J Med Sci* 1996;32:600-601.
9. Kinzbrunner BM: Jewish medical ethics and end-of-life care. *J Palliat Med* 2004;7:558-573.
10. Schostak Z: Ethical guidelines for treatment of the dying elderly. *J Halacha Contemporary Soc* 1991;22:62-86.
11. Steinberg A: Terminally ill. In: *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*. Vol. 3. 2003c, Jerusalem-New York: Feldheim, 2003, p. 0146.
12. Groopman J: God at the bedside. *N Engl J Med* 2004;350:1176-1178.
13. Mularski RA, Puntillo K, Varkey B, Erstad BL, Grap ML, Gilbert HC, Li D, Medina J, Pasero C, Sessler CN: Pain management within the palliative and end-of-life care experience in the ICU. *Chest* 2009;135:1360-1369.
14. Gillick MR: Artificial nutrition and hydration in the patient with advanced dementia: is withholding treatment compatible with traditional Judaism? *J Med Ethics* 2001;27:12-15.
15. Schostak RZ: Jewish ethical guidelines for resuscitation and artificial nutrition and hydration of the dying elderly. *J Med Ethics* 1994;20:93-100.
16. Steinberg A: The use of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in demented patients: A Halachic view. *J Jew Med Ethics Halacha* 2009;7:41-42.
17. Gillick MR: A broader role for advance medical planning. *Ann Intern Med* 1995;123:621-624.
18. Feinstein MT: *Responsa of Rav Moshe Feinstein Vol 1: Care of Critically Ill*. New York: Ktav Publication, 1996.

CRITICAL ROLE OF RELIGION

1271

19. Rosner FT: Definition of death in Judaism. *J Halacha Contemporary Soc* 1989;17:14–31.
20. Steinberg A: Moment of death. In: *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*, Vol. 2. Jerusalem-New York: Feldheim, 2003. p. 695.
21. Bleich J: *Time of Death in Jewish Law*. New York: Z. Berman, 1991.
22. Rappaport ZH, Rappaport IT: Principles and concepts of brain death and organ donation: The Jewish perspective. *Acta Neurochir Suppl* 1999;74:61–63.
23. Tendler MD: The Judeo-Biblical perspective on organ donation: You shall choose life. *UNOS Update* 2002:19.
24. Kunin JD: The search for organs: Halachic perspectives on altruistic giving and the selling of organs. *J Med Ethics* 2005;31:269–272.
25. Stein J: A piece of my mind. The holy society. *JAMA* 1998; 280:654.

Address correspondence to:
Ruth L. Fischbach, Ph.D., M.P.E.
Center for Bioethics
College of Physicians and Surgeons
Columbia University
630 West 168th Street
Box 161
New York, NY 10032

E-mail: rf416@columbia.edu

Jewish Medical Ethics and End-of-Life Care

BARRY M. KINZBRUNNER, M.D.

ABSTRACT

While Judaism espouses the infinite value of human life, Judaism recognizes that all life is finite and, as such, its teachings are compatible with the principles of palliative medicine and end-of-life care as they are currently practiced. Jewish medical ethics as derived from Jewish law, has definitions for the four cardinal values of secular medical ethics: autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice, with the major difference between Jewish law and secular medical ethics being that orthodox or traditional Jews are perceived to limit their autonomy by choosing, with the assistance and advice of their rabbis, to follow God's law as defined by the Bible and post-Biblical sources. With an understanding of Jewish medical ethics as defined by Jewish law, various issues pertaining to the care of Jewish patients who are near the end-of-life can be better understood. Jewish tradition contains within its textual sources the concept of terminal illness. The shortening of life through suicide, assisted suicide, or euthanasia is categorically forbidden. For patients who are terminally ill, treatments that are not potentially curative may be refused, especially when harm may result. Under certain circumstances, treatments may be withheld, but active treatment already started may not usually be withdrawn. While patients should generally not be lied to regarding their conditions, withholding information or even providing false information may be appropriate when it is felt that the truth will cause significant harm. Pain and suffering must be treated aggressively, even if there is an indirect risk of unintentionally shortening life. Finally, patients may execute advance directives, providing that the patient's rabbi is involved in the process.

To everything there is a season and time to every purpose under heaven, a time to be born and a time to die. . . .^a

THESE FAMOUS WORDS, found in the Biblical book of Ecclesiastes (3:1–2), generally attributed to the authorship of King Solomon, suggests that Judaism understands that for everyone, death is an inevitable outcome. Yet, based on the Biblical verse “ . . . I have placed life and death before you, blessing and curse; and you shall choose life, so that you will live. . . .” (Deuteronomy 30:19), Judaism espouses the infinite value of life, and it is taught that preservation of life, even for a moment, is important enough to violate the Holy Sabbath (Babylonian Talmud Yoma

83a).^b From this, one might surmise that, despite recognizing the inevitability of death, Judaism

^aThis and all subsequent Biblical translations are taken from *The Tanach*. Art Scroll Series, the Stone edition. Brooklyn, Mesorah Publications, 1996.

^bThe fourth of the Ten Commandments mandates that Jews “Remember the Sabbath day to keep it holy,” which includes prohibiting Jews from many different types of work-related and weekday-related activities. Without getting into the technical nature of how these activities are identified and derived, among the activities that are prohibited include cooking, actively using electricity, driving an automobile, and writing. All this changes when someone's life is at stake, a situation known in Hebrew as *pikuach nefesh*. Under the laws of *pikuach nefesh*, one is permitted, and in fact mandated, to violate the Sabbath in order to save a life. This is true even in a case where it is possible but uncertain that a life is a risk, and even if the life will only be saved for a short period of time, which would apply to patients near the end of life, the subject of this paper (Babylonian Talmud Yoma 85a-b, Rabbi Joseph Karo, Shulchan Aruch Yoreh Deah 328:2 and commentaries).

would support using all means possible to maintain life as long as possible irrespective of the patient's prognosis and level of pain and suffering, which is incompatible with the modern definitions of palliative care at the end-of-life. However, as will be demonstrated throughout this paper, Jewish law is compatible with the principles of palliative medicine and end-of-life care as they are currently practiced.

That this is so is, perhaps, best demonstrated, as most issues in Judaism are, by looking at the Bible and its many commentaries. How did man die in Biblical times? From the time of creation until the death of Jacob at the end of the book of Genesis, the Bible is nondescript about death. From the death of Adam to the death of Abraham's father Terach, the Bible simply provides the person's age, states that he had offspring, and that he died. The deaths of Abraham and his sons Isaac and Ishamel are only covered in slightly more detail, with the Bible stating that each one "died and was gathered to his people (Genesis 25:8, 25:17, 35:29)." According to an ancient commentary known as *Pirkei DeRebbi Eliezar* (Chapter 52) there was no illness before death. When one's time came to die, one sneezed, and the soul would exit through the nostrils.^c

The Biblical account of Jacob's death, unlike that of his forefathers, occupies more than four chapters at the end of the book of Genesis. Jacob becomes ill, Joseph is summoned and brings his two sons so they can receive blessings from their grandfather. As Jacob's illness worsens, all his son's are summoned to his bedside, where he blesses and instructs them, and then asks to be buried in the Cave of Machpelah in Hebron alongside his parents (Isaac and Rebecca), his grandparents (Abraham and Sarah), and his wife Leah (Genesis 47:28–49:32). "When Jacob finished instructing his sons, he drew his feet onto the bed; he expired and was gathered to his people" (Genesis 49:33). According to several texts, Jacob had asked God to create illness before death so that one's children could be at the bedside prior to one's final moments, and so that one could bless and instruct one's children before passing on (Babylonian Talmud Bava Metzia 87a, Sanhedrin 107b, Midrash Rabbah Genesis 65:9, *Pirkei D'Rebbi Eliezer* 52).

^cAccording to *Pirkei DeRebbi Eliezar*, when a person heard someone sneeze, he would respond "life." This is the origin of the custom to say "God bless you" or a similar phrase when someone sneezes.

In essence, what Jacob experienced was the first "hospice" death in recorded history. When he became terminally ill, there were no unnecessary medical interventions. Jacob was surrounded by his loved ones, had the opportunity for blessing and instructing his children, following which he died peacefully.

There was one challenge regarding Jacob's request for illness prior to death: no one ever recovered from such an illness, at least not until the time of King Hezekiah of the Kingdom of Judah.^d King Hezekiah became "deathly ill" (Kings 2, 20:1) and the prophet Isaiah was sent by God to inform King Hezekiah that he would die. Hezekiah prayed to God, and God sent Isaiah back to Hezekiah to inform him that he was adding 15 years to his life (Kings 2 20:1–6). When Hezekiah prayed to God, he asked Him to change the nature of illness from always signifying that death was imminent, to allowing for the possibility of recovery. Hezekiah reasoned that if one had the hope of recovery, one would "fully repent" (Midrash Rabbah Genesis 65:9, *Pirkei D'Rebbi Eliezer* 52).

What King Hezekiah had done was add to Jacob's earlier request by introducing hope into the equation of illness. Moreover, it is this combination, hope in the face of terminal illness, which is central to the Jewish concept of care near the end of life. Likewise, these same principles lie at the core of hospice and palliative medicine as it is practiced today in the United States and throughout the world.

PRINCIPLES OF JEWISH MEDICAL ETHICS

Prior to delving into how Jewish medical ethics addresses various issues pertaining to end-of-life care, it is important to understand how the basic principles of Jewish Medical Ethics are derived. Judaism is a religion based on God's law, referred to in Hebrew as *halacha*. The foundations of *halacha* are based on the 613 *mitzvot*, translated for this purpose as commandments or precepts, that are delineated in the Torah (which are also known as the five Books of Moses or *Chumash* in Hebrew, and constitute the first 5 books of the Jewish Bible

^dAccording to the accounts in the Babylonian Talmud Bava Metzia 87a and Sanhedrin 107b, the change in the nature of illness occurred during the time of the prophet Elisha.

and the Christian Old Testament). Further understanding of how the *mitzvot*, 248 of which are positive (things that a Jewish person should or must do) and 365 of which are negative (things that a Jewish person should or must not do), are to be practiced have been derived over time in small part from the remaining 24 books of the Jewish Bible and to a much larger degree from the "Oral Law," believed to have been given to Moses by God along with the written *Torah* and then passed down from generation to generation, until being recorded in the second century of the Common Era in the form of the *Mishnah* and, about two centuries later, in its major commentary, the *Talmud*. Over the centuries, rabbis have utilized these major texts as well as the myriad of commentaries written on them to address various questions and problems related to the practice of Judaism and the *halacha*. They have done so by the analytic method of casuistry, in which case examples from the biblical, Mishnaic, and/or Talmudic texts, as well as the commentaries to those texts, are compared to the circumstances surrounding the question or problem at hand.

It is through this method that one can derive *halachic* equivalents for the four cardinal values of secular medical ethics, to which the term Jewish medical ethics may be applied: autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice.^{1,2} The definitions of each of the values from a secular and Jewish viewpoint are contrasted in Table 1, and from the *halachic*, or Jewish legal, point of view, are discussed below.

Autonomy

Jewish law recognizes freedom of choice, as it says in the book *Ethics of the Fathers*: "Everything is foreseen, but the freedom of choice is given" (3:19). However, while God has granted Jewish people with freedom of choice, "(o)bservant Jews abdicate their personal and individual wishes and . . . conduct themselves according to what is right or wrong in Jewish legal-moral terms."² In other words, while Jews recognize and espouse autonomy as an ethical principle, they voluntarily limit their autonomy by using their freedom of choice to make decisions that are consistent with God's law.

TABLE 1. JEWISH MEDICAL ETHICS: DEFINITIONS

Value	Secular Medical Ethics	Jewish Medical Ethics
Autonomy	The patient's right to choose among available alternatives.	Autonomy is voluntary limited to being consistent with Jewish law.
	Autonomy in health care today is determinative and the dominant ethical value.	Traditional Jews will look to their rabbi to ensure that their decision-making is consistent with Jewish law.
Beneficence	Physicians provide care that is of benefit to the patient.	Physicians are obligated to heal and benefit patients.
		Patients are obligated to seek beneficial treatment.
Nonmaleficence	Physicians avoid providing care that is harmful.	Physicians avoid providing care that is harmful.
	This principle is considered secondary to beneficence and not always adhered to since many beneficial treatments may also cause harm.	Individuals also have a specific obligation to care properly for their bodies and avoid exposing themselves to bodily harm.
Justice	Providing care that is good for the society as a whole, as opposed to focusing on a specific individual.	Societal good is defined by Jewish law.
	Fair allocation of limited health care resources.	Patient priority is on a first-come, first-served basis.
		In case of conflict, priority is based on defined hierarchy related to social worth.
		Limiting of health care based on available resources is permissible.

This clearly separates autonomy under the Jewish ethical system from that in secular ethics. For while secular Medical Ethics espouses the principle that each individual has the right to choose for him or herself, under Jewish law patients choose to make decisions not based solely on what they might want, think, or feel. Instead, they include God and His law as an active partner, and make their decisions accordingly. Therefore, when faced with questions pertaining to end-of-life care, traditional Jewish patients and families will look to God's law and the rabbi,^e who is the expert in God's law, for advice and counsel prior to making choices regarding appropriate end-of-life care.

Beneficence

"To benefit a fellow man is considered to be one of the most important positive precepts in Jewish law,"² derived from several biblical passages including, "Love thy neighbour as thyself" (Leviticus 19:18) and "And thou shalt do that which is right and good in the sight of the Lord" (Deuteronomy 6:18). Regarding the specific obligation of physicians to benefit patients, the repetition of the word "heal" in the passage in the book of Exodus "and heal, he shall heal" (Exodus 21:19) is interpreted as an authorization granted by God to physicians to heal patients.³

Patients also have an obligation to seek beneficial treatment and to be healed. This can be derived from the biblical passage, "Take ye therefore good heed unto yourselves" (Deuteronomy 4:15), which is interpreted to mean that man is obligated to care for his health and life. This obligation is based upon the idea that "man's body and his life are not his to give away (and that) the proprietor of all human life is none other than God himself."⁴

^eThe need to consult a rabbi and follow his advice is fundamental to the principles of what is today termed "Orthodox Judaism." As there are areas within Jewish law in which even Orthodox rabbis will disagree, including issues related to end-of-life care, having a specific rabbi one can rely on to answer *halachic* questions provides an Orthodox Jew with a consistent viewpoint on Jewish legal issues. While an Orthodox Jew who is knowledgeable about specific issues may not feel compelled to consult his or her rabbi, if one does choose to ask the rabbi a specific question, one is then obligated to follow the rabbi's advice in that matter. In other branches of Judaism, such as the Conservative and Reform movements, while the rabbi is available to give religious advice, congregants are not and do not feel compelled to necessarily follow that advice, as do Orthodox Jews.

Nonmaleficence

Judaism, much like secular ethics, supports the avoidance of harm. Additionally, just as in secular ethics, the avoidance of harm must always be weighed against the potential benefits of the treatment or intervention being recommended. While there are specific rules as to how medical decisions related to issues of beneficence and nonmaleficence should be made, these rules may be overruled or waived under specific circumstances, some of which will become apparent later in this paper.

In addition to the avoidance of harm in respect to treatment by a physician of a patient, Judaism also commands that one protects one's own body from harm and danger. Again, this command has its origin in the Bible. The rabbis have interpreted the verse, "Duly take heed to yourself and keep your soul diligently" (Deuteronomy 4:9) and other similar verses as conferring upon Jews the obligation to avoid bodily harm.^f

Justice

Justice is the lynchpin of the Jewish legal and ethical system, as it states in the Bible: "Justice, justice you shall pursue" (Deuteronomy 16:20). From the health care perspective, justice under Jewish law primarily concerns itself with triage and resource issues. Patient priority is generally defined on a first come, first served basis. In other words, one is obligated to focus one's attention on the patient currently under care. An issue with patient priority may arise when resources are scarce. For example, if there is only one critical care bed remaining in a hospital and there is a patient who needs the bed, one cannot be concerned that a patient may come later who might need the bed more, as according to Jewish law the patient currently under care has priority. When two patients present at the same time, the one with more serious medical problem is given precedence. However, if the medical needs of both patients are equal, priority is given based on a social hierarchy (i.e. rabbi, par-

^fThis was stated by Maimonides in his *Mishnah Torah* (Laws Concerning Murder and the Preservation of Life, 11:4,5) and by Joseph Karo in the *Shulchan Aruch* (the Table of Jewish Law): "The sages prohibited many things because they involve danger to life. Whoever disregards these things and their like and says: 'I will place myself in danger, what concern is this to others?' or 'I am not particular about such things'-disciplinary flogging is inflicted upon him."

ent, teacher, priest, etc.) as defined by the *Talmud* and other texts.^{2,5,7}

The availability of resources is also addressed, with Jewish law recognizing that resources are not unlimited. Based on laws related to the ransoming of captives, which forbid paying more than their value,⁸ it has been determined that health care may be rationed under certain conditions.⁵

JEWISH MEDICAL ETHICS AND END-OF-LIFE CARE

With the understanding that Judaism's principles for care at the end-of-life share the same basic principles as does the modern hospice and palliative medicine movement, and with a basic understanding of how Jewish law provides definitions to the cardinal ethical principles, one is ready to examine the various issues related to end-of-life care from the perspective of Jewish medical ethics (Table 2).

As we examine the various issues, several caveats need to be remembered. First, the issues being discussed pertain only to patients who are terminally ill (which will be defined below from the Jewish point of view). The various laws regarding patients who are not terminally ill may substantially differ, and are beyond the subject matter of this article.

This paper is being written from a traditional, or Orthodox, Jewish viewpoint. It is recognized that there may be significant differences of opinion on some of these issues among adherents of Conservative, Reform, and other non-orthodox denominations. (Table 3 highlights some of the basic principles of each of the major Jewish denominations practicing in the United States today. However, a more extensive review is beyond the scope of this article.) Generally speaking, where there are differences of opinion, the non-Orthodox branches tend to be more in keeping with the secular point of view.

The reader must also be cautioned that the information presented is primarily intended for guidance, as even among the Orthodox, differences in opinion regarding end-of-life issues may exist. Therefore, it is highly recommended that whenever end-of-life care decisions are required for care involving traditional Jewish patients

and/or families, a rabbi who is knowledgeable in this area should be consulted as part of the decision making process.

JEWISH DEFINITIONS OF TERMINAL ILLNESS

Jewish law does indeed recognize terminal illness.⁶ There are two recognized stages. The first is called *treifah* (defects), which is defined by a prognosis of about one year or less and the second is termed a *goses* (dying), which is what health care providers working in end-of-life care would describe as "actively dying."

Treifah

In the Babylonian Talmud Chullin 42a, the Mishnah defines 18 specific defects that would make an animal that was properly slaughtered and otherwise permitted to be eaten under Jewish dietary laws forbidden as food. The reason why the animal would be rejected is because the presence of any of these defects would indicate that the animal would have died naturally within a finite period of time, most often viewed as approximately 12 months. This is the definition of a *treifah* as it applies to animals. It is important to note that despite advances in modern science and veterinary medicine the defects that define a *treifah* remain in force, even though the animal may now be cured of the defect. Conversely, a defect not described in the *Talmud* that is now believed to fatal to the animal would not disqualify that animal as a *treifah*.⁷

As applied to man, a *treifah* is likewise defined by the presence of an illness or pathology that "the physicians say . . . does not have any remedy for humans, and it will surely cause his death" (Maimonides, Mishnah Torah, Laws Concerning Murder . . . 2:8). Unlike an animal, however, where the specific fatal defects are defined and not subject to change based on advances in veterinary science, specific illnesses or pathologies that may have defined a human as a *treifah* may no longer do so, if advances to medical science have given physicians the ability to cure what previously was an incurable illness. Hence, many infectious and malignant diseases that in the past would have rendered one a *treifah* no longer do so today.⁷

From the standpoint of Jewish law, a human who is considered a *treifah* is treated differently with respect to the capital crime of murder. If a

⁸In the Babylonian Talmud, Tractate Gittin 45a, the Mishnah states: "One may not ransom captives for more than their value, for the benefit of society."

TABLE 2. END-OF-LIFE CARE ISSUES AND JEWISH LAW

<i>Issue</i>	<i>Jewish law</i>
Terminal illness in Jewish law	<i>Treifah</i> : Incurable illness resulting in a limited life expectancy, typically 1 year or less. <i>Goses</i> : actively dying, typically last 3 days of life
Suicide, assisted suicide and euthanasia	Forbidden
Refusal of medical treatment	Treatment may be refused if ineffective, futile, or may cause suffering or significant complications.
Withholding and withdrawing treatment	Withholding: Permitted if treatment will only delay dying process and/or will not provide relief of pain and suffering. Withdrawing: It is forbidden to withdraw life support and other direct life prolonging interventions. Removing "impediments to death" are permitted.
Informed consent and truth-telling	Informed consent must be provided in a sensitive and thoughtful manner. Truth may be withheld from patients if it is believed that the knowledge will be harmful to the patient.
Pain and suffering	It is an obligation to treat physical pain as well as emotional pain and suffering. In the face of intractable pain and suffering, other treatments may be withheld and impediments to death may be removed.
Cardiopulmonary resuscitation (CPR)	CPR may be withheld.
Artificial nutritional support and hydration	Generally must be provided as food and fluids are considered basic care. This should be done in a way that benefits the patient and avoids harm.
Antibiotics	Generally should be provided as infection is considered a separate illness. May be refused or withheld if they only delay the dying process and/or do not provide relief of pain and suffering.
Surgery, chemotherapy, radiation therapy	May be refused or withheld if they only delay the dying process and/or do not provide relief of pain and suffering.
Mechanical ventilator	May be withheld, but once initiated may not be actively discontinued.
Advance directives	Durable power of attorney and/or living will may be used. The patient's rabbi should be included as a decision maker to ensure that decisions are compatible with Jewish law.

treifah is murdered, the killer may not be executed.^h If a *treifah* commits murder, he can only be liable to execution if he commits the crime in

front of a Jewish court. If not, even if there are the requisite witnesses, the *treifah* murderer is not liable to execution.ⁱ

^hThe murderer, however, is liable to punishment by the "Heavenly Court" (Babylonian Talmud Sanhedrin 78a, Maimonides, Mishnah Torah, Laws Concerning Murder . . . 2:8), which generally indicates that the individual's punishment will be left in the hands of God.

ⁱThe reason why the *treifah* murderer is not subject to execution in this situation is beyond the subject of this paper. The interested reader is referred to the Babylonian Talmud Sanhedrin 78a and Maimonides, Mishnah Torah, Laws Concerning Murder . . . 2:9 for further discussion.

Goses

As already stated, a *goses* is a patient who would be described by people working in end-of-life care today as "actively dying." This state has been defined in Jewish texts as existing during the last 3 or so days of a person's life and is recognizable by the heavy, labored, erratic breathing that a patient experiences when death

is considered imminent and/or patient's inability to clear secretions from their upper airway, compatible with what is described as "death rattle."^{6,7} A *goses* differs from a *treifah* in that a *goses* is not considered to have a specific illness or pathology, but is considered "an individual whose time has come."⁷ In other words, while a *goses* may have been a *treifah*, and may now be actively dying of specific illness, such as cancer, a *goses* may not have been a *treifah*, but may be dying from "old age." (Adult failure to thrive or debility might be more familiar end-of-life descriptors for such patients.) As such, Jewish law does not consider a *goses* to be a *treifah*, and one is, therefore, liable to capital punishment for shortening the life of a *goses*. Because of the weakened state of the *goses* and in order to avoid any risk that an individual caring for a *goses* would inadvertently shorten his or her life and be liable to capital punishment, the Sages prohibited one

from even touching a *goses*. This is best illustrated in the Babylonian Talmud Tractate Shabbos 151b where the Mishnah states, "Whoever closes the eyes (of a *goses*) at the moment of death is a murderer," to which the eleventh century commentator Rabbi Solomon Isaac (Rashi) states, "in such a state, even the slightest movement can hasten his death." The twentieth century *posek*,^j Rabbi Moshe Feinstein, better defined the rules of the *goses*, stating: "Touching does not refer to basic care needs such as cleansing and providing liquids by mouth to overcome dryness. . . . Routine hospital procedures, such as drawing blood or even taking temperature, have no place in the final hours of a patient's life."⁷

As can be seen, the establishment of a Jewish patient as a *goses*, or "actively dying," has clear

^jA *posek* is a highly respected rabbi who makes Jewish legal rulings based on Jewish law.

TABLE 3. COMPARISON OF VARIOUS JEWISH SECTS

<i>Sect</i>	<i>Characteristics</i>
Orthodox	Observant of Jewish law and tradition Accepts rabbi as religious authority and interpreter of Jewish law Men and women have different religious roles and obligations
Conservative	Wide variation in level of observance of Jewish law and tradition Jewish law is reinterpreted to fit modern society Rabbi is advisor but is not as authoritative Egalitarianism: ritual equality between men and women
Reform	Jewish law is only a guide and is nonbinding Different definition of Jewish identity Less observance of tradition Rabbi not authoritative
Reconstructionist	Liberal offshoot of Conservative movement Varying traditions Universalistic approach to God
Unaffiliated	Majority of American Jews Minimal observance of traditions No connection or identification with any Jewish "movement" May identify with Israel or community charitable organizations

implications regarding the types of interventions, outside of comfort measures, that are deemed appropriate. However, as a final caveat on this subject, it must be pointed that “(t)he recognition of the “*goses*” in modern medicine is somewhat controversial, since medication and suctioning can effectively clear secretions, and other interventions, if applied, can prolong or delay the dying process to a point where the patient’s status as a “*goses*” could be considered in doubt.”⁶ Therefore, a competent and knowledgeable rabbi should be consulted when attempting to determine whether a Jewish patient has the status of a *goses*.

SUICIDE, ASSISTED SUICIDE, AND EUTHANASIA

As already discussed, Judaism believes in the infinite value of human life and the idea that “man’s body and his life are not his to give away (and that) the proprietor of all human life is none other than God himself.”⁴ These two ideas clearly indicate that Jewish law forbids one from intentionally shortening one’s own life. In other words, suicide is categorically forbidden.^{k,l}

Unlike suicide, which is the act of an individual, assisted suicide and euthanasia include the active participation of a physician. As such, the question must be raised as to whether the physician’s involvement has any bearing on the prohibition against shortening a person’s life, especially if the physician determines that this may be in that individual’s best interests. Based on the passage “Heal, he shall heal” (Exodus 21:19) Jewish law gives the physician the responsibility of providing beneficial care to patients. However, this responsibility does not extend beyond heal-

ing, so that in a situation where “healing” of an illness is no longer possible, physicians must recognize the limits of their obligations and not provide any interventions that intentionally and actively determine the time of a patient’s death.⁹ Therefore, under no circumstances^m does Jewish law permit assisted suicide or euthanasia and deliberate hastening of death, even if the patient is terminally ill and/or a *goses*, and is considered an act of murder according to Jewish law.¹⁰

REFUSAL OF MEDICAL TREATMENT

Jewish patients have the obligation to take proper care of their health and lives, and are required to seek beneficial treatment and cure when possible. However, what about when cure is no longer possible? Must Jews still accept treatment, or do they have the option of refusing treatment? Jewish law allows patients who are near the end of life, comatose, and/or suffering from intractable pain to refuse treatment if the treatment is not proven to be effective, is clearly futile, or entails great suffering or significant complications.^{2,11} In the face of terminal illness, the option to refuse therapy under certain circumstances may even extend to what can be described as “high-benefit-low-risk” therapy that is not curative in nature, providing the patient is able to make his or her own decision and has been fully informed of the benefit-risk profile of the proposed treatment.⁶ (Specific treatments that are often issues at the end of life, including cardiopulmonary resuscitation and the provision of nutrition and hydration will be discussed below.)

It must be remembered that, while Jewish patients have the option to refuse certain interventions near the end of life, the conditions under which a patient may refuse such interventions can vary considerably from individual to individual. A treatment that is ineffective, futile, or causes suffering for one patient, may be effective and not cause suffering for another. Therefore, decisions to withhold various interventions must be individualized and made in consultation with

^kIt should be noted that while suicide is forbidden, “martyrdom” which is defined as the taking of one’s own life or allowing oneself to be killed in order to sanctify the name of God, is permitted, specifically when one is being compelled to commit idolatry, adultery, or murder. In all other circumstances, even martyrdom as a form of suicide is forbidden.⁸

^lThe Babylonian Talmud, Tractate Avodah Zarah 18a, tells the story of the execution by the Romans of the sage Rabbi Chanina ben Tradyon. He was to be burned at the stake, and to prolong his agony, tufts of wet wool were placed around to retard the flames. Despite his agony and the admonitions of his students to open his mouth in order to hasten his death, he refused because the active commission of suicide under any circumstances is forbidden. (For more on this story see footnote “o” below.)

^mEven if a dying patient is suffering from terrible pain and asks someone to kill him, the patient may not be touched (although his pain must be appropriately treated, as will be discussed below). Additionally, a patient who is dying and asks to be moved to another place so he can die there, may not be moved (Sefer Hasidim 723).

the patient's physician(s) and a rabbi knowledgeable in this area.

WITHDRAWAL AND WITHHOLDING OF TREATMENT

While in secular medical ethics, withdrawal and withholding of treatment are considered basically the same, Jewish Medical Ethics clearly differentiates the two. Therapy may be withheld when, in the judgment of the patient's physician, the treatment will not result in a cure or remission of the illness but only delays the dying process,ⁿ and/or does not provide relief of pain and suffering being experienced by the patient.^{11,12}

On the other hand, withdrawal of life support and other interventions is generally not permissible according to Jewish law. However, as will be discussed, there may be certain exceptions to this, specifically in circumstances where the life support or other interventions are only serving as impediments to the dying process,^{o,p} rather than serving to prolong the patient's life.^q ¹¹

ⁿ"One may not put salt on a dying person's tongue in order to keep them alive a little longer" (Rabbi Moses Isserles, Shulchan Aruch Yoreh Deah 339:1).

^oReturning to the story of the death of the sage Rabbi Chanina ben Tradyon, while he refused to open his mouth to hasten his death (see footnote "l" above), he permitted the Roman executioner to remove the wet tufts of wool that were placed around him to prolong his dying. The removal of the wool was permitted since the wool represented an impediment to death. In fact, not only was removing the wool permissible, it was considered meritorious in its own right, as the Roman executioner, who jumped into the fire and died with Rabbi Chanina, was given a place of reward in the afterlife (Babylonian Talmud, Tractate Avodah Zarah 18a).

^pAnother important story that demonstrates the permissibility of removing impediments to death concerns the death of Rabbi Judah the Prince, also known as "Rebbe," who was the redactor of the *Mishnah*. The Talmud tells us that as Rebbe was dying of a severe illness his students constantly prayed at his bedside in order to keep him alive. His pious maidservant, concerned about Rebbe's suffering and recognizing that the students' prayers were keeping Rebbe alive, went outside and dropped an urn from the roof of the house. The resultant noise caused the students to stop praying, allowing Rebbe to die (Babylonian Talmud, Tractate Kesubos, 104a).

^qIf a *goses* is being kept alive by the noise made a wood-chopper chopping wood, one is permitted to ask the woodchopper to stop and allow the patient to die (Rabbi Moses Isserles, Shulchan Aruch Yoreh Deah 339:1).

TRUTH-TELLING AND INFORMED CONSENT

Clearly, based on passages in the Pentateuch such as: "Keep thee far from a false matter" (Exodus 23:7) and "neither shall ye deal falsely or lie to one another" (Leviticus 19:11), not telling the truth is prohibited. However, in regards to telling people who are ill the truth regarding the expected outcome of their illness, the Bible is less clear, as we see in two stories from the second book of Kings.

During the time of Elisha, the prophet, we learn that when Hazael inquires of the prophet Elisha whether Ben-hadad, king of Aram, would recover from his illness, Elisha says: "Go say unto him: 'You should indeed recover; but in fact the Lord has shown me that he will indeed die'" (Kings 2, 8:7-10). Years later, Isaiah comes to King Hezekiah and tells him: "Thus said the Lord: Instruct your household, for you shall die and not live." Hezekiah prays to the Lord, and Isaiah is instructed to return to the king and inform him that God has granted him another 15 years of life (Kings 2, 20: 1-6).

These stories seem to be contradictory, for while Elisha tells Hazael to lie to Ben-hadad about the nature of his illness, Isaiah is instructed to tell Hezekiah the truth. Yet, in reality, it is the synthesis of these stories that best illustrates Jewish law regarding informing patients about the terminal nature of their illnesses.

As we learn from the story of Hezekiah, Jewish law certainly permits patients to be told the truth, providing that it is what they want to hear, and that they are told it in a way that is not harmful to them. It is well recognized that the better-informed patients are, the easier it is for them to cope with reality. Patients who want information about their conditions will ask questions which should be answered honestly. Concerns about maintaining hope can be addressed by focusing patients on hope for improvement in symptoms when there is no cure for their illnesses, and, as learned from Hezekiah's story, even when no medical cure is available, patients can always maintain the hope that God will intervene.¹³

From the story of Elisha and Hazael, it may be learned that Judaism also permits patients not to be told the truth about the nature of their illnesses or have the truth withheld. This is especially important when patients, the physicians who treat them, and/or loved ones who care for them be-

lieve that imparting such information will be harmful to the patients' conditions and, perhaps, shorten their lives. Jewish law also respects the concept of denial, recognizing that patients who do not want to know information will not ask questions, and therefore, just as patients who want to be told the truth should be, information should not be forced on patients who prefer not to be told about their illnesses.^{13,14}

Finally, while informed consent must be provided to Jewish patients in the United States as it represents the law of the land,^r the degree to which information is provided to satisfy the legal requirements of informed consent may be guided by the dictates of Jewish law as described above. Patients who wish to be fully informed certainly must be, while those patients who choose to be less informed or have information withheld from them should not have the facts forced upon them, for they are being informed to the extent that they deem necessary to make appropriate health care decisions. In all situations, by deciding what to tell Jewish patients based on the guidance of Jewish law, by providing them with as much or as little information as they desire in a way that allows them to make reasonable choices without taking away their hope, both secular and Jewish law in this area may be satisfied.

PAIN AND SUFFERING

Judaism is extremely concerned about pain and suffering. Therefore, although one may not hasten a patient's death even if he or she is suffering from intractable pain, "one may withhold any additional pharmacologic or technological interventions so as to permit the natural ebbing of the life forces."¹⁵ Additionally, as noted above, one is permitted to remove impediments to death in the circumstance where the patient is suffering from intractable pain and there is no hope for recovery.^s This does not only apply to physical

pain, but to intractable mental anguish as well, which is recognized as being of equal importance to physical suffering in Jewish legal thought.¹⁵

While one is permitted to withhold interventions that will not benefit the patient, one has an obligation to utilize appropriate interventions, including opioid analgesics and other necessary medication in an attempt to relieve a patient's pain and suffering.^{9,15} As Jewish law forbids actively hastening the end of a terminally ill patient's life, many caregivers are concerned that using opioid analgesics may hasten death. It must be emphasized that the medical literature has demonstrated that patients receiving chronic opioid therapy for the relief of pain develop tolerance to the respiratory depressant effects of these medications within a few days of initiating therapy.¹⁶ Furthermore, studies demonstrate that when patients are on chronic opioid analgesics for pain, dosage increases of 50% or more are needed to treat breathlessness, another common symptom near the end of life. Additionally, such patients, when given opioids to treat their breathlessness, have improvement in symptoms and do not experience respiratory compromise or arrest.¹⁷⁻¹⁹ Finally, it has been shown that increasing the dose of morphine in the last week of life because of increased pain does not shorten patient survival.²⁰ Therefore, there is no evidence that treating patients with the necessary therapeutic doses of opioid analgesic to relieve pain results in the hastening of death, and Jewish law fully supports appropriate treatment for the relief of pain without concern for the unlikely possibility of respiratory compromise.¹¹

In addition to intervening to manage a patient's physical distress, psychosocial interventions designed to reduce mental anguish and suffering, such as those provided by hospice programs, are part and parcel of what Judaism requires be provided to terminally ill patients to reduce their pain and suffering and enhance their quality of life.¹⁵

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

As has been discussed, treatments that do not result in cure or remission of an illness, but only delay the dying process, and/or do not provide relief of pain and suffering being experienced by the patient, may be withheld from or refused by terminally ill patients. While many people have

^rJewish law states "the law of the kingdom is the law." This principle applies as long as the law does not contradict what is mandated by Torah. (Talmud Bavli, Bava Kamma 113a.)

^sIt is stated by R. Moses Isserles in his commentary on the Shulchan Aruch Yoreh Deah 339:1 that if someone is dying and there is something that is delaying his death, such as a woodchopper making noise while chopping wood, or salt on his tongue, "one can remove them, for this does not involve an action at all, but rather the removal of a preventive agent."⁹

an inflated perception regarding the success of cardiopulmonary resuscitation (CPR),^{21,22} the medical literature suggests that, in general, CPR as a procedure is not very successful. It is reported that only about 15% of all patients who receive CPR survive to hospital discharge, with the rate of survival varying by location, from a high of 39% for a selected group of cardiac patients who have a witnessed arrest in a monitored setting, to a survival rate of less than 1% for patients who have an out-of-hospital and/or unwitnessed arrest.^{23,24} Because chronically ill elderly patients who require CPR have a less than 5% chance of surviving to hospital discharge, one can infer an even lower success in terminally ill patients, many of whom are in more advanced stages of the same chronic illnesses.

Not only is CPR not beneficial in the terminally ill, the procedure may be harmful, increasing pain and suffering in the few terminally ill patients who might survive the procedure. Autopsy studies have demonstrated significant traumatic injury following CPR, including rib and sternal fractures, mediastinal hematomas, aspiration pneumonia, epicardial hemorrhage, and other injuries to various cardiac and respiratory structures in the chest. Patients who survive CPR often are left with severe and irreversible neurologic deficits as well.²⁴ Additionally, the mental anguish and suffering that the family (and the patient if s/he remain somewhat neurologically intact) experiences knowing that death has only been delayed a short time may be intolerable.²⁵

Putting all the evidence together, CPR is not beneficial for patients who are near the end-of-life, it may be harmful, it only serves to delay death in this population, and may contribute to increased pain and suffering.²⁵ Given these facts, it is clear that CPR may be withheld from or refused by Jewish patients who are terminally ill.²⁶

ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION

Unlike other interventions at the end of life, that, as have already been discussed, may be withheld from or refused by patients when they only delay the dying process, and/or do not provide relief of pain and suffering being experienced by the patient, hydration and nutritional support are considered by most rabbis to be ba-

sic care rather than medical interventions.[†] As such, it is generally held that, even for patients who are terminally ill, food and fluid must be provided, although if "... a terminally ill patient with capacity refuses food, despite our best efforts to convince him to eat, we must respect his wishes."⁶ These considerations stem from the fact that food and fluids are considered to be beneficial and do not cause patients harm or discomfort.^{6,12,27,28} However, if one reviews the state of the art regarding hydration and nutritional support for patients near the end of life, significant medical questions are raised as to whether or not these forms of care are beneficial and whether or not there is risk of harm.

Regarding nutritional support at the end of life, review of the medical literature examining the benefits of artificial nutritional support by feeding tube (either via a nasogastric tube or a gastrostomy tube) in patients with advanced dementia (who may or may not be terminally ill) has shown:

1. No reduction in risk of aspiration pneumonia.
2. No improvement in clinical markers of nutrition.
3. No improvement in patient survival.
4. No improvement in or prevention of decubitus ulcers.
5. No reduction in infection risk.
6. No improvement in functional status or slowing of decline.
7. No improvement in patient comfort.^{29,30}

Studies examining potential benefits of parenteral and oral nutritional support in patients with advanced cancer have demonstrated no improvement in patient survival, primarily because of metabolic abnormalities that prevent patients from properly processing nutrients.³¹⁻³⁴

What about the potential for harm? Although feeding tubes are often placed to reduce the risk

[†]This is the generally accepted opinion of the majority of rabbis who are expert in this area. However, a small number of rabbis have recently given the opinion that artificial nutritional support via an operative gastrostomy or percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube is a medical intervention. As such, they would generally rule that such forms of artificial nutritional support could be withheld from or refused by terminally patients as other medical procedures that only delay the dying process or do not provide relief of pain and suffering.⁶

of the patient developing aspiration pneumonia, the risk of aspiration with tube feeding may be as high as it is in patients before the tube is placed. If a gastrostomy tube is placed, about 15% of patients will develop a local infection in the site, and about 30% will have the tube occlude, sometimes requiring another procedure to replace the tube. When a nasogastric tube is placed, approximately two thirds of patients will need the tube replaced on one or more occasions. Perhaps most sobering, however, is information which shows that about 25%–30% of patients who have gastrostomy tubes placed will die within month of the procedure (some from complications of the tube placement procedure, others from the complications of their primary medical problems). Approximately 50% of patients who have tubes placed for feedings will die within 1 year of having the tube placed.^{29,34}

The track record of hydration is similar, with the literature suggesting that symptoms of dehydration are not usually uncomfortable for terminally patients and that dehydration may actually be beneficial by reducing the sensation of pain and discomfort. Furthermore, with physiologic changes near the end of life preventing the body from properly utilizing fluids, artificial hydration can cause the patient to retain fluid, resulting in, among other complications, swelling of the legs and abdomen and lung congestion.³⁵

Returning now to the consideration of the rabbis that food and fluid must be provided based on the fact that it is beneficial and is not harmful, one can see that questions can be raised regarding these assumptions as they pertain to terminally ill patients, based on the medical information available to us today. What this means on a practical level is that, while Jewish patients who are terminally ill should be provided food and fluid, the physician and other care givers have a responsibility to make sure that the food and fluid provided (or the method by which they are provided) do not cause the patient harm and/or discomfort. If a competent Jewish patient refuses nutrition or hydration after attempts have been made to convince him or her to accept the supportive care, the patient's wishes must be respected. In situations where the physician and/or other caregivers believe that the food or fluid is of no benefit and/or harmful to a patient near the end of life, the specific circumstances of the patient should be discussed with a rabbi knowledgeable in this subject, because there may be sit-

uations where even the provision of artificial nutritional support and hydration can be avoided. The initiation of artificial hydration and nutrition should also be avoided if it is determined (by a competent physician and a competent and knowledgeable rabbi) that the patient is a *goses*.²⁷

ANTIBIOTICS

The question of whether antibiotics should be provided to patients who are near the end of life is an interesting one, as it relates to how one views the nature of the infection. Is the infection an illness unto itself or is the infection a complication of the terminal illness as result of the debilitation and immunosuppression caused by the primary illness?

It would appear that Jewish law views an infection, such as pneumonia, as an illness unto itself, and as such, it generally would be required to treat terminally ill patients with antibiotics in the face of infection. However, as with other treatments, the decision to treat patients with antibiotics for infection near the end of life is under "the assumption . . . that treatment of the pneumonia will in no way exacerbate the principal disease (and that the patient is not experiencing intractable pain."³⁵

CHEMOTHERAPY, RADIATION THERAPY, AND SURGERY

Chemotherapy, radiation therapy, and surgery are playing an ever-increasing role in end-of-life care. Palliative surgical procedures, for example, may range from minor procedures such as abdominal paracenteses or biliary stent placement under radiologic guidance, to endoscopic procedures with laser photocoagulation or stent placement, to major surgical procedures such as pathologic fracture stabilization or diverting colostomy for bowel obstruction. Radiation therapy to bony lesions may provide symptomatic benefit, and in the case of spinal cord compression, contribute to keeping a patient ambulatory rather than bed-bound in the last few weeks of life. More recently, selected chemotherapy agents have shown palliative benefit in selected patients with advanced cancer near the end of life.³⁶

When these interventions are indicated and may potentially benefit Jewish patients, they cer-

tainly may choose to take these treatments, although they are not compelled to in all circumstances. As already stated, because Jewish law allows patients to forego therapy that is not curative (which none of these interventions are when patients are near the end-of-life), especially if the treatments only serve to prolong the dying process or cause increased pain and suffering, these treatments may be refused or withheld in the appropriate circumstances as well. (As a reminder, these decisions should be made by the patient and/or family in consultation with the patient's physician and a competent rabbi who understands Jewish law in this area.)

The more interesting question is whether or not terminally ill patients may choose to receive chemotherapy, radiation therapy, or surgery when the chance of success is exceedingly small and the risk of side effects, including the possibility of suffering an earlier death is high. This question is based on the notion that such treatments have little benefit and may cause a great deal of harm, and as discussed above, Jewish patients have an obligation to avoid things that are harmful to their bodies, and to not intentionally shorten their lives.

Jewish law permits patients to request treatments that are of high risk and low benefit, providing that the treatment has as its potential positive outcome the opportunity for cure or long-term survival, enough to remove such patients from the category of a *treifah* as discussed above.^{6,35} "However, if the treatment will only prolong life for a few months, and not for a full year, while the patient may die immediately because of treatment toxicity . . . it is forbidden to undertake such a course of treatment."³⁵

DISCONTINUATION OF VENTILATORS

While one is not compelled to place terminally ill Jewish patients on mechanical ventilators when they are dying, active withdrawal of such therapy is clearly against Jewish law as it may be the act of discontinuing the ventilator that is the actual cause of the patient's death.^u Therefore, it

is forbidden to remove a patient from a mechanical ventilator under most circumstances.¹⁰

There are many situations, however, where patients require mechanical ventilation and their prognosis is not clear. For example, a patient has just experienced a severe stroke, and it is not known whether the patient has a chance to recover. In order to give him the opportunity to recover, he must be placed on a ventilator, but medically, it is clear that if he does not improve within several days that he will not survive. If the ventilator cannot be removed under any circumstances, will the physician and family be less likely to use the intervention and allow the patient to die without giving him the opportunity to recover? Not providing mechanical ventilation would certainly not be compatible with Jewish law, as it could result in the premature death of a patient, who, if supported for several days, may yet recover.

While Jewish law does not permit the active removal of the ventilator, some rabbinic authorities permit the patient to be placed on a ventilator with an automatic time clock that will turn off the machine after a set time. When the machine shuts off, the physician would reassess the patient's condition. If the patient is showing signs of recovery, ventilation could be continued until the patient's condition is such that he can breathe independently. If it is determined that the patient is not going to improve, or if the patient's clinical condition has worsened, then, in conjunction with the family and proper rabbinical supervision and advice, a decision can be made as to whether or not the ventilator would be started (again).^{10,26v} Of course, in order to be able to do this, one must have the forethought to initiate the time clock when the patient is first placed on the ventilator, and not add a timer after the fact. If no timer is placed, then Jewish law would not permit a patient to be removed from a ventilator, although a patient on a ventilator who was determined to be dying could be left on the ventilator and simply not provided any other interventions (such as vasopressors) then comfort, allowing the natural

^uAs the ventilator is directly assisting the body in breathing, and therefore, directly keeping the patient alive, it is considered an active intervention and not an impediment to death.¹⁰

^vAn alternative method to this would be to use oxygen tanks instead of wall oxygen to support the ventilator. When the tank's oxygen runs out, the physician would reassess the patient and determine whether a new tank should replace the old one.¹⁰

dying process to occur outside of the continued respiratory support.^w

ADVANCE DIRECTIVES

As has already been discussed, Jewish patients have the ability to express autonomy about the health care they receive, as long as it is in keeping with Jewish law. Therefore, advance directives would be acceptable for Jewish patients provided that the instructions that were left on these documents were consistent with Jewish law as well.

There are two basic types of advance directive documents that patients may execute in preparation for a time when they will be unable to make health care decisions:

1. Living will: "This is a legal document, written and signed by an individual in the presence of witnesses, that conveys the instructions of that individual regarding health care interventions, desired or not desired, in the event of a terminal or irreversible illness and when the person is incapable of verbally communicating wishes regarding health care."²⁵ The living will delineates which treatments a patient desires or does not desire when s/he is in a terminal or irreversible state and can no longer express his/her wishes.
2. Durable medical power of attorney: This is "a legal document that allows an individual to appoint a responsible person or persons (usually called health care surrogates or proxies) who are empowered to make health care decisions in the event the individual becomes unable to make and communicate such decisions personally."²⁵

The durable medical power attorney type of advance directive is very much in keeping with Jewish law and tradition. As has been discussed above, the rabbi is central to the process of deci-

sion making at the end of life. It is also clear that healthcare decision making for Jewish patients at the end of life is very individualized, and often depends on the circumstances of the specific situation. Therefore, using a durable medical power attorney type of advance directive, the patient would be able to designate a rabbi, knowledgeable in the area of medical decision making, as a health care proxy, along with whomever in his family she or he deems appropriate. Additionally, decision making, rather than being pre-determined (as would be the case in a living will), would be individualized, based on a discussion of the specific clinical circumstances by the patient's health care proxies (the rabbi and the designated family member) and the patient's physician.

The living will type of advance directive may also be acceptable according to Jewish law, although it is somewhat more controversial. Remembering that the living will delineates what treatments a patient may or may not desire when she or he is in a terminal or incapacitated state, although the rabbi could advise the patient on how to delineate which treatments would and would not be desired, there is no provision for rabbinic advice at the time the living will would actually be utilized. Therefore, treatment preferences indicated by the patient when the living will was executed may not be applicable to the patient's specific situation, and without the requirement for rabbinic input, there is a greater risk that the patient will be treated in a way that is not consistent with Jewish law.¹³

CONCLUSION

Judaism is a religion of law, a law that goes back 3500 years. The traditional, observant Jew incorporates that law into his or her everyday life, and all decisions that he or she makes are based on that law. Decisions regarding health care are no exception.

Just as importantly, Judaism is a religion of life. As has been discussed, even the laws of the Sabbath may be violated when a life is at stake, so that one may live by the law. However, Judaism also recognizes that life is finite, and just as one lives as a Jew, so does one die as a Jew, following the laws and precepts that have been passed

^wAs mentioned, not all Orthodox rabbinic authorities agree with the use of a timer to allow the ventilator to turn off automatically, allowing one to then withhold rather than withdraw care. The concept of utilizing a ventilator with a timer is currently being evaluated in Israel as well.

down from generation to generation since the time of Moses.

Regarding end-of-life care, Jewish law is specific and often appears exacting and inflexible. Yet, at the same, through rabbinic interpretations of Jewish law coupled with an ever improving understanding of the both the advances and limitations of modern medicine, the Jewish legal precepts that define Jewish medical ethics, when closely examined, are actually quite flexible regarding end-of-life care decision-making. Much like the principles of end-of-life care espoused by practitioners in hospice and palliative medicine, Jewish principles of end-of-life care are primarily focused on the patient and family, and involve shared decision-making based on the specific circumstances that the patient is in at the time, rather than on any absolutes. Certainly, there are limits to this, most notably that under no circumstances may life be intentionally shortened. However, under appropriate circumstances, every Jewish person who is terminally ill, can, under Jewish law, have the opportunity to have his or her life end as the life of Jacob, father of the Jewish nation, did; with dignity, surrounded by family, with the opportunity to provide blessing and instructions for his or her children, and to leave this world and enter the next in peace.

ACKNOWLEDGMENT

I would like to thank my son, Bryan D. Kinzbrunner, a rabbinical student at the Rabbi Isaac Eichenan Theological Seminary of Yeshiva University, for his assistance in proofreading and verifying the Jewish sources in this manuscript.

REFERENCES

- Kinzbrunner BM: Introduction. In: Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer J (eds): *Twenty Common Problems in End-of-life Care*. New York: McGraw Hill, 2001, pp. xi–xiv.
- Steinberg A: A Jewish perspective on the four principles. In: Gillon R (ed): *Principles of Healthcare Ethics*. John Wiley and Sons, Ltd., 1994, pp. 65–73.
- Rosner F: The physician's license to heal. In: Rosner F: *Biomedical Ethics and Jewish Law*. Hoboken: Ktav Publishing House, 2001, pp. 5–11.
- Bleich JD: Treatment of the terminally ill. *Tradition* 1996;30:51–87.
- Rosner F: Managed care: The Jewish view. In: Rosner F: *Biomedical Ethics and Jewish Law*. Hoboken: Ktav Publishing House, 2001, pp. 513–530.
- Schostak Z: Precedents for hospice and surrogate decision-making in Jewish law. *Tradition* 2000;34:40–57.
- Feinstein, M: Iggeros Moshe, Choshen Mishpat II: 73. In: Tendler MD (ed): *Responsa of Rav Moshe Feinstein, Vol. 1, Care of the Critically Ill*. Hoboken: Ktav Publishing House, 1996, pp. 38–53.
- Rosner F: Suicide. In: Rosner, F: *Biomedical Ethics and Jewish Law*. Hoboken: Ktav Publishing House, 2001, pp. 237–255.
- Herring BF: Euthanasia. In: Herring BF: *Jewish Ethics and Halakha for our Time, Sources and Commentary*, Vol. 1. New York: Ktav Publishing House, 1984, pp. 67–90.
- Rosner F: Euthanasia. In: Rosner F: *Biomedical Ethics and Jewish Law*. Hoboken: Ktav Publishing House, 2001, pp. 271–285.
- Tendler MD, Rosner F: Quality and Sanctity of Life in the Talmud and Midrash. In: Tendler MD: *Responsa of Rav Moshe Feinstein, Vol. 1, Care of the Critically Ill*. Hoboken, NJ: Ktav Publishing House, 1996, pp. 135–148.
- Feinstein M: Iggeros Moshe, Choshen Mishpat II: 74. In: Tendler MD: *Responsa of Rav Moshe Feinstein, Vol. 1, Care of the Critically Ill*. Hoboken, NJ: Ktav Publishing House, 1996, pp. 53–62.
- Lamm M: *Caring for the Jewish Terminally Ill*. Palm Springs, CA: National Institute of Jewish Hospice, 1990.
- Herring BF: Truth and the Dying Patient. In: Herring BF: *Jewish Ethics and Halakha for our Time, Sources and Commentary*, Vol. 1. New York: Ktav Publishing House, 1984, pp. 49–65.
- Rosner F: Quality and sanctity of life. In: Rosner F: *Biomedical Ethics and Jewish Law*. Hoboken: Ktav Publishing House, 2001, pp. 223–235.
- Hanks G, Chernys N: Opioid analgesic therapy. In: Doyle D, Hanks G, McDonald N (eds): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2001, pp. 331–355.
- Weinreb NJ, Kinzbrunner BM, Clark M: Pain management. In: Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer J (eds): *Twenty Common Problems in End-of-life Care*. New York: McGraw Hill, 2001, pp. 91–145.
- Bruera E, MacEachern T, Ripamoni C, Hanson J: Subcutaneous morphine for dyspnea in cancer patients. *Ann Intern Med* 1993;119:906–907.
- Bruera E, Macmillan K, Pither J, MacDonald RN: Effects of morphine on the dyspnea of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1990;5:341–344.
- Thorns A, Sykes N: Opioid use in the last week of life and implications for end-of-life decision making. *Lancet* 2000;356:398–399.
- Diem SJ, Lantos JD, Tulsy JA: Cardiopulmonary resuscitation on television. Miracles and misinformation. *N Engl J Med* 1996;344:1578–1582.
- Von Gunten CF, Weissman DE: Discussing do-not-resuscitate orders in the hospital setting: Part 2. *J Palliat Med* 2002;5:417–418.

23. Bedell SE, Delbanco TL, Cook EF, Epstein FH: Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. *N Engl J Med* 1983;309:569–576.
24. Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, Campion EW: Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *Ann Intern Med* 1989;111:199–205.
25. Gomez D: Advance directives and CPR. In: Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer J (eds): *Twenty Common Problems in End-of-life Care*. New York: McGraw Hill, 2001, pp. 297–311.
26. Schostak Z: Ethical guidelines for the treatment of the dying elderly. *J Halacha Contemp Soc* Fall 1991;XII: 62–86.
27. Eisenberg D: Halachic issues regarding the futility of medical treatment: Applications to nutrition and hydration in the terminally ill patient. (www.ijme.org/Content/Transcripts/Eisenbery/treatment2.htm)
28. Berman A: From the legacy of Rav Moshe Feinstein, z"l. *J Halacha Contemp Soc* S 1997;13:5–18.
29. Finucane TE, Christmas C, Travis K: Tube feedings in patients with dementia: A review of the evidence. *JAMA* 1999;282:1365–1370.
30. Gillick M: Sounding board: Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* 2000;342:206–210.
31. Nelson KA, Walsh D, Sheehan FA: The cancer anorexia-cachexia syndrome. *J Clin Oncol* 1994;12: 213–225.
32. Klein S: Clinical efficacy of nutritional support in patients with cancer. *Oncology* 1993;7(Suppl):87–92.
33. Ovesen L, Allingstrup L, Hannibal J, Mortensen EL, Hansen DP: Effect of dietary counseling on food intake, body weight, response rate, survival, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: A prospective, randomized study. *J Clin Oncol* 1993;11:2043–2049.
34. Kinzbrunner BM: Nutritional support and parenteral hydration. In: Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer J (eds): *Twenty Common Problems in End-of-life Care*. New York: McGraw Hill, 2001, pp. 313–327.
35. Feinstein, M: Iggeros Moshe, Choshen Mishpat II: 75. In: Tendler MD: *Responsa of Rav Moshe Feinstein, Vol. 1, Care of the Critically Ill*. Hoboken, NJ: Ktav Publishing House, 1996, pp. 62–67.
36. Weinreb NJ: Diagnostic Tests and Invasive Procedures. In: Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer J (eds): *Twenty Common Problems in End-of-life Care*. New York: McGraw Hill, 2001, pp. 329–364.

Address reprint requests to:
 Barry M. Kinzbrunner, M.D.
 100 South Biscayne Boulevard
 Miami, FL 33071

E-mail: barry.kinzbrunner@vitas.com

Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention

AD-HOC-EMPFEHLUNG

Der Deutsche Ethikrat hat sich am 27. November 2014 in öffentlicher Sitzung mit dem Thema „Beihilfe zur Selbsttötung“ auseinandergesetzt.¹ Nach einführenden Vorträgen von Mitgliedern des Ethikrates über begriffliche Grundlagen, über ethische und verfassungsrechtliche Aspekte von Würde, Autonomie und Selbstbestimmung, über Versorgungsstrukturen und Suizidprävention, über Selbst- und Fremdverständnis der ärztlichen Profession, über Sterbehilfeorganisationen sowie über mögliche Regelungsmodelle und ihre Implikationen berieten die Mitglieder in öffentlicher und nicht öffentlicher Diskussion. Der Ethikrat knüpft mit seiner hier vorgelegten Empfehlung an seine 2012 geäußerte Einschätzung an, dass ein gesetzliches Verbot ausschließlich der gewerbsmäßig organisierten, also der kommerziell betriebenen Suizidbeihilfe mehr Probleme schafft als löst. Er bekräftigt im Übrigen, dass die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) unverändert erhalten bleiben muss.

Der Deutsche Ethikrat begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Hospiz- und Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitssystems und der Pflege mit einer weiteren Gesetzgebungsinitiative nachdrücklich stärken sowie flächendeckend etablieren will. Eine gute palliative Versorgung, die für alle Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung erreichbar ist, lindert Not, kann Angst und Verzweiflung überwinden helfen und damit auf Fragen nach einer möglichen Unterstützung bei einer Selbsttötung lebensorientierte Antworten geben.

Diese Angebote betreffen allerdings nur einen kleinen Teil der pro Jahr in Deutschland etwa 100.000 Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen, da Suizidversuche zumeist nicht von Menschen unternommen werden, die bei absehbar knapp begrenzter Lebenserwartung an einer fortschreitenden Erkrankung leiden. Für vereinsamte und psychisch kranke Menschen beispielsweise bedarf es anderer suizidpräventiver Maßnahmen und Strukturen. Dazu gehören etwa eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung, der Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Begleitangebote in Lebenskrisen und die gezielte Weiterbildung der in der Pflege sowie in verschiedenen medizinischen Versorgungsbereichen tätigen Mitarbeitenden im Hinblick auf die Früherkennung von – und die angemessene Intervention bei – Krisen mit suizidaler Gefährdung. Ebenso sollte darin die interdisziplinäre Forschung zur Suizidprävention und zur Behandlung von Suizidgefährdeten gestärkt werden.

Situationen, in denen jemand einen Suizid plant und eine andere Person bittet, ihn dabei zu unterstützen, sind vielgestaltig und von zahlreichen sehr unterschiedlichen Aspekten geprägt, die unter anderem in der Beziehung der Personen zueinander, in deren Biografien, in der Krankheitsgeschichte und in den Versorgungsbedingungen liegen.

Die geltende Gesetzeslage, wonach weder ein Suizid noch eine Beihilfe zu einem im rechtlichen Sinne frei verantwortlichen Suizid strafbar ist, steht im Einklang mit den Prinzipien eines freiheitlichen Verfassungsstaates. Diese schließen es aus, den Suizid abstrakt-generell als Unrecht zu bestimmen. Denn dabei würde eine allgemeine, erzwingbare Rechtspflicht zum Leben vorausgesetzt, die grundlegenden Rechtsprinzipien widerspräche. Deshalb kann auch die Hilfe zu einem frei verantwortlichen Suizid ihrerseits nicht generell als Unrecht im Rechtssinne definiert werden, so umstritten die Freiverantwortlichkeit eines Suizids allgemein und ihre Erkennbarkeit im konkreten Einzelfall auch sein mögen. Bei einem solchen Suizid kann auch die Garantenpflicht oder die allgemeine Hilfeleistungspflicht keine Strafbarkeit des Gehilfen begründen. Die Möglichkeit divergierender moralischer Auffassungen zur Beurteilung von Selbsttötungen und der Beihilfe zu Selbsttötungen bleibt hiervon unberührt.

Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Deutsche Ethikrat, das derzeit geltende Strafrecht nicht grundsätzlich zu ändern. Eine eigene gesetzliche Regulierung etwa der ärztlichen Suizidbeihilfe lehnt die Mehrheit des Ethikrates ebenso ab wie jede Regulierung der Suizidbeihilfe für eine andere Berufsgruppe, auch weil auf diese Weise gleichsam „erlaubte Normalfälle“ einer Suizidbeihilfe definiert würden.

Allerdings sollten nach Auffassung der Mehrheit des Ethikrates Suizidbeihilfe sowie ausdrückliche Angebote dafür untersagt werden, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind, öffentlich erfolgen und damit den Anschein einer sozialen Normalität ihrer Praxis hervorrufen könnten. Dies dient dem Schutz sozialer Normen und Überzeugungen, in denen sich der gebotene besondere Respekt vor dem menschlichen Leben widerspiegelt. Eine Suizidbeihilfe, die keine individuelle Hilfe in tragischen Ausnahmesituationen, sondern eine Art Normalfall wäre, etwa im Sinne eines wählbaren Regelangebots von Ärzten oder im Sinne der Dienstleistung eines Vereins, wäre geeignet, den gesellschaftlichen Respekt vor dem Leben zu schwächen. Des Weiteren und vor allem ist der Gefahr fremdbestimmender Einflussnahme in Situationen prekärer Selbstbestimmung vorzubeugen. Schließlich könnte es die Anstrengungen der Suizidprävention unterlaufen, wenn eine Beihilfe den Charakter einer gesellschaftlich akzeptierten Üblichkeit erhielte. Dabei ist es unerheblich, ob die Beihilfe durch eine Organisation oder eine Einzelperson erfolgt.

Der Deutsche Ethikrat unterstützt das in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung formulierte Verständnis des ärztlichen Berufs, wonach die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist, das heißt keine aus der beruflichen Verantwortung erwachsende ärztliche Tätigkeit. Nicht zuletzt im Sinne der Suizidprävention ist es gleichwohl für schwer kranke Patienten wichtig, in ihrem Arzt auch dann einen vertrauensvollen Ansprechpartner zu sehen, wenn sie mit dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod ringen. Jeder Patient sollte sich darauf verlassen können, dass im geschützten Raum des Arzt-Patient-Verhältnisses ein offenes Gespräch zwischen Arzt und Patient über suizidale Gedanken bzw. Absichten geführt werden kann und er eine lebensorientierte Beratung und Begleitung durch den Arzt erhält. Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates empfiehlt, dass die Ärztekammern einheitlich zum Ausdruck bringen sollten, dass ungeachtet des Grundsatzes, dass Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist, im Widerspruch dazu stehende Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis bei Ausnahmesituationen respektiert werden.

Zusätzlich zum angekündigten Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung empfiehlt der Deutsche Ethikrat vor diesem Hintergrund die gesetzliche Stärkung suizidpräventiver Maßnahmen und Strukturen und eine Mehrheit des Ethikrates ein Verbot der Suizidbeihilfe sowie ausdrücklicher Angebote dafür, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind und öffentlich erfolgen. Zudem ist eine Mehrheit des Ethikrates der Auffassung, dass der Gesetzgeber im Betäubungsmittelrecht klarstellen sollte, dass eine im Ausnahmefall erfolgende Verschreibung von Betäubungsmitteln auch im Rahmen einer Beihilfe zu einem frei verantwortlichen Suizid nicht strafbar ist.

Der hier vorgeschlagene Lösungsweg unterstreicht die Notwendigkeit, Suizidprävention im Sinne des Nationalen Suizidpräventionsprogramms zu stärken, und er trägt sowohl der Vielfalt der individuellen Situationen am Lebensende als auch der Vielfalt moralischer Überzeugungen in der Bevölkerung Rechnung. Er anerkennt die Intimität existenzieller Entscheidungen und Erfahrungen und bekräftigt gleichzeitig die Wertschätzung jedes Menschen, unabhängig davon, wie leistungsfähig oder hilfsbedürftig er ist.

Diejenigen Mitglieder, die aus prinzipiellen Erwägungen einzelnen Empfehlungen nicht zustimmen, tragen gleichwohl die Ad-hoc-Empfehlung und insbesondere ihre Ausrichtung auf die gesetzliche Stärkung der Suizidprävention mit.

The Terminally Ill Patient: Time to Turn a New Page

David Katz MD MPH FACP, Nael Da'as MD, Sara Amiel RN, Yael Levy BSW and Edward Flaschner MD

Department of Internal Medicine D, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel

KEY WORDS: Terminally Ill Patient Law (TIPL), advance directives, dementia, end-of-life, Do Not Resuscitate (DNR)

IMAJ 2014; 16: 535–538

For Editorial see page 578

The Terminally Ill Patient Law – 2005, which attempts to give patients autonomy to dictate clinical care at the end of their lives, took effect in December 2006 [1,2]. The law has been around for almost a decade; however, despite increasing numbers of Israeli physicians who support a patient's right to refuse life-extending treatments [3,4], overall comprehension and implementation of the TIPL has not been assessed. The TIPL is a legal document, and although it was created together with medical, rabbinic, legal, and governmental oversight, we feel that it is lengthy (e.g., the printed English translation is 17 pages) [5], complex, under-utilized, inadequately disseminated, and does not propose a user-friendly and standardized process for implementation by physicians.

The need for a formal, user-friendly process to deliver compassionate, timely, and agreed-upon end-of-life care, is increasing. The acuity of patients in internal medicine departments is growing annually [6]. This is the result of an older in-patient population, coupled with a shortage of intensive care unit beds, strict entry criteria to the ICU (e.g., preference for patients without dementia), and the advent of "intubation rooms" on internal medicine wards caring for ICU level-of-care patients [7]. Our aim was to review a case-series of patients who underwent a user-friendly process to utilize the TIPL.

Internal Medicine Department D was created in December 2013, when the Shaare Zedek Medical Center took over the Bikur Cholim Hospital. Shaare Zedek is an 850-bed tertiary care medical center in Jerusalem with a long standing interest in end-of-life care [8-11]; additionally, the chairman of the committee that prepared the TIPL is senior faculty in the Division of Pediatrics [9].

We decided to implement a formal process to utilize the TIPL for our sickest patients. We designed a one-page form, to be completed by all stakeholders, and placed it in the patient's

chart [Appendix]. The form, capturing the essence of the TIPL, was created with input from rabbinic, medical and administrative leadership at Shaare Zedek. To promote innovation diffusion, multiple learning sessions were conducted to develop, present and teach the proposed process. In the hope of providing support for a formal and user-friendly means for delivering end-of-life care to our sickest patients, in compliance with the TIPL, we present here a case-series of 10 patients who underwent this process between June 2013 and December 2014.

METHODS

Patients were first identified as having either less than 2 weeks or 6 months to live. This discussion was conducted at morning report as well as on bedside rounds. The patient's diagnosis was then documented and the patient was assessed for competence. If there was a question regarding competence, psychiatric consultation was obtained. If the patient was competent, we had a discussion regarding the patient's wishes for clinical care. If the patient was not competent, the entire clinical team made an effort to determine if there existed a living will, advance directive, legal guardian or close person (i.e., a person who had a significant familial or personal relationship with the patient). If a guardian or close person was identified, this person was contacted and invited to come to the hospital or have an in-depth telephone conversation regarding the patient's condition, prognosis, and potential end-of-life care. If no proxy could be identified, the State was formally assigned guardianship and the decision of care ultimately given to the treating clinical team.

End-of-life care options were geared to our specific patient population. These included: antibiotics, bi-level positive airway pressure, dialysis, intubation, resuscitation (i.e., CPR, vasopressors, electric shock), surgery, and blood transfusion. Once the list of care options was agreed upon, signatures were required by a senior physician, the patient's proxy, the nurse, and the social worker. The form (available in different languages) was then placed in the patient's chart along with a short note in the electronic medical record describing what transpired. Where applicable, a Do Not Resuscitate order was entered. End-of-life goals were then discussed again during evening bedside rounds (i.e., a "hard" sign-out), with the resident and attend-

TIPL = Terminally Ill Patient Law
ICU = intensive care unit

CPR = cardiopulmonary resuscitation

Table 1. Patient characteristics

Patient	Gender	Age (yr)	LOS	Residence	Diagnosis category	Dementia	Disabled	Deceased	Signature Day	Signatory
1	M	86	9	NH	Infectious	Yes	Yes	Yes	3	Close person
2	M	85	14	SNF	Infectious	Yes	Yes	Yes	5	Guardian
3	F	67	8	SNF	Infectious/Renal	Yes	Yes	No	3	Guardian
4	F	91	16	GH	Infectious/Cardiac	Yes	Yes	Yes	10	Guardian
5	F	74	23	HM	Infectious	No	No	No	18	Close person
6	F	79	3	HM	Infectious/Oncologic	Yes	Yes	Yes	2	Close person
7	M	93	11	SNF	Infectious	Yes	Yes	Yes	1	Close person
8	M	97	4	HM	Infectious	Yes	Yes	Yes	4	Close person
9	F	92	9	SNF	Infectious	Yes	Yes	No	2	Guardian
10	F	72	61	SNF	Infectious/Renal	Yes	Yes	No	20	Close person
Average (SD)		83.6 (10.1)	15.8 (16.9)						6.8 (6.9)	

NH = nursing home, SNF = skilled nursing facility, GH = geriatric nursing home, HM = private home

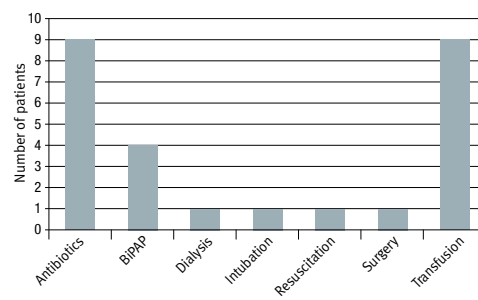
ing covering the night shift. All deaths were discussed at the morning report.

RESULTS

During the period June 2013 through December 2013, we identified 16 patients who met the TIPL definition of the terminally ill patient. Six patients, all incompetent, did not undergo the proposed process by request of their proxy. They all received traditional treatments to extend life. Of the 10 patients who underwent the process [Table 1], 60% were female, the mean age was 83.6 years (SD 10.1), and the mean length of stay 15.8 days (SD 16.9). Prior to hospitalization, the patients resided in a nursing home (n=1), skilled nursing facility (n=5), geriatric nursing home (n=1), and private home (n=3). The major diagnostic categories were infectious in 6 patients, infectious/renal in 2, infectious/cardiac in 1, and infectious/oncologic in 1. Most patients presented with dementia (n=9), general disability (n=9), and most patients died during the admission (n=6). The signatory was either a "close person" (n=6) or guardian (n=4). The mean signature day was hospital day 6.8 (SD 6.9). The average number of meetings prior to signing the form was 2, and the average time per meeting was 15 minutes. Signatory choice for end-of-life care included antibiotics in 9, BiPAP in 4, dialysis in 1, intubation in 1, resuscitation in 1, surgery in 1, and transfusion in 9 [Figure 1].

DISCUSSION

Prior to the above cases, no formal process existed for approaching care at the end of life for our sickest patients. Additionally, there was poor (or absent) literacy of the TIPL among both patients and clinical staff. While this process is still in develop-

Figure 1. Signature treatment choice

ment in our department, documentation has improved and the feedback from patients and staff has been positive. For example, the covering nighttime medical team now has a clear and well-documented directive for care for those patients who underwent this process. There is also more comprehension of delivery of end-of-life care. As a team, our devised process forced us to become intimately familiar with the numerous terms used for delivery of care for this sickest of populations; for example, advance directives, allow natural death (AND), comfort measures only (CMO), do not intubate (DNI), DNR, close person, durable power of attorney, guardian, hospice, living will, palliative care, code note, code order, code status, full code, and proxy. It also became abundantly clear that a multi-disciplinary team (including a palliative care consultant) was necessary to deliver the best end-of-life care.

The average age was higher and length of stay longer in our cases compared to our department as a whole; 83.6 vs. 67 years,

BiPAP = bi-level positive airway pressure

DNR = Do Not Resuscitate

and 15.8 vs. 6.6 days respectively. The increased LOS might reflect the influence of the process we developed. Additionally, the average time it took to obtain signatures from patients or proxies was 6.8 days. These data possibly reflect a delay in initiating our process by the staff, or time needed by the proxy (e.g., to absorb presented information, and/or speak with family, friends or a spiritual advisor). These values may also reflect overall increased acuity of patients at the end of their lives. In time, as we become more adept at this process, and more research is conducted, we may see LOS decrease for these patients. However, longer LOS may positively correlate with a perceived "positive" experience by family members, proxies, and staff. Signatory treatment choices were as expected, with the exception of BiPAP, a non-invasive, possible palliative treatment option. This may reflect the patient's underlying condition, or a poor understanding of the uses and benefits of this modality.

Most patients had a diagnosis of dementia, were disabled, and had chronic medical problems; that is, there was a steady decline in their general condition. This is not a great deviation for the baseline patient in our department, at times representing 70% of our admissions. However, the fact that none of these patients arrived at our department with any advance directives speaks poorly for the present system in Israel. The absolute worst time to address these issues is during an admission for an acute illness: patients usually cannot represent themselves in any meaningful way, many times they arrive alone (due to the acute nature of the illness), and the added stress causes a tense dynamic in their support system, possibly clouding good judgment. One systems-approach method to address this issue would be to initiate the process of advance directives in the community at the level of the health insurance fund. We propose (as a start) that all patients over the age of 70 and/or with a diagnosis of dementia be required to have an advance directive on file. This would be required by the health fund and would be included in the routine health care maintenance provided by the local family physician, similar to preventive vaccines, cholesterol checks, and colonoscopy.

While we appreciate the conscientious work done by the formulators of the TIPL, it is our impression that its actual implementation lags behind similar processes in the United States and Europe. The reasons are most likely multi-factorial. We suggest that the "Israeli ethos... granting overriding consideration to the sanctity of life" [12] coupled with cultural and religious norms may make it difficult to approach end-of-life discussions with patients and their families. There are those who take issue with the TIPL and feel that its interpretation of the patient's autonomy doctrine is narrow and limited [13]. However, this does not explain why the TIPL has not been fully embraced. Education may be a key factor. Very little time is spent educating medical students and physicians on

proper care for the patient at the end of his or her life. A new curriculum needs to be integrated into medical education to teach new physicians about end-of-life care. The Israeli view of hospice is also narrow. Hospice in Israel is primarily focused on the oncologic patient, and palliative care is a relatively new specialty that has yet to find its place in the care of the medical patient. These fields need to continue to evolve to include other medical conditions (e.g., end-stage congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease). Lastly, many may feel they do not have the time and resources to address these issues in any meaningful way. We found that this can be done, but requires a top-down, formal, multi-disciplinary approach. We feel that without a formal process (e.g., proper documentation and communication), vital decisions (whether to intubate) will be made within seconds during change of shifts from the daytime to nighttime coverage.

CONCLUSIONS

No process is perfect, and the TIPL needs to continue to improve and evolve. For example, there should be a medium for feedback, improvement, and integration of the TIPL into our health care system. Advance directive forms can be found on the Ministry of Health website [14], and the Ministry is attempting to link hospitals with a central database/receptacle of advance directives for access by a select few physicians at each institution. This is a start, but not a solution to the core of the problem. This receptacle will remain relatively empty if the health funds do not initiate/mandate the discussion of advance directives when the patient is healthy and capable of thinking for him or herself. If this can be accomplished, we envision greater quality communication between health fund physicians, the patient or proxy, and the hospitalist, as they work together to deliver a high level of individualized patient-focused care.

Now is the "teachable moment." The TIPL exists to allay any medico-legal fears. We presented a small case-series, but formal research needs to be conducted to better understand and perfect the process of delivering the highest level of end-of-life care to our patients. Future studies may address the integration of the electronic medical record with the TIPL, end-of-life course curricula, patient's perception of quality of life, cultural differences in approaches to end-of-life care within Israel, and the ability of physicians to predict the lifespan of critically ill patients. We have demonstrated in a few patients that we can, formally and efficiently (e.g., with a one-page document), deliver care in accordance to the TIPL, but this will need to be validated on a much larger scale.

Acknowledgments

We would like to thank Professors Amos Yinnon and Mayer Brezis for their critical review of this manuscript, Prof. Avraham Steinberg for his critical review of this manuscript and assistance with the creation of our in-patient advance directive form, and Mrs. Naama Holzer for her assistance with data collection and translation services.

LOS = length of stay

Correspondence**Dr. D. Katz**

Dept. of Internal Medicine D, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem 91031, Israel

Phone: (972-2) 646-4124**Fax:** (972-2) 646-4489**email:** dkatz@szmc.org.il**References**

1. Israeli Ministry of Health. <http://www.health.gov.il/doclib/16914107.pdf>
2. Steinberg A, Sprung CL. The dying patient act, 2005: Israeli innovative legislation. *IMAJ* 2007; 9: 550-2.
3. Doron D, Wexler ID, Shabtai E, Corn BW. End-of-life legislation in Israel: physician attitudes and awareness. *J Clin Oncol* 2010; 28: (Suppl: Abstr e19641).
4. Doron D, Wexler ID, Shabtai E, Corn BW. Israel dying patient act: physician knowledge and attitudes. *Am J Clin Oncol* 2013; May 8 (Epub ahead of print)
5. Dr. Falk Schlesinger Institute for Medical Halachic Research. <http://98.131.138.124/articles/jme/jmem12/jmem.12.2.asp>
6. Sonnenblick M, Raveh D, Gratch L, Yinnon A. Clinical and demographic characteristics of elderly patients hospitalized in an internal medicine department in Israel. *Int J Clin Pract* 2007; 61: 247-54.
7. Hersch M, Sonnenblick M, Karlic A, Einav S, Sprung CL, Izbicki G. Mechanical ventilation of patients hospitalized in medical wards vs the intensive care units – an observational comparative study. *J Crit Care* 2007; 22: 13-17.
8. Rosin AJ, Sonnenblick M. Autonomy and paternalism in geriatric medicine. The Jewish ethical approach to issues of feeding terminally ill patients, and to cardiopulmonary resuscitation. *J Med Ethics* 1998; 24: 44-8.
9. Steinberg A. End-of-life decision-making process. *Harefuah* 2003; 142: 672-3, 718 (in Hebrew).
10. Sonnenblick M, Gratch L, Raveh D, Steinberg A, Yinnon AM. Epidemiology of decision on life-sustaining treatment in the general internal medicine division. *Harefuah* 2003; 142: 650-3, 720 (Hebrew).
11. Friedmann R, Sonnenblick M. The who and where of care: non-oncologic terminal illness in the elderly. *IMAJ* 2005; 7: 39-40.
12. Gross MC. Medical ethics committees in Israel: implementing the Israel Patient Rights Act and terminating life sustaining treatment. *IMAJ* 2001; 3: 461-4.
13. Tikvah A. The law of the dying patient, 2005 – the influence of Jewish law on mercy killing. *J Health Law Bioethics* 2008; 1: abstr in English xxvi-xxvii.
14. Israel Ministry of Health forms. http://www.health.gov.il/services/citizen_services/dyingpatientrequest.aspx

Appendix. Advance Directives during Admission

Department of Internal Medicine D, Shaare Zedek Medical Center (In Compliance with the Terminally Ill Patient Law, 2005)

Section 1:

1. Does the patient have less than 2 weeks to live? ☐ Yes ☐ No
Does the patient have less than 6 months to live? ☐ Yes ☐ No
If the answer to one of the questions in Section 1 is "yes," continue.
Diagnosis: _____
2. Is the patient competent? ☐ Yes ☐ No
(If in doubt, obtain Psychiatric consultation and add consult to medical record)
If the answer to Question #2 is "yes," proceed with Section 2.
If the answer to Question #2 is "no," skip to Section 3.

Section 2 (Patient Competent):

If the patient is competent, discuss wishes regarding future treatment.
Continue with Section 4.

Section 3 (Patient not competent):

1. Are there any preceding medical directives signed by the patient? ☐ Yes ☐ No
2. Is there a legal proxy or durable power of attorney? ☐ Yes ☐ No
3. Is there a "close person" available to convey the patient's wishes? ☐ Yes ☐ No
Name of "close person" _____
relation _____
4. Is there a legally appointed guardian? ☐ Yes ☐ No
If the answer to one of the questions in Section 3 is "yes," have the appropriate person answer the questions in Section 4 and sign.

Section 4:

1. Is the patient interested in resuscitation? ☐ Yes ☐ No
2. Is the patient interested in mechanical ventilation? ☐ Yes ☐ No
3. Is the patient interested in BiPAP? ☐ Yes ☐ No
4. Is the patient interested in dialysis? ☐ Yes ☐ No
5. Is the patient interested in surgery? ☐ Yes ☐ No
6. Is the patient interested in antibiotics? ☐ Yes ☐ No
7. Is the patient interested in transfusion? ☐ Yes ☐ No

Note: Incompetent patients must receive palliative care, fluids, and nutrition (at physician's discretion). Patients unable to represent themselves/or without representation, will receive traditional treatments to extend life, until State guardianship is established. Physicians convinced that continuing treatment is not beneficial to the patient should contact the local Institutional Ethics Committee.

Date: _____

Signature & stamp(s) of Senior Physician: _____

Nurse: _____

Social Worker: _____

Signature of "close person" or "guardian": _____

Signature confirms discussion of patient's condition, prognosis, and end of life care. Further details can be found in the medical file.

Anhang II

Das israelische „The Dying Patient Law 2005“

Gesetz
Übersetzung
Kommentare



רשומות

ספר החוקים

15 בדצמבר 2005

2039

י"ד בכסלו התשס"ו

עמוד

58 חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005

87 חוק הגנת הצרכן (תיקון מס' 17), התשס"ו-2005

חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005*

פרק א': מטרה ועיקרון יסוד

- מטרה 1. (א) חוק זה בא להסדיר את הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות תוך איזון ראוי בין ערך קדושת החיים, לבין ערך אוטונומיית הרצון של האדם והחשיבות של איכות החיים.
- (ב) חוק זה מבוסס על ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית ועל עקרונות יסוד בתחום המוסר, האתיקה והדת.
- עקרון יסוד 2. בקביעת הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, מצבו הרפואי, רצונו ומידת סבלו הם השיקולים הבלעדיים.

פרק ב': הגדרות

- הגדרות 3. בחוק זה –
- "אדם קרוב" – אדם, שלדעת רופא אחראי, על פי הוראות שקבע השר לפי סעיף 60(א)(1), מתקיימים בו שניים אלה:
- (1) הוא בעל קרבה משפחתית או רגשית אל החולה הנוטה למות ומסור לו;
- (2) הוא מכיר היטב את החולה הנוטה למות, על יסוד קשר רצוף ומתמשך עמו בתקופה שלפני הטיפול הרפואי בו או במהלכו;
- "אפטרופוס" – אפטרופוס לגוף;
- "בעל כשרות" – מי שמתקיימים בו כל אלה:
- (1) מלאו לו 17 שנים;
- (2) הוא מסוגל להביע את רצונו;
- (3) הוא לא הוכרז פסול דין;
- (4) הוא לא הוצא מחוקת הכשרות האמורה בסעיף 6;
- "המנהל הכללי" – המנהל הכללי של משרד הבריאות;
- "הנחיות רפואיות מקדימות" – הנחיות רפואיות שנתן אדם לפי הוראות פרק ה';
- "הסכמה מדעת" – כמשמעותה בפרק ד' לחוק זכויות החולה;
- "הוועדה הארצית" – הוועדה שמונתה לפי הוראות סעיף 50;
- "ועדה מוסדית" – ועדה שמונתה לפי הוראות סעיף 45;
- "חולה הנוטה למות" – מטופל שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 8(א), כי הוא חולה הנוטה למות;
- "חולה בשלב סופי" – חולה הנוטה למות שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 8(ב), כי הוא חולה בשלב סופי;
- "חוק זכויות החולה" – חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996;

* התקבל בכנסת ביום ה' בכסלו התשס"ו (6 בדצמבר 2005); הצעת החוק ודברי הסבר פורסמו בהצעות חוק הממשלה – 145, מיום א' בטבת התשס"ה (13 בדצמבר 2005), עמ' 454.

¹ ס"ח התשנ"ו, עמ' 327.

"טיפול מקל" – טיפול מקל (פליאטיבי – Palliative) כאמור בסימן ה' לפרק ד';

"טיפול רפואי", "מטופל", "מידע רפואי", "מצב חירום רפואי" ו"רשומה רפואית" – כהגדרתם בחוק זכויות החולה;

"טיפול רפואי מחזורי" – כל אחד מאלה:

(1) טיפול רפואי הניתן באופן מחזורי ובהפסקות, ואפשר להבחין באופן מעשי וברור בין סיום מחזור אחד של טיפול לתחילת המחזור הבא;

(2) טיפול שתוכנן מראש, באמצעים טכנולוגיים מתאימים, להינתן כטיפול רפואי מחזורי, למרות שעל פי טיבו הוא היה ניתן באופן מתמשך ובלא הפסקות;

"טיפול רפואי רציף" – טיפול רפואי, שעל פי טיבו ניתן באופן מתמשך ובלא הפסקות, למעט טיפול רפואי מחזורי כאמור בפסקה 2 להגדרה טיפול רפואי מחזורי;

"ייפוי כוח" ו"מיופה כוח" – כמשמעותם בסעיף 37, לענין מיופה כוח, לרבות מחליף;

"מאגר המידע" – מאגר המידע שהוקם לפי סימן ה' לפרק ה';

"מוסד רפואי" – בית חולים כמשמעותו בסעיף 24 לפקודת בריאות העם, 1940², מרפאה כמשמעותה בסעיף 34 לפקודה האמורה, וכן קופת חולים, כמשמעותה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994³;

"מטפל" – רופא, אח או אחות, עובד סוציאלי ופסיכולוג;

"סבל משמעותי" –

(1) כפי שהגדיר נותן הנחיות רפואיות מקדימות בהנחיות, או נותן ייפוי כוח בייפוי הכוח;

(2) בהעדר הגדרה כאמור בפסקה (1), כאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו;

"עובד סוציאלי" – כמשמעותו בחוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו–1996⁴;

"פסיכולוג" – מי שרשום בפנקס הפסיכולוגים לפי חוק הפסיכולוגים, התשל"ז–1977⁵;

"פקודת הרופאים" – פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז–1976⁶;

"קטין" – מי שטרם מלאו לו 17 שנים;

"רופא" – רופא מורשה כמשמעותו בפקודת הרופאים;

"רופא מומחה" – רופא שהוא בעל תואר מומחה לפי פקודת הרופאים;

"רופא אחראי" – אחד מאלה:

(1) מנהל מחלקה או מנהל יחידה, במוסד רפואי, האחראי על הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, או רופא מומחה שמינה מנהל המוסד הרפואי, מנהל מחלקה או מנהל יחידה, להיות אחראי כאמור – לענין חולים המטופלים במוסד רפואי;

² ע"ר 1940, תוס' 1, עמ' (ע) 191 (א) 239.

³ ס"ח התשנ"ד, עמ' 156.

⁴ ס"ח התשנ"ו, עמ' 152.

⁵ ס"ח התשל"ז, עמ' 158.

⁶ דיני מדינת ישראל, נוסח חדש 30, עמ' 594.

(2) רופא מחוזי של קופת חולים, או רופא שמונה על ידו – לענין חולים המטופלים בקהילה;

(3) רופא המנוי בפסקאות (1) או (2) – גם לענין חולים המטופלים שלא במוסד רפואי ושלא באמצעות קופת חולים;

”רופא אישי” – רופא, שיש לו היכרות קרובה עם המטופל, רצונותיו ועמדותיו ביחס לטיפול הרפואי בו, בין אם הוא רופא משפחה של המטופל או רופא המרכז את הטיפול במטופל בקהילה או במוסד הרפואי;

”השר” – שר הבריאות.

פרק ג': הרצון לחיות וכשרות – חזקות

4. חזקה על אדם שהוא רוצה להוסיף לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת; לא הוכח אחרת מעבר לכל ספק סביר – יש לנטות לטובת הרצון להוסיף לחיות.
5. אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת רצונו להוסיף לחיות ואין נמנעים, לפי הוראות חוק זה, מטיפול רפואי בו, אלא על פי המפורט בסעיף זה, לפי הענין:
- (א) בחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות – על פי הבעת רצונו המפורשת;
- (ב) בחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, שמלאו לו 17 שנים, על פי אחת מאלה:
- (1) הנחיות רפואיות מקדימות שנתן שמתקיימות בהן הוראות סעיפים 33 ו-34(א);
- (2) החלטה של מיופה כוחו שניתנה לפי ייפוי כוח שמתקיימות בו הוראות סעיפים 38 ו-39(א);
- (3) החלטה של ועדה מוסדית או הוועדה הארצית שניתנה לפי הוראות פרק ו';
- (ג) בהעדר הנחיות או החלטות כמפורט בסעיף קטן (ב) – על פי החלטת רופא אחראי ובתנאי שהחלטה כאמור תתקבל בהתחשב –
- (1) בהצהרה מפורשת של אדם קרוב ולפיה החולה הנוטה למות אינו רוצה להוסיף לחיות;
- (2) בהעדר הצהרה כאמור – בהתחשב בעמדת אפטרופסו של החולה הנוטה למות, שהוא אדם קרוב, ככל שישנו, ולפיה רצונו של החולה הנוטה למות שלא להאריך את חייו.
6. חזקה על אדם שמלאו לו 17 שנים ושלא הוכרז פסול דין שהוא כשיר מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית לקבל החלטות בקשר לטיפול הרפואי בו מתוך הבנה, שיקול דעת ורצון חופשי.
7. אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת היותו כשיר כאמור בסעיף 6 לצורך חוק זה, אלא בהחלטה רפואית מנומקת ומתועדת של הרופא האחראי לאחר שקיים התייעצות עם המטפלים בחולה הנוטה למות ועם רופאים רלוונטיים או מומחים, לפי הענין, ובמידת האפשר עם רופאו האישי.

פרק ד': הטיפול בחולה הנוטה למות

סימן א': כללי

8. (א) רופא אחראי מוסמך לקבוע כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, אם נוכח כי המטופל סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים.

(ב) רופא אחראי מוסמך לקבוע כי חולה הנוטה למות הוא חולה בשלב סופי, אם נוכח כי הוא מצוי במצב רפואי שבו כשלו כמה מערכות חיוניות בגופו ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שבועיים.

(ג) קביעת רופא אחראי לפי סעיף זה תיעשה לאחר התייעצות עם הרופאים המומחים המטפלים במטופל ובמידת האפשר גם עם רופאו האישי.

9. קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות והוא אינו בעל כשרות – בירור רצון החולה

(1) הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, יעשה מאמץ סביר כדי לקבל את כל הנתונים והמסמכים הנוגעים בדבר, לצורך בירור רצונו של החולה הנוטה למות לפי סעיף 5(ב) ו-1(ג) והכל בהתאם לכללים שנקבעו לענין זה בתקנות;

(2) הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, יברר במאגר המידע אם, על פי הרשום בו, נתן החולה הנחיות רפואיות מקדימות, או מינה מיופה כוח; מצא הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, כי החולה נתן הנחיות או מינה מיופה כוח כאמור, וזאת לאחר בירור במאגר המידע ובדרך אחרת, ככל הניתן, יצרף הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, מידע זה לרשומה הרפואית המתנהלת לגבי החולה.

10. (א) קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, יודיע הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, למיופה הכוח, לאדם הקרוב לחולה הנוטה למות ולאפוטרופסו, ככל שישנם וניתן לאתרם במאמץ סביר, כי בכוונתו לפעול בהתאם להנחיות רפואיות מקדימות שנתן החולה הנוטה למות או לפי הוראות מיופה כוח, לפי הענין.

(ב) רופא אחראי ימסור מידע רפואי הנוגע לחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות ויאפשר עיון ברשומה הרפואית שלו למי שדעתו נדרשת לשם קבלת החלטה על הטיפול שיינתן לו בהתאם להוראות חוק זה.

(ג) הוראות כל דין האוסרות העברת מידע רפואי לא יחולו על מסירת מידע לפי סעיף זה.

11. (א) קבע רופא אחראי, כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, יקיים יחד עם המטפלים האחרים בו, בהקדם האפשרי, דיון מפורט על מצבו של המטופל ועל הטיפול הרפואי שיש לתת לו ויקבל החלטה בענין, והכל בהתאם להוראות חוק זה.

(ב) קיבל רופא אחראי החלטה על דרך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, יתעד ברשומה הרפואית של החולה את מהלך הדיון, את ההחלטה שקיבל ואת הנימוקים לה; הוראות סעיף זה באות להוסיף על הוראות תיעוד לפי סעיף 17 לחוק זכויות החולה.

12. על הרופא האחראי להעריך, מדי פעם, את כשרותו, מצבו הרפואי ואת רצונותיו של החולה הנוטה למות; חל שינוי באחד מאלה – עליו לחזור ולהחליט לענין דרך הטיפול הרפואי בו.

סימן ב': חולה נוטה למות המבקש טיפול חריג להארכת חיו

13. חולה הנוטה למות, הרוצה שחיו יוארכו, ומבקש טיפול רפואי שלדעת הרופא האחראי, אין לו הצדקה בנסיבות הענין, יש לכבד את רצונו ולתת לו את הטיפול המבוקש בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל; הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי טיפול רפואי שלדעת הרופא האחראי אינו צפוי להאריך את חייו, או עלול לגרום נזק משמעותי למטופל או לזולתו.

זכותו של חולה
הנוטה למות
לקבל טיפול
רפואי חריג
להארכת חיו

14. רצונו של חולה הנוטה למות לענין קבלת טיפול רפואי כאמור בסעיף 13, ייקבע על פי המפורט להלן, לפי הענין: (א) בחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות – על פי הבעת רצונו המפורשת; (ב) בחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, שמלאו לו 17 שנים, על פי אחת מאלה: (1) על פי הנחיות רפואיות מקדימות שנתן שמתקיימות בהן הוראות סעיפים 33 ו-34(א); (2) על פי החלטה של מיופה כוחו שניתנה לפי ייפוי כוח שמתקיימות בו הוראות סעיפים 38 ו-39(א); (3) על פי החלטה של ועדה מוסדית או הוועדה הארצית שניתנה לפי הוראות פרק ו'; (ג) בהעדר הנחיות או החלטות כמפורט בסעיף קטן (ב), על פי – (1) הצהרה מפורשת של אדם קרוב לענין רצונו של החולה הנוטה למות; (2) ובהעדר הצהרה כאמור ייקבע רצונו של החולה הנוטה למות על פי עמדת אפוסטרופסו שהוא אדם קרוב, ככל שישנו; (ד) הוראות סעיף 9(1) יחולו גם לענין סעיף זה, בשינויים המחויבים. סימן ג': חולה הנוטה למות אשר אינו רוצה שחייו יוארכו	קביעת הרצון לקבלת טיפול חריג להארכת חיים
15. (א) חולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות, אשר אינו רוצה שחייו יוארכו, יש לכבד את רצונו ולהימנע מטיפול רפואי בו. (ב) על המטפלים בחולה הנוטה למות כאמור בסעיף קטן (א) לעשות מאמץ סביר כדי לשכנעו לקבל חמצן, וכן מזון ונוזלים, אף באמצעים מלאכותיים, וכן לקבל טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות בוזמניות או במחלות רקע וטיפול מקל. 16. (א) חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות הסובל סבל משמעותי, שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 5(ב) כי אינו רוצה שחייו יוארכו, יש להימנע מטיפול רפואי בו, הקשור לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא, לרבות בדיקות, ניתוחים, החיאה, חיבור למכשיר הנשמה, טיפולים כימותרפיים, הקרנות או דיאליזה, והכל בהתאם לרצונו כפי שנקבע על פי סעיף 5(ב). (ב) (1) בסעיף קטן זה, "טיפול נלווה" – טיפול רפואי בחולה הנוטה למות, שאינו קשור כלל לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא, לרבות טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות בוזמניות או במחלות רקע וטיפול מקל, וכן מתן מזון ונוזלים אפילו באמצעים מלאכותיים. (2) אין להימנע מטיפול נלווה בחולה הנוטה למות כאמור בסעיף קטן (א), והכל אף אם רצונו של החולה כפי שנקבע לפי סעיף 5(ב) הוא להימנע מקבלת טיפול כאמור.	הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות
17. על אף הוראות סעיף 16(ב), חולה בשלב סופי שאינו בעל כשרות, הסובל סבל משמעותי, שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 5(ב) כי אינו רוצה שחייו יוארכו, יש להימנע מכל טיפול רפואי בו, לרבות טיפול רפואי נלווה כאמור בסעיף 16(ב)(1), והכל בהתאם לרצונו כפי שנקבע לפי סעיף 5(ב); על אף האמור בסעיף זה, אין להימנע ממתן נוזלים לחולה כאמור, אפילו באמצעים מלאכותיים, אלא אם כן קבע הרופא האחראי שמתן הנוזלים גורם סבל או נזק לחולה כאמור.	חולה בשלב סופי שאינו בעל כשרות

18. (א) במצב חירום רפואי של חולה הנוטה למות יחולו הוראות סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה, אלא אם כן נודע למטפל כי נקבע לפי הוראות סעיף 5 כי רצונו של החולה הנוטה למות להימנע מטיפול רפואי בעת מצב כאמור.

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), לענין חולה בשלב סופי הנתון במצב חירום רפואי, מותר להימנע מטיפול רפואי מציל חיים בו, אלא אם כן נודע למטפל כי נקבע לפי הוראות סעיף 14 כי רצונו של החולה בשלב סופי לקבל טיפול רפואי בעת מצב כאמור.

סימן ד': פעולות אסורות

19. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, המכוונת להמית, או שתוצאתה, קרוב לוודאי, היא גם גרימת מוות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה ובין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר ובין שלא.

20. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, שיש בה סיוע להתאבדות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה ובין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר ובין שלא.

21. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר הפסקת טיפול רפואי רציף בחולה הנוטה למות, העלולה להביא למותו, בין שהוא בעל כשרות ובין אם לאו; ואולם מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי רציף, שנפסק שלא במכוון או שלא בניגוד להוראות כל דין וכן מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי מחזורי, והכל בכפוף להוראות סימן ג'.

22. נודע לרופא אחראי, כי קיימת מחלוקת בנוגע להחלטה או קביעה לגבי חולה הנוטה למות, וכי פנה אדם לוועדה מוסדית או כי בכוונת אדם לפנות לוועדה מוסדית לצורך הכרעה במחלוקת, יפעל הרופא האחראי באופן שיאפשר את המשך חייו של החולה הנוטה למות ובלבד שאם קיימת אפשרות לעשות כן באמצעות טיפול שאינו טיפול רציף, יעשה הדבר כך.

סימן ה': מתן טיפול מקל

23. (א) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה כל שניתן כדי להקל על כאבו וסבלו של חולה הנוטה למות, אף אם הדבר כרוך בסיכון סביר לחייו של החולה, לרבות באמצעות תרופות, משככי כאבים או באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל, ובכפוף לרצון החולה הנוטה למות, בהתאם להוראות חוק זה ובהתאם להוראות חוק זכויות החולה.

(ב) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה, במידת האפשר, כל שניתן כדי להקל על בני משפחתו של חולה הנוטה למות ולדאוג לרווחתם בעת שהותו של החולה במוסד הרפואי, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול סוציאלי וטיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל.

סימן ו': טיפול בקטין הנוטה למות

24. הורה של קטין מוסמך לייצגו בענין הטיפול הרפואי בו, בין לענין הארכת חייו ובין לענין הימנעות מהארכת חייו; אפוטרופוס של קטין, שהוא אדם קרוב, רשאי להשמיע את עמדתו לענין זה והרופא האחראי רשאי לפעול על פיה; היה הקטין חסר הורים, או שנשללה אפוטרופוסת ההורים ולא נקבע לקטין אפוטרופוס או שאפוטרופוסו אינו אדם קרוב, תכריע בענינו הוועדה המוסדית.

25. קטין שהוא חולה הנוטה למות, זכאי להשתתף בקבלת החלטה על הטיפול הרפואי בו, בהתקיים שניים אלה:	שמיעת עמדתו של קטין
(1) הקטין מודע למצבו, ומבקש להשתתף בקבלת ההחלטה בענינו; (2) הרופא האחראי קבע שכושרו ובשלומו השכליים והנפשיים של הקטין מאפשרים את שיתופו בקבלת ההחלטה בענינו.	
26. רופא אחראי ימסור לקטין מידע המתייחס באופן ישיר למצב בריאותו, או לטיפול הרפואי בו, בהתקיים שניים אלה: (1) הרופא האחראי השתכנע כי אין במסירת המידע, או חלק ממנו, כדי לגרום נזק לבריאותו הגופנית או הנפשית של הקטין, או לסכן את חייו; (2) הרופא האחראי קבע שכושרו ובשלומו השכליים והנפשיים של הקטין מאפשרים לו הבנה נאותה של המידע ומשמעותו.	מסירת מידע רפואי לקטין
27. החלטות כאמור בסעיפים 25(2) ו-26 יתקבלו לאחר התייעצות עם הורי הקטין, אפוטרופוסו, אם מונה לו, עם המטפלים בקטין ועם רופאים רלוונטיים או מומחים הנוגעים בדבר, לפי הענין, ובמידת האפשר עם רופאו האישי.	חובת התייעצות
28. (א) נתגלעו חילוקי דעות בין הורי קטין שהוא חולה הנוטה למות, או בינם לבין הרופא האחראי, לענין הטיפול הרפואי בו, תכריע בדבר הוועדה המוסדית. (ב) נתגלעו חילוקי דעות בין קטין שהוא חולה הנוטה למות, לבין הוריו, או בינו לבין הרופא האחראי, לענין הטיפול הרפואי בו, יחולו הוראות אלה:	הכרעה במחלוקת בענין קטין
(1) הביע הקטין את רצונו שחייו יוארכו, יפעל הרופא האחראי בהתאם לרצונו של הקטין, בכפוף להוראות חוק זה; (2) הביע קטין שמלאו לו 15 שנים את רצונו להימנע מהארכת חייו, תכריע בדבר ועדה מוסדית.	
(ג) דנה ועדה מוסדית בענינו של קטין שהוא חולה הנוטה למות, תישמע גם עמדתו, אם הובעה, וכן יימסר לוועדה פירוט המידע שנמסר לו.	
(ד) הוועדה המוסדית תשקול בין שיקוליה את טובתו של הקטין, ותהיה רשאית לקבוע שיש להימנע מהארכת חייו של הקטין, אם שוכנעה כי אין זה לטובתו של הקטין שחייו יוארכו, בכפוף להוראות סעיף קטן (ב)(1).	
סימן ז': טיפול בחסוי נוטה למות	
29. (א) בחוק זה, "חסוי" – אדם שמתקיימים בו כל אלה:	טיפול בחסוי נוטה למות
(1) אינו יכול, דרך קבע, לדאוג לעניניו, בשל מוגבלות שכלית או נפשית;	
(2) מצב הדברים כאמור בפסקה (1) התקיים אצלו לפני שנקבע לגביו כי הוא חולה נוטה למות;	
(3) אין לגביו הנחיות רפואיות מקדימות בתוקף, או ייפוי כוח בתוקף.	
(ב) הביע חסוי את רצונו שחייו יוארכו, יפעל הרופא האחראי בהתאם לרצונו של החסוי, בכפוף להוראות חוק זה; הביע החסוי את רצונו להימנע מהארכת חייו, תכריע בענינו ועדה מוסדית; הוראות סעיפים 25, 26 ו-27 יחולו בשניונים המחויבים, לפי הענין.	

(ג) לא נודע רצונו של החסוי, והסכימו הרופא האחראי והאפוסטרופוס שיש להאריך את חייו – יפעל הרופא האחראי כאמור, בכפוף להוראות חוק זה; בכל מקרה אחר – תכריע הוועדה המוסדית בענינו של החסוי.

(ד) הוועדה המוסדית תשקול בין שיקוליה את טובתו של החסוי, ותהיה רשאית לקבוע שיש להימנע מהארכת חייו של החסוי, אם שוכנעה כי אין זה לטובתו של החסוי שחיי יוארכו, בכפוף להוראות סעיף קטן (ב).

פרק ה': הבעת רצון מוקדמת

סימן א': הדרכים להבעת רצון מוקדמת

30. אדם רשאי להביע את רצונו, מראש, בשאלת הטיפול הרפואי בו אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, במתן הנחיות רפואיות מקדימות, בייפוי כוח, או בשילוב ביניהם, הכל בכפוף להוראות פרק זה ובלבד שעשה כן מתוך רצון חופשי ועצמאי ושלא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

סימן ב': הנחיות רפואיות מקדימות

31. אדם בעל כשרות רשאי לתת הנחיות רפואיות מקדימות שבהן יפרט את רצונו לגבי טיפול רפואי עתידי בו אם ייקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, הכל לפי הוראות חוק זה.

32. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יינתנו לאחר שהנותן קיבל מרופא או מאחות מוסמכת מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות (בחוק זה – מוסר המידע).

(ב) על אף הוראות סעיף קטן (א), נקבע בהתאם להוראות חוק זה כי אדם שהוא חולה נוטה למות, ייתן הנחיות רפואיות מקדימות לאחר שקיבל מרופא מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.

33. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יינתנו בכתב, על גבי טופס הנחיות רפואיות מקדימות שנוסחו מובא בתוספת הראשונה, בחתימת ידו של נותן ההנחיות בפני שני עדים שאין להם אינטרס כלכלי או אחר בנותן ההנחיות, ושאינם מיופה כוח, אך יכול שאחד העדים יהיה מוסר המידע; העדים יאשרו באותו מעמד בחתימת ידם על גבי טופס ההנחיות הרפואיות המקדימות שנותן ההנחיות חתם כאמור.

(ב) הנחיות רפואיות מקדימות יכול שיכללו הגדרה של נותן ההנחיות לסבל משמעותי ויכללו גם –

(1) הצהרה כי ההנחיות ניתנו מתוך רצון חופשי, על יסוד הבנה ושיקול דעת;

(2) תמצית המידע הרפואי שניתן לנותן ההנחיות כאמור בסעיף 32; התמצית תירשם בידי מוסר המידע אשר יאשר בחתימת ידו כי מסר לנותן ההנחיות מידע וכי הסביר לנותן ההנחיות את כל המונחים הרפואיים בהתאם להוראות סעיף 13(ב) לחוק זכויות החולה.

(ג) הנחיות רפואיות מקדימות יכול שיינתנו בדרכים אחרות שיקבע השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, ויכול שייקבעו כאמור דרך כלל או לסוגי מקרים שיקבע.

34. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יעמדו בתוקפן חמש שנים מיום חתימת טופס ההנחיות הרפואיות המקדימות, אלא אם כן נקבעה בו תקופה קצרה מכך וניתן להאריך את תוקפן לתקופות נוספות שכל אחת לא תעלה על חמש שנים; ההארכה תיעשה על גבי טופס ההארכה שבתוספת השלישית.

תוקף הנחיות רפואיות מקדימות

(ב) הנחיות רפואיות מקדימות שאינן מקיימות אחר כל הוראות סימן זה או הנחיות רפואיות מקדימות שפג תוקפן לפי סעיף קטן (א) אינן מחייבות, אך על הרופא האחראי לעיין בהן והוא רשאי להתחשב בהן לענין סעיפים 5(ג) ו-14(ג).

35. לא ניתן לקבוע בבירור את רצונו של החולה הנוטה למות מההנחיות הרפואיות המקדימות שנתן, או שההנחיות הרפואיות אינן מתאימות לנסיבות המקרה, או בהעדר מיופה כוח או עדות ברורה של אדם קרוב – תכריע בדבר הוועדה המוסדית.

הנחיות לא ברורות או לא מתאימות

36. אי־מתן הנחיות רפואיות מקדימות אין בו כשלעצמו כדי להעיד על רצונו של החולה הנוטה למות באשר לטיפול הרפואי בו או להימנעות מהטיפול הרפואי בו.

העדר הנחיות רפואיות מקדימות

סימן ג': ייפוי כוח

37. (א) אדם בעל כשרות רשאי למנות מיופה כוח על גבי טופס שנוסחו מובא בתוספת השניה ורשאי הוא למנות בייפוי הכוח מחליף למיופה הכוח.

מיופה כוח

(ב) מיופה הכוח יהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות; לא יוכל מיופה הכוח למלא במועד הנדרש את תפקידו, או יסרב לעשות כן, יהיה המחליף למיופה הכוח, מיופה הכוח.

(ג) בייפוי הכוח יפורטו הנסיבות והתנאים שבהם יהיה מוסמך מיופה הכוח לקבל החלטות כאמור.

(ד) ניתן ייפוי כוח שיש בו התייחסות למצבים רפואיים מסוימים או לטיפולים רפואיים מסוימים – יקבל נותן ייפוי הכוח מידע רפואי בהתאם להוראות סעיף 32, בשינויים המחויבים.

38. (א) ייפוי כוח יינתן בכתב, מתוך רצון חופשי ועצמאי, על יסוד הבנה ושיקול דעת וייחתם בחתימת ידם של מייפה הכוח ושל שני עדים שאין להם אינטרס כלכלי או אחר במייפה הכוח, ושאינם מיופה כוח, אך יכול שאחד העדים יהיה מוסר המידע כאמור בסעיף 37(ד); יכול שייפוי הכוח יכלול הגדרה של נותן ייפוי הכוח לסבל משמעותי; ייפוי הכוח יכלול גם –

דרכי המינוי ותיעודו

(1) הצהרה כי ייפוי הכוח ניתן מתוך רצון חופשי, על יסוד הבנה ושיקול דעת;

(2) ניתן ייפוי כוח כאמור בסעיף 37(ד), יחולו הוראות סעיף 33(ב) בשינויים המחויבים.

(ב) בייפוי הכוח יציין מייפה הכוח כי מיופה כוחו יהיה מוסמך לקבל במקומו החלטות בענין הטיפול הרפואי בו אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, ויכול הוא לפרט את הנסיבות והתנאים שבהם יהיה מוסמך מיופה הכוח להחליט במקומו על הטיפולים הרפואיים בו, כולם או חלקם.

(ג) ייפוי כוח יכול שיינתן בדרכים אחרות שיקבע השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, ויכול שיקבעו כאמור דרך כלל או לסוגי מקרים שיקבע.

39. (א) תוקפו של ייפוי כוח לא יעלה על חמש שנים, וניתן להאריך את תוקפו לתקופות נוספות שכל אחת לא תעלה על חמש שנים; ההארכה תיעשה על גבי טופס שנוסחו מובא בתוספת השלישית.

תוקף ייפוי כוח

(ב) לא נקבעה בייפוי הכוח תקופת תוקפו, יעמוד ייפוי הכוח בתוקפו חמש שנים מיום שניתן; לא חידש אדם ייפוי כוח שנתן או שלא נקבעה בו תקופת תוקפו, ייחשב ייפוי הכוח כמסמך שאינו מחייב, אך על הרופא האחראי לעיין בו והוא רשאי להתחשב בו לענין סעיפים 5(ג) ו-14(ג).

40. אדם שיש לו יסוד סביר לחשש, כי מיופה כוח פועל שלא לפי רצונו של החולה הנוטה למות או מתוך ניגוד ענינים, רשאי הוא לפנות לוועדה המוסדית; השתכנעה הוועדה המוסדית שמיופה הכוח פועל ממניעים שאינם מבטאים את רצונו של החולה הנוטה למות, או מתוך ניגוד ענינים, רשאית היא לקבוע מהו הטיפול הרפואי הראוי בחולה הנוטה למות או לבטל את ייפוי הכוח.

השגה על החלטת מיופה כוח

סימן ד': הוראות כלליות

41. קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, והוא בעל כשרות, יודיע לו הרופא האחראי על האפשרות לתת הנחיות רפואיות מקדימות או למנות מיופה כוח או יודיע לו על האפשרות לעדכן הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שנתן; לשם כך, ימסור לו רופא מומחה את המידע הרפואי הדרוש, והכל בכפוף להוראות סעיף 13(ד) לחוק זכויות החולה.
42. (א) אדם רשאי לשלב מתן הנחיות רפואיות מקדימות לפי הוראות סימן ב', עם מינוי אפשרות השילוב מיופה כוח מטעמו לפי הוראות סימן ג'.
(ב) בהנחיות הרפואיות המקדימות ובייפוי הכוח רשאי אדם לכלול הוראות למקרה שבו ייווצר ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה הכוח.
(ג) בהעדר הוראה כאמור בסעיף קטן (ב) עדיפה ההנחיה המקדימה; ואולם אם ניתן ייפוי הכוח תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה, יובא הנושא להכרעת הוועדה המוסדית אשר תקבע אם ייפוי הכוח עדיף על פני ההנחיה הרפואית המקדימה.
43. (א) (1) ניתנו הנחיות רפואיות מקדימות ולאחר מכן ניתנו שוב הנחיות רפואיות מקדימות, יגברו ההנחיות הרפואיות המקדימות שניתנו במועד המאוחר יותר; כן הדבר לענין מינוי מיופה כוח לפי חוק זה.
(2) הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח ניתנים לביטול על גבי טופס שנוסחו מובא בתוספת הרביעית, בכתב בפני שני עדים או בדרך אחרת שיקבע השר לפי סעיפים 33(ג) או 38(ג).
- (ב) שינוי או ביטול לטובת הרצון להוסיף לחיות במצב חירום רפואי, יכול שיהיה שלא בכתב ודי בעד אחד; ובלבד שההנחיה בדבר הטיפול הרפואי באותו מצב חירום והעדות יתועדו בכתב סמוך ככל האפשר לאחר מכן; בחלוף מצב החירום האמור, ימשיכו לעמוד בתוקפן הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שבתוקף, אלא אם כן התקיים אחד מאלה:
(1) ההנחיות או ייפוי הכוח בוטלו לפי הוראות סעיף קטן (א);
(2) החולה לא היה יכול, באופן סביר, לבטל או לשנות את ההנחיות או ייפוי הכוח.
(ג) על אף הוראות סעיף קטן (א), נבצר מאדם לשנות או לבטל הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שנתן בדרך האמורה באותו סעיף קטן, בין לטובת הרצון לחיות ובין שלא לטובת הרצון לחיות, מחמת מחלה או מום שבשלהם אינו מסוגל לבצע את הפעולות המעשיות הנדרשות לשם כך, רשאי הוא לתת את הוראותיו באמצעות אדם אחר, בתנאים ובאופן שיקבע השר.

סימן ה': מאגר מידע

מאגר מידע 44. (א) השר יקים מאגר מידע, שיירשמו בו הנחיות רפואיות מקדימות ויפויי כוח, וימנה אחראי על המאגר.

(ב) כל אדם רשאי לבקש לרשום במאגר המידע הנחיות רפואיות מקדימות או יפוי כוח, שנתן, וכן ביטול או שינוי שלהם כאמור בסעיף 43, בהודעה לאחראי על המאגר.

(ג) אחת לחמש שנים לפחות ישלח האחראי על המאגר הודעות תזכורת לאדם הרשום במאגר, למענו לפי מרשם האוכלוסין או למען אחר שציין בבקשת הרישום, לחידוש ההנחיות הרפואיות המקדימות או יפויי הכוח.

פרק ו': הוועדה הארצית וועדות מוסדיות

סימן א': ועדה מוסדית

מינוי ועדות מוסדיות 45. (א) המנהל הכללי רשאי להורות למנהל מוסד רפואי למנות ועדה מוסדית; הורה המנהל הכללי כאמור, ימנה מנהל המוסד הרפואי בהתייעצות עם ראש הוועדה הארצית ובאישור המנהל הכללי, ועדה מוסדית; ואלה חבריה:

(1) שלושה רופאים, שאינם מטפלים ישירות בחולה, שהם רופאים מומחים באחד מתחומים אלה: רפואה פנימית, גריאטריה, קרדיולוגיה, נירולוגיה, אונקולוגיה, טיפול נמרץ, הרדמה, רפואת המשפחה; היה החולה ילוד, יהיה אחד מבין הרופאים כאמור רופא מומחה בנאונטולוגיה; היה החולה קטין, יהיה אחד מבין הרופאים כאמור רופא מומחה ברפואת ילדים ואחד במקומם יהיה פסיכולוג קליני או רפואי שעיסוקו בטיפול בילדים ונוער;

(2) רופא שאינו מטפל ישירות בחולה, שהוא רופא מומחה בפסיכיאטריה;

(3) אחות מוסמכת;

(4) עובד סוציאלי או פסיכולוג קליני;

(5) איש אקדמיה המומחה בתחום הפילוסופיה או האתיקה;

(6) משפטן הכשיר להתמנות שופט בית המשפט המחוזי, מתוך רשימה שערך שר המשפטים;

(7) איש דת לפי דתו של החולה, ככל האפשר.

(ב) לכל חבר ועדה מוסדית ימונה ממלא מקום בעל הכשירות הנדרשת לפי סעיף זה.

(ג) ועדה מוסדית תבחר את יושב ראש הוועדה, מבין חבריה.

(ד) ועדה מוסדית תתכנס סמוך ככל האפשר למועד הפניה אליה, ובזמן שקביעתה תהיה רלוונטית.

(ה) ועדה מוסדית רשאית להסמיך הרכב חלקי מתוכה, שידון במקרים דחופים; ההרכב החלקי יכלול לפחות חברי ועדה אלה:

(1) רופא בעל כשירות כאמור בסעיף קטן (א)(1) או (2);

(2) אחד מבין חברי ועדה אלה: אחות מוסמכת, עובד סוציאלי או פסיכולוג קליני;

(3) אחד מבין חברי ועדה אלה: איש אקדמיה כאמור בסעיף קטן (א)(5), משפטן כאמור בסעיף קטן (א)(6) או איש דת כאמור בסעיף קטן (א)(7).

- (1) מטופל שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 8 כי אינו חולה הנוטה למות ומטופל שנקבע לגביו לפי הוראות הסעיף האמור כי הוא חולה הנוטה למות (בפרק זה – החולה), או מי מטעמו של חולה כאמור;
- (2) מיופה כוחו של חולה;
- (3) אדם קרוב או אפוטרופסו של חולה שאינו בעל כשרות;
- (4) מטפל מבין חברי הצוות הרפואי במוסד הרפואי שבו מטופל החולה;
- (5) רופאו האישי של החולה;
- (6) עובד סוציאלי.

(ב) פנה לוועדה מוסדית בענינים המנויים בסעיף 47 אדם שאינו החולה או מי מטעמו, תודיע הוועדה על הפנייה לחולה או למי מטעמו; לא היה החולה בעל כשרות תודיע הוועדה על הפנייה גם למיופה כוחו ולאפוטרופסו, אם ישנם, וכן לאדם קרוב, לפי הענין.

סמכויות
ועדה מוסדית
והחלטותיה

47. (א) ועדה מוסדית מוסמכת להכריע במקרים שבהם קיימת מחלוקת בין הנוגעים בדבר או מתעורר ספק כיצד לנהוג בחולה, ובין השאר במקרים אלה:

- (1) השגה על החלטת רופא אחראי לענין חזקת הרצון להוסיף לחיות לפי סעיף 4 או חזקת הכשרות לפי סעיף 6;
- (2) מחלוקת בין הורי קטין חולה, בינם לבין עצמם או בינם לבין הרופא האחראי, וכן מחלוקת בין קטין שהוא חולה נוטה למות לבין הוריו או בינו לבין המטפלים בו, כאמור בסעיף 28;
- (3) מחלוקת בין אפוטרופוס לבין קטין חולה, הוריו או הרופא האחראי, לענין סעיף 24;
- (4) בירור רצונו של חולה נוטה למות מתוך הנחיות רפואיות מקדימות שנתן כאמור בסעיף 35;
- (5) השגה על החלטת מיופה כוח כאמור בסעיף 40;
- (6) קביעת העדיפות בין ההנחיות הרפואיות המקדימות לבין ייפוי הכוח כאמור בסעיף 42(ג).
- (7) קביעת רופא אחראי לענין היותו של מטופל חולה נוטה למות או חולה בשלב סופי, כאמור בסעיף 8;
- (8) קביעת רופא אחראי לענין היותו של אדם, אדם קרוב לחולה הנוטה למות.

(ב) בבואה להכריע במחלוקת כאמור בסעיף קטן (א) תברר ועדה מוסדית את רצונו של החולה ביחס לטיפול הרפואי בו ותיתן הוראות למימוש רצונו על פי נתונים עובדתיים שיובאו לפניה ובכפוף להוראות חוק זה; בהיעדר נתונים עובדתיים בדבר רצונו של החולה בדיון לפי סעיף קטן (א) עד (6) תחליט הוועדה בהתאם לאומדן רצונו של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך תוך התייעצות עם אדם קרוב לחולה הנוטה למות ועם אנשים המייצגים השקפת עולם הדומה לזו של החולה; ולענין קטין או חסוי תכריע הוועדה גם בהתאם לאמור בסעיף 28(ד) או 29(ד), לפי הענין.

(ג) המנויים בסעיף 46(א) וכן כל אדם שיש לו ענין במטופל, רשאים לטעון לפני הוועדה המוסדית.

(ד) החלטת ועדה מוסדית, למעט בדיון בהרכב חלקי כאמור בסעיף 45(ה), תהיה תקפה רק אם השתתפו בדיון ובקבלת ההחלטה חמישה חברים לפחות, ובהם המשפטן, רופא אחד ושני חברים נוספים מבין החברים שאינם רופאים; החלטות הוועדה יתקבלו ברוב דעות; היו הדעות שקולות – תכריע דעתו של היושב ראש.

(ה) ועדה מוסדית רשאית להחליט בפנייה, להעביר את המקרה להכרעתה של הוועדה הארצית או להביא את הצדדים המעורבים להסכמה; הסכימו הצדדים – לא תחליט הוועדה בפנייה.

(ו) ועדה מוסדית במוסד רפואי תדון בענינו של חולה המטופל במוסד הרפואי שאליו היא שייכת, ובענינו של חולה שאינו מטופל במוסד רפואי, אם הרופא האחראי בענינו מועסק במוסד הרפואי; ועדה מוסדית בקופת חולים תדון בענינו של חולה המטופל בידי רופא אחראי שאינו רופא כמפורט בפסקה (1) להגדרה רופא אחראי, שהוא רופא מחוזי או מי שמונה על ידו, והוועדה תהיה הוועדה המוסדית שבקופת חולים שבה רשום החולה; כן תדון ועדה מוסדית בענינו של חולה שלגביו הורה לה המנהל הכללי לדון ולהכריע.

דיון חוזר בוועדה 48. הוגשה פנייה חוזרת לוועדה לפי סעיף 46 בענין של החולה הנוטה למות שכבר נדון והוכרע בוועדה והחליטה הוועדה לגביו ולא חל שינוי בנסיבות, רשאי יושב ראש הוועדה לקבוע כי הפנייה החוזרת לא תובא לפני הוועדה לדיון חוזר.

סייג לדיון חוזר 49. לא תדון הוועדה בפנייה שלגביה הוגש ערר לפי סעיף 51(א)4 או הוגשה עתירה לבית המשפט הגבוה לצדק.

סימן ב': הוועדה הארצית

מינוי ועדה ארצית ומותביה 50. (א) המנהל הכללי ימנה את הוועדה הארצית, ואלה חבריה:

(1) ארבעה רופאים מומחים, בדרג של מנהל יחידה, מנהל מחלקה, או מנהל בית חולים;

(2) ארבע אחיות מוסמכות, בדרגה בכירה;

(3) ארבעה חברים שהם עובדים סוציאליים במוסד רפואי, בדרגת ניהול בכירה, או פסיכולוגים קליניים במוסד רפואי, בדרגת ניהול בכירה;

(4) ארבעה אנשי אקדמיה המומחים בתחום הפילוסופיה או האתיקה, בדרגה אקדמית בכירה;

(5) ארבעה משפטנים הכשירים להתמנות שופטי בית משפט מחוזי, או שהם בדרגה אקדמית בכירה;

(6) ארבעה אנשי דת.

(ב) החברים שימונו יהיו בעלי ניסיון בתחומים שחוק זה דן בהם; איש דת יהודי ימונה בהתייעצות עם הרבנים הראשיים לישראל ואיש דת לא יהודי ימונה בהתייעצות עם נשיא בית הדין לערעורים של אותה עדה דתית בישראל; המשפטן ימונה בהתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה.

(ג) המנהל הכללי ימנה את יושב ראש הוועדה ואת ממלא מקומו, מבין חבריה.

(ד) יושב ראש הוועדה ימנה, מבין חברי הוועדה, את מותבי הוועדה; לכל מותב ימונו שישה חברים, כל אחד מתחום עיסוק אחר כמפורט בפסקאות (1) עד (6) של סעיף קטן (א), וכן ימנה ממלא מקום לכל אחד מהם; יושב ראש הוועדה ימנה לכל מותב את היושב ראש ואת ממלא מקומו.

- (ה) חבר הוועדה הארצית ימונה לתקופה של חמש שנים, וניתן לשוב ולמנותו לתקופות נוספות.
51. (א) הוועדה הארצית מוסמכת לדון ולהכריע באלה:
- סמכויות הוועדה הארצית ופנייה לוועדה הארצית
- (1) חילוקי דעות בין חברי הוועדה המוסדית, לפי פנייה של אחד לפחות מבין חברי הוועדה המוסדית ;
 - (2) מקרים חריגים בעלי חשיבות עקרונית אשר ועדה מוסדית העבירה להכרעתה;
 - (3) מקרים שוועדה מוסדית העבירה להכרעתה של הוועדה הארצית, בלא שתכריע בהם;
 - (4) ערר על החלטה של ועדה מוסדית שהוגש בידי מי שזכאי לפנות לוועדה מוסדית.
- (ב) בבואה להכריע במחלוקת כאמור בסעיף קטן (א) תברר הוועדה הארצית את רצונו של החולה ביחס לטיפול הרפואי בו ותיתן הוראות למימוש רצונו על פי נתונים עובדתיים שיובאו לפניו ובכפוף להוראות חוק זה; בהעדר נתונים עובדתיים בדבר רצונו של החולה תחליט הוועדה בהתאם לאומד רצונו של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך תוך התייעצות עם אדם קרוב לחולה הנוטה למות ועם אנשים המייצגים השקפת עולם הדומה לזו של החולה; ולענין קטין או חסוי תכריע הוועדה גם בהתאם לאמור בסעיף 28(ד) או 29(ד). לפי הענין.
52. (א) המנויים בסעיף 46(א) וכן כל אדם שיש לו ענין במטופל, רשאים לטעון לפני הוועדה הארצית.
- החלטות הוועדה הארצית
- (ב) החלטות הוועדה הארצית יתקבלו ברוב דעות חברי המותב; היו הדעות שקולות תכריע דעתו של יושב ראש המותב.
 - (ג) תוקף החלטות הוועדה הארצית מותנה בהשתתפות בדיון של נציג מכל אחד מתחומי העיסוק שמהם מורכבת הוועדה, המפורטים בפסקאות (1) עד (6) של סעיף 50(א).
 - (ד) הוועדה הארצית תחליט בערר או בפנייה שהובאה לפנייה.
53. ראה היועץ המשפטי לממשלה כי ענין הנדון לפני הוועדה המוסדית או הוועדה הארצית מעלה שאלה שלגביה נדרשת הצגת עמדתו, רשאי הוא, לפי ראות עיניו, לפנות ולהתייצב לפני הוועדה ולהשמיע את דבריו בעצמו או באמצעות מי מטעמו.
- התייצבות היועץ המשפטי לממשלה
- פרק ז': שונות**
54. לא יישא אדם באחריות לפי כל דין על פעולתו לפי הוראות חוק זה, אלא אם כן פעל פטור מאחריות ברשלנות.
55. חולה הנוטה למות זכאי, במידת האפשר, שיכובד רצונו לענין פעולות נוספות שלדעת החולה או משפחתו הוא נדרש להן, ביזמתו ובמימונו, ואולם רשאי מנהל מחלקה שלא לאפשר ביצוע פעולות כאמור בתחומי המוסד הרפואי, אם, לפי שיקול דעתו, הוא סבור שהפעולות עלולות לסכן את החולה או לגרום הפרעה למטופלים אחרים או לצוות המטפל.
- הזכות לפעולות נוספות
56. אין בהוראות חוק זה כדי לחייב מטפל לתת לחולה הנוטה למות טיפול רפואי מסוים, או להימנע ממתן טיפול רפואי מסוים, בניגוד לערכיו, למצפוננו, או לשיקול דעתו הרפואי; מטפל שסירב או נמנע כאמור יעביר את הטיפול למטפל אחר, על פי הסדר שייקבע בתיאום מראש עם מנהל המוסד הרפואי.
- העברת הטיפול למטפל אחר

- אי-תחולה 57. על אף הוראות חוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות, התשכ"ב-1962, חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960, חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, חוק הסעד (טיפול במפגרים), התשכ"ט-1969, וחוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966, ובכפוף להוראות סעיפים 5(ג) ו-14(ג), הוראות סעיף 10(א), הוראות סימנים ו' ו-ז' בפרק ד' והוראות פרק ו', אפוסטרופוס ממונה לאדם לא יהיה מוסמך לייצגו בענינים שחוק זה חל עליהם.
- סודיות 58. לא יגלה אדם מידע מזהה על אודות מטופל שהגיע אליו תוך כדי מילוי תפקידו או במהלך עבודתו לפי חוק זה ולא יעשה בו כל שימוש, אלא לצורך ביצוע הוראות חוק זה, הוראות כל דין או לפי צו של בית משפט; אין בהוראות חוק זה כדי לגרוע מהוראות חוק זכויות החולה, בכפוף להוראות סעיף 10(ג).
- תחולה 59. חוק זה יחול גם על המדינה.
- תקנות 60. (א) השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, יקבע –
- (1) הוראות לקביעת אדם קרוב;
 - (2) הוראות לענין מתן הצהרות, איסופן ותיעודן, ולענין איסוף מסמכים ונתונים, לשם בירור רצון המטופל לפי סעיפים 5, 14 ו-35 לרבות דרישות ראייתיות ביחס לעדויות, מסמכים ונתונים כאמור;
 - (3) דרכי המינוי וסדרי העבודה של הוועדה הארצית והוועדות המוסדיות;
 - (4) הפרטים שיש לתעד ברשומה רפואית לפי סעיפים 7 ו-11(ב);
 - (5) הוראות בדבר שינוי וביטול הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח, בדי אדם שמחמת מחלה או מום אינו מסוגל לבצע את הפעולות המעשיות הנדרשות לשם כך כאמור בסעיף 43(ג);
 - (6) חובות דיווח על ביצוע הוראות חוק זה למי שיסמך השר, לצורכי בקרה ומחקר, והוראות בדבר פרסום מידע כאמור, ובלבד שלא יפורסמו פרטים מזהים של מי שדיווחו עליו;
 - (7) הוראות בדבר החובה להחזיק במוסד רפואי ובכל מקום שיקבע השר כאמור אמצעים טכנולוגיים כמשמעותם בפסקה (2) להגדרה "טיפול רפואי מחזורי"; הוראות כאמור יכול שיוחלו בהדרגה על סוגי מוסדות רפואיים ובמקום כאמור במשך תקופה שתיקבע, לפי צו שיקבע השר;
 - (8) הוראות לניהול מאגר המידע, לרבות תנאים לענין מסירת מידע וקבלת מידע, וכן דרכי מינויו של האחראי על המאגר ותחומי סמכותו.
- (ב) השר יקבע הוראות כאמור בסעיף קטן (א) (7), לגבי כל אמצעי טכנולוגי, עד תום שנה מהיום שאושר שימוש באמצעי טכנולוגי על ידי המנהל הכללי.
- (ג) השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, רשאי לקבוע דרכים אחרות למתן הנחיות רפואיות מקדימות, דרך כלל או לסוגי מקרים שקבע כאמור בסעיף 33(ג) ולמתן ייפוי כוח, דרך כלל או לסוגי מקרים שקבע כאמור בסעיף 38(ג);
- (ד) תקנות ראשונות כאמור בסעיף קטן (א) יותקנו עד תום שנה מיום פרסומו של חוק זה.

⁷ ס"ח התשכ"ב, עמ' 120.

⁸ ס"ח התש"ך, עמ' 52.

⁹ ס"ח התשנ"א, עמ' 58.

¹⁰ ס"ח התשכ"ט, עמ' 132.

¹¹ ס"ח התשכ"ו, עמ' 56.

61. השר ממונה על ביצוע הוראות חוק זה והוא רשאי להתקין תקנות לביצועו. ביצוע
62. השר, באישור ועדת העבודה והרווחה והבריאות של הכנסת, רשאי לשנות את התוספות שינוי התוספות וכן לקבוע כאמור סוגי טפסים אחרים.
63. תחילתו של חוק זה שנה מיום פרסומו. תחילה

תוספת ראשונה

הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנוטה למות (סעיף 31)

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם הרוצה ליתן הנחיות רפואיות מקדימות¹ –
(1) בדבר הימנעות מטיפולים רפואיים הנהוגים בישראל (א);

או

(2) בדבר קבלת טיפולים רפואיים להארכת חיים, אף אם אין לכך הצדקה, בנסיבות הענין (ב).

אני החתום מטה ת"ז שנת לידה
מען בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו–2005 (להלן – חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, הנחיות רפואיות מקדימות:

לצורך מתן ההנחיות הרפואיות המקדימות אני מצהיר כדלקמן:

(א) (1) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:

☐ בריא בדרך כלל

☐ נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות

(2) קיבלתי מידע רפואי² מד"ר או מאחות מוסמכת
גב' /מר

פירוט מידע רפואי (יירשם על ידי הרופא המומחה):

.....
.....
.....

(ב) ידוע לי כי ההנחיות ייכנסו לתוקף, כלומר שהטיפול הרפואי שיינתן לי יהיה בהתאם להנחיות אלה רק אם ייקבע לגבי שאני חולה הנוטה למות ולאחר הוצאתי מחזקת היותי כשר, ושאיני סובל סבל משמעותי, והכל לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.

(ג) ידוע לי שאם ייקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרות, יגבר רצוני על האמור בהנחיות אלה.

¹ הנחיות רפואיות מקדימות ניתנות בידי אדם בעל כשרות, שבהן הוא מפרט את רצונו לגבי טיפול רפואי עתידי בו אם יהיה חולה הנוטה למות, שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות בשלב סופי שאינו בעל כשרות.

² מידע רפואי –

(1) לאדם שנקבע לגביו שהוא חולה נוטה למות, יימסר על ידי רופא מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.

(2) לאדם שלא נקבע לגביו שהוא חולה הנוטה למות, יימסר על ידי רופא או אחות מוסמכת מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.

(ד) ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל הנחיות רפואיות מקדימות אלה בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה בהנחיות רפואיות חדשות, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית.

(ה) ידוע לי כי תוקף הנחיות אלה הוא חמש שנים או עד לתקופה שאינה עולה על חמש שנים, כמצוין להלן: (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ההנחיות הרפואיות המקדימות).

בתום התקופה האמורה יכול ורופא אחראי יתחשב בהנחיות אלה, אם לא בוטלו ההנחיות.

א. הוראות רפואיות מקדימות להימנע מטיפול רפואי מאריך חיים

א.1. (1) סבל משמעותי

ידוע לי כי רק אם אהיה במצב של סבל משמעותי, כפי שייקבע על ידי להלן, ואהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יימנעו מטיפול רפואי בי בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שבמסמך זה; סבל משמעותי בעבורי הוא (סמן ומלא אחת או יותר מהאפשרויות) –

☐ היזקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים;

☐ מצב שבו אני מחוסר הכרה;

☐ מצב שבו אני משותק בארבע גפיים;

☐ מצב של שיטיון (דמנציה – Dementia);

☐ היזקקות לכל אחד מטיפולים רפואיים אלה:

.....

☐ אחד ממצבים אלה:

.....

(2) ידוע לי כי אם לא מילאתי מהו סבל משמעותי בעבורי בפסקה (1) לעיל איחשב כסובל סבל משמעותי רק אם אסבול כאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חיו או בתוחלת חייו, ורק במצב זה, אם אהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

א.2. במצב של חולה הנוטה למות אלה הפעולות שאני מורה להימנע/לא להימנע מלתת לי:

מחק את המיותר

(א) ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית להימנע/לא להימנע

(ב) ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני להימנע/לא להימנע

(ג) ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה להימנע/לא להימנע

(ד) ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה להימנע/לא להימנע

(ה) ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי להימנע/לא להימנע

.....

.....

.....

.....

.....

- (ו) חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן
 לא להימנע / להימנע
 אם סימנת שלא להימנע, יש לציין את משך הזמן
 ימים/שבועות/ חודשים/בלא הגבלה (מחק את המיותר)
- (ז) חיבור לדיאליזה
 לא להימנע / להימנע
 אם סימנת לא להימנע, האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם
 יתברר שאין תוחלת לטיפול?
- (ח) ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי
 נמקי)
 לא להימנע / להימנע
 (ט) ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)
 לא להימנע / להימנע
- (י) הקרנות במחלה ממארת
 לא להימנע / להימנע
- (יא) כימותרפיה במחלה ממארת
 לא להימנע / להימנע
- (יב) אנטיביוטיקה במצב של אלחידים חמור ועמיד לטיפולים
 לא להימנע / להימנע
 אנטיביוטיים שגרתיים
- (יג) בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)
 לא להימנע / להימנע

א.3. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי:³

- (א) ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית
 לא להימנע / להימנע
- (ב) ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני
 לא להימנע / להימנע
- (ג) ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה
 הנשימה
 לא להימנע / להימנע
- (ד) ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה
 לא להימנע / להימנע
- (ה) ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי
 לא להימנע / להימנע
- (ו) חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן
 לא להימנע / להימנע
 אם סימנת שלא להימנע, יש לציין את משך הזמן
 ימים/שבועות/ חודשים/בלא הגבלה (מחק את המיותר)
- (ז) חיבור לדיאליזה
 לא להימנע / להימנע
 אם סימנת לא להימנע, האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם
 יתברר שאין תוחלת לטיפול?
- (ח) ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי
 נמקי)
 לא להימנע / להימנע

³ לענין הטיפולים הנלווים המגויים בסעיפים (יד) עד (יז), קובע חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, כי רק חולה הנוטה למות בשלב סופי, שהוא חסר כשרות, הסובל סבל משמעותי, יכול להורות להימנע מהם.

להימנע / לא להימנע	(ט) ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)
להימנע / לא להימנע	(י) הקרנות במחלה ממארת
להימנע / לא להימנע	(יא) כימותרפיה במחלה ממארת
להימנע / לא להימנע	(יב) אנטיביוטיקה במצב של אלחידם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגורתיים
להימנע / לא להימנע	(יג) בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)
להימנע / לא להימנע	(יד) טיפולים שגורתיים, כגון מתן אנטיביוטיקה, דם ומוצריו
להימנע / לא להימנע	(טו) טיפולים במחלות נלוות, כגון מתן אינסולין
להימנע / לא להימנע	(טז) מתן מזון ונוזלים בדרך מלאכותית
להימנע / לא להימנע	(יז) מתן תרופות וטיפולים מקלים

4. הוראות למצב חירום.....

(יש למלא סעיף זה רק אם ברצונך ליתן הנחיה לגבי מצב חירום שונה מהאמור לעיל)

5. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל:.....

ב. הוראות רפואיות מקדימות למתן טיפול רפואי חריג גם כאשר לדעת המטפלים אין להם הצדקה בנסיבות הענין

10. יש לנקוט כל דרך רפואית אפשרית כדי להאריך את חיי גם אם הפעולות האלה יוסיפו סבל, וגם אם הרופאים המטפלים בי יחשבו שאין הצדקה לנקוט פעולות כאלה.

בכלל בקשתי זו: לבצע החייאה מלאה, לצנר את הקנה, לחבר למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית), לתת טיפולים בדיאליזה, בכימותרפיה, ברדיותרפיה, באנטיביוטיקה, בדם ובמוצריו, במזון ובנוזלים בכל דרך אפשרית, ובכל טיפול רפואי רלוונטי שמטרתו היא הארכת חיי.

- הוראות אלה יחולו בעת שאהיה ☐ חולה הנוטה למות (כשתוחלת החיים עד 6 חודשים)
- ☐ חולה הנוטה למות בשלב סופי (כשתוחלת החיים פחות משבועיים)

ניתן למלא אחת משתי האפשרויות או את שתיהן.

- הוראות אלה כוללות טיפולים ניסויים / לא כוללות טיפולים ניסויים (מחק את המיותר)

⁴ מצב חירום – מצב בו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות.

..... **22. הוראות למצב חירום**

.....

.....

(יש למלא סעיף זה רק אם ברצונך ליתן הנחיה לגבי מצב חירום שונה מהאמור לעיל)

..... **33. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל:**

.....

.....

.....

ג. (1) נוסף על הנחיות רפואיות מקדימות אלה נתתי גם ייפוי כוח, ואני מנחה ☐ את המטפלים בי לפעול הן בהתאם לייפוי הכוח האמור והן בהתאם להנחיות רפואיות אלה. (סמן אם כן)

(2) כמו כן אני מנחה בזה כי במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר הוראה של –

☐ הנחיה רפואית מקדימה ☐ הוראה של מיופה כוח

(בחר באחת החלופות)

(3) ידוע לי כי בהעדר הוראה לפי סעיף (2) לעיל בקשר לסתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי הכוח, תהיה עדיפה ההנחיה הרפואית המקדימה, ואולם אם ייפוי הכוח ניתן תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה תכריע בדבר ועדה מוסדית.

(4) הוראות נוספות בדבר סתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי כוח –

.....

.....

הצהרה וחתומה

יידוע אנשים נוספים על ההנחיות⁵

(אין חובה ליידע, ואולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יעיל ונכון של ההנחיות; נא לסמן באופן ברור ולהשלים את הפרטים כנדרש).

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה על אודות מסמך זה, וכי נתתי להם עותק מהמסמך הזה/לא נתתי להם עותק מהמסמך הזה (מחק את המיותר).

..... ☐ בן זוג פרטיו: (יש למלא שם, כתובת, טל')

..... ☐ בן משפחה פרטיו:

..... ☐ רופא פרטיו:

..... ☐ עו"ד פרטיו:

⁴ מצב חירום – מצב שבו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות.

⁵ ימולא רק אם נותן ההנחיה שוחח עם מי מהאנשים המנויים לעיל ו/או נתן לאנשים אלה עותק.

□ רב/כומר/קאדי פרטיו:

□ אחר פרטיו:

חתימת נותן ההנחיות הרפואיות המקדימות⁶

(יש לחתום בפני שני עדים)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

חתימה טלפון טלפון נייד

תאריך

חתימת עדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

□ מוכר/ת לנו אישית

□ הזדהה/תה לפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

(יש לסמן אחת משתי האפשרויות)

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת מדבר/ת לענין, ובלא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים בחותם/ת המסמך

(לא יהיה עד בעל אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בעל אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו עד).

עד: שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

עד: שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

חתימת מוסר המידע הרפואי

אני רופא מומחה⁷, מאשר בזאת כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי ומסרתי למר/גב' בתאריך הסבר בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן

⁶ אם נותן ההנחיות אינו דובר או קורא עברית, יש לצרף אישור של מי שתרגם את ההסברים וההוראות שבטופס בעבורו.

⁷ ימולא כאשר נקבע לגבי נותן ההנחיות כי הוא חולה הנוטה למות.

סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

אני רופא/ אחות מוסמכת⁸ (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי ומסרתי למר/גב' בתאריך מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

עד: שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

⁸ ימולא כאשר נותן ההנחיות אינו מי שנקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות.

תוספת שניה

ייפוי כוח

למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות

(סעיפים 37 ו-42)

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם המעוניין למנות מיופה כוח, כדי שיהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו, אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות בשלב סופי שאינו בעל כשרות.

אני החתום מטה ת"ז שנת לידה מען בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן – חוק החולה הנוטה למות). נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, ייפוי כוח:

לצורך מתן ייפוי הכוח אני מצהיר כדלקמן:¹

(א) (1) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:

☐ בריא בדרך כלל

☐ נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות

(2) קיבלתי מידע רפואי² מד"ר או מאחות מוסמכת גב'/מר

פירוט מידע רפואי (יירשם על ידי הרופא המומחה):

.....

.....

¹ יש למלא בידי רופא מומחה/רופא/אחות מוסמכת, רק אם נותן ייפוי הכוח ממלא את חלופה ג' שלהלן.

² מידע רפואי –

(1) לאדם שנקבע לגביו שהוא חולה נוטה למות, יימסר על ידי רופא מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ייפוי הכוח וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות ייפוי הכוח.

(2) לאדם שלא נקבע לגביו שהוא חולה הנוטה למות, יימסר על ידי רופא או אחות מוסמכת מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן ייפוי הכוח.

(ב) ידוע לי כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקפו, רק אם ייקבע לגבי שאני חולה הנוטה למות ולאחר הוצאתי מחזקת היותי כשר, ושאיני סובל סבל משמעותי, והכל לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.

(ג) ידוע לי שאם ייקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, לא ייכנס ייפוי הכוח לתוקף ורצוני באותה העת יגבר.

(ד) ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל את ייפוי הכוח בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה במתן ייפוי כוח חדש, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית.

(ה) ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא חמש שנים או עד לתקופה שאינה עולה על חמש שנים, כמצוין להלן: (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ייפוי הכוח).

אני נותן בזה ייפוי כוח למנויים להלן, כדי שיפעלו בשמי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה חולה הנוטה למות בשלב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל העדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת, ואסבול סבל משמעותי, וכדי שיפעלו בהתאם להנחיות בייפוי כוח זה, אני נותן את ייפוי הכוח ל-

1. מר/גב' ת"ז

מען

לא יוכל או יסרב האדם האמור לעיל להיות מיופה הכוח שלי, אני ממנה במקומו להיות מיופה כוח שלי את -

2. מר/גב' ת"ז

מען

סבל משמעותי

ידוע לי כי רק אם אהיה במצב של סבל משמעותי, כפי שייקבע על ידי להלן, ואהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יימנעו מטיפול רפואי בי בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שבמסמך זה; סבל משמעותי בעבורי הוא (סמן ומלא אחת או יותר מהאפשרויות) -

☐ היוקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים;

☐ מצב שבו אני מחוסר הכרה;

☐ מצב שבו אני משותק בארבע גפיים ;

☐ מצב של שיטיון (דמנציה - Dementia);

☐ היוקקות לכל אחד מטיפולים רפואיים אלה:

.....

.....

☐ אחד ממצבים אלה:

.....

.....

ידוע לי כי אם לא מילאתי מהו סבל משמעותי בעבורי איחשב כסובל סבל משמעותי רק אם אסבול כאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו, ורק במצב זה, אם אהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

(בחר את אחת החלופות שלהלן)

- ☐ א. מיופי כוחי יוכלו לקבל כל החלטה בדבר טיפול רפואי או אי-טיפול רפואי בי בכל הנוגע לכל הטיפולים הרפואיים מאריכי החיים, בין אם מדובר בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, ובין אם מדובר בהימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.
- ☐ ב. מיופי כוחי רשאים לפעול בשמי רק בהסכמה למתן טיפול רפואי חריג מאריך חיים, גם כאשר לדעת המטפלים אין להם הצדקה בנסיבות הענין, אך אינם רשאים לקבל החלטה בדבר הימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.
- ☐ ג. מיופה הכוח רשאי להחליט לגבי הטיפולים המנויים להלן והמסומנים
- ☐ לתת לי טיפול רפואי מאריך חיים או ☐ להימנע מלתת לי טיפול רפואי מאריך חיים –

סמן מה כלול
בייפוי הכוח

11. במצב של חולה הנוטה למות:

- ☐ (א) ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית
- ☐ (ב) ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני
- ☐ (ג) ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה
- ☐ (ד) ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה
- ☐ (ה) ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי
- ☐ (ו) חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן
- ☐ אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, האם יוסמך לקבוע את משך הזמן בימים/שבועות/חודשים/בלא הגבלה? (מחק את המיותר)
- ☐ (ז) חיבור לדיאליזה
- ☐ אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, האם יוסמך להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול?
- ☐ (ח) ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי)
- ☐ (ט) ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)
- ☐ (י) הקרנות במחלה ממארת
- ☐ (יא) כימותרפיה במחלה ממארת
- ☐ (יב) אנטיביוטיקה במצב של אלחידם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגורתיים
- ☐ (יג) בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)

12. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי:³

- ☐ (א) ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית
- ☐ (ב) ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני

³ לענין הטיפולים הנלווים המנויים בסעיפים (יד) עד (יז), קובע חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, כי רק חולה הנוטה למות בשלב סופי, שהוא חסר כשרות, הסובל סבל משמעותי, מותר למיופה כוח להורות על הימנעות מהם.

סמן מה כלול
בייפוי הכוח

- ☐ (ג) ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה
- ☐ (ד) ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה
- ☐ (ה) ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי
- ☐ (ו) חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן
- ☐ אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, האם יוסמך לקבוע את משך הזמן בימים/שבועות/חודשים/בלא הגבלה? (מחק את המיותר)
- ☐ (ז) חיבור לדיאליזה
- ☐ אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, האם יוסמך להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול?
- ☐ (ח) ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמק)
- ☐ (ט) ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)
- ☐ (י) הקרנות במחלה ממארת
- ☐ (יא) כימותרפיה במחלה ממארת
- ☐ (יב) אנטיביוטיקה במצב של אלחידים חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגורתיים
- ☐ (יג) בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)
- ☐ (יד) טיפולים שגורתיים, כגון מתן אנטיביוטיקה, דם ומוצרי
- ☐ (טו) טיפולים במחלות נלוות, כגון מתן אינסולין
- ☐ (טז) מתן מזון ונוזלים בדרך מלאכותית
- ☐ (יז) מתן תרופות וטיפולים מקלים

33. מצבי חירום אחרים:

.....
.....

(יש למלא סעיף זה רק אם ברצונך שייפוי הכוח יחול גם לגבי מצב חירום שונה מהאמור לעיל)

44. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל:

.....
.....

55. בכל שאלה רפואית הנוגעת לטיפול בי בתנאים האמורים לעיל, אני מנחה את המטפלים בי לפנות ראשית למיופה הכוח הראשון; לא ניתן להשיג את מיופה הכוח במועד הדרוש, או שהוא אינו יכול או סירב למלא את תפקידו, אני מנחה את המטפלים בי לפנות למיופה הכוח השני.

- ☐ ד. (1) נוסף על ייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות ואני מנחה את המטפלים בי לפעול הן בהתאם להנחיות האמורות והן בהתאם לייפוי כוח זה. (סמן אם כן)

⁴ מצב חירום – מצב בו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות.

(2) כן אני מנחה בזה כי במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר הוראה של –

☐ הנחיה רפואית מקדימה ☐ הוראה של מיופה כוח

(בחר באחת החלופות)

(3) ידוע לי כי בהעדר הוראה לפי סעיף (2) לעיל בקשר לסתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי הכוח, תהיה עדיפה ההנחיה הרפואית המקדימה, ואולם אם ייפוי הכוח ניתן תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה תכריע בדבר ועדה מוסדית.

(4) הוראות נוספות בדבר סתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי כוח –

.....
.....

הצהרה וחתימה

יידוע אנשים נוספים על ייפוי הכוח⁵

(אין חובה ליידע, ואולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יעיל ונכון של ההנחיות; נא לסמן באופן ברור ולהשלים את הפרטים כנדרש).

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה על אודות מסמך זה, וכי נתתי להם עותק מהמסמך הזה / לא נתתי להם עותק מהמסמך הזה (מחק את המיותר).

☐ בן זוג	פרטיו:
☐ בן משפחה	פרטיו:
☐ רופא	פרטיו:
☐ עו"ד	פרטיו:
☐ רב/כומר/קאדי	פרטיו:
☐ אחר	פרטיו:

חתימת נותן ייפוי הכוח⁶

(יש לחתום בפני שני עדים)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

חתימה טלפון טלפון נייד
תאריך

חתימת עדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

☐ מוכר/ת לנו אישית

⁵ ימולא רק אם נותן ההנחיה שוחח עם מי מהאנשים המנויים לעיל ו/או נתן לאנשים אלה עותק.
⁶ אם נותן ייפוי הכוח אינו דובר או קורא עברית, יש לצרף אישור של מי שתרגם את ההסברים וההוראות שבטופס בעבורו.

□ הזדהה/תה לפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

(יש לסמן אחת משתי האפשרויות)

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת מדבר/ת לענין, ובלא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים בחותם/ת המסמך.

(לא יהיה עד בעל אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בעל אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו עד).

עד: שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

עד: שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

חתימת מוסר המידע הרפואי

אני רופא מומחה⁷, מאשר בזאת כי מסרתי למר/גב' בתאריך הסבר בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ייפוי הכוח וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן ייפוי הכוח וכי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה. כמו כן רשמתי את תמצית המידע הרפואי שבסעיף (א).

אני רופא/ אחות מוסמכת⁸ (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי מסרתי למר/גב' בתאריך מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן ייפוי הכוח.

שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

⁷ ימולא כאשר נקבע לגבי נותן ההנחיות כי הוא חולה הנוטה למות.

⁸ ימולא כאשר נותן ההנחיות אינו מי שנקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות.

תוספת שלישית

הוראה להארכת תוקפן של הוראות רפואיות מקדימות
או להארכת תוקפו של ייפוי כוח

(סעיפים 34(א) ו-39(א))

אני החתום מטה ת"ז שנת לידה

מען

בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן – חוק החולה הנוטה למות), מאריך בזה את (סמן חלופה אחת או יותר):

- ☐ תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי ביום
- ☐ תוקפו של ייפוי כוח שניתן על ידי ביום
- ☐ תוקפם של הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח משולבים שניתנו על ידי ביום
- (סמן חלופה אחת):

- ☐ לתקופה של חמש שנים נוספות
- ☐ לתקופה שאינה עולה על חמש שנים כמצוין להלן
- (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על 5 שנים מתאריך תום תוקפן של ההנחיות הרפואיות המקדימות / ייפוי הכוח הקודמים שניתנו).

חתימת המאריך'

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

חתימה טלפון טלפון נייד

תאריך

חתימת עדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

- ☐ מוכר/ת לנו אישית
- ☐ הזדהה/תה לפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה
- (יש לסמן אחת משתי האפשרויות)
- עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת מדבר/ת לענין, ובלא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.
- אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים בחותם/ת המסמך.
- (לא יהיה עד בעל אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בעל אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו עד).

עד: שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

עד: שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

¹ אם נותן מסמך ההארכה אינו דובר או קורא עברית, יש לצרף אישור של מי שתרגם את ההסברים וההוראות שבטופס בעבורו.

תוספת רביעית

הוראה לביטול הנחיות רפואיות מקדימות או לביטול ייפוי כוח

(סעיפים 33, 38 ו-43)

אני החתום מטה ת"ז שנת לידה

מען

בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן – חוק החולה הנוטה למות), מבטל בזה את (סמן חלופה אחת או יותר) –

- ☐ תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי ביום
- ☐ תוקפו של ייפוי כוח שניתן על ידי ביום
- ☐ תוקפם של הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח משולבים שניתנו על ידי ביום

חתימת המבטל¹

הנני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

חתימה טלפון טלפון נייד
תאריך

חתימת עדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

☐ מוכר/ת לנו אישית

☐ הזדהה/תה לפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

(יש לסמן אחת משתי האפשרויות)

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת מדבר/ת לענין, ובלא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים בחותם/ת המסמך

(לא יהיה עד בעל אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בעל אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו עד).

עד: שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

¹ אם נותן מסמך השינוי/ביטול אינו דובר או קורא עברית, יש לצרף אישור של מי שתרגם את ההסברים וההוראות שבטופס בעבורו.

עד: שם ת"ז מען

טלפון טלפון נייד

חתימה תאריך

דני נוה
שר הבריאות

אריאל שרון
ראש הממשלה

ראובן ריבלין
יושב ראש הכנסת

משה קצב
נשיא המדינה

חוק הגנת הצרכן (תיקון מס' 17), התשס"ו-2005*

1. בחוק הגנת הצרכן, התשמ"א-1981' (להלן – החוק העיקרי), אחרי סעיף 18 א יבוא:

הוספת סעיף 18ב

18ב. (א) עוסק המנוי בתוספת השניה –
"מתן שירות
טלפוני חינוך

(1) יספק שירות טלפוני חינוך לשם מתן מענה לכל פניה שעניינה ליקויים או פגמים בטובין שמכר או בשירותים שאותם הוא נותן מכוח דין או הסכם (בסעיף זה – שירות טלפוני); השירות הטלפוני יכלול גם מענה אנושי;

(2) יגלה לצרכן, באופן ברור ובולט, את מספר הטלפון שבו ניתן לקבל את השירות הטלפוני וכן את השעות שבהן ניתן השירות הטלפוני, בכל אחד מאלה, אם קיים:

(א) הסכם בין העוסק לבין הצרכן;

(ב) כל חשבונית שהוציא העוסק לצרכן;

(ג) אתר האינטרנט של העוסק.

(ב) השר, באישור ועדת הכלכלה של הכנסת, רשאי –

(1) לקבוע הוראות בכל הנוגע למתן שירות טלפוני לפי הוראות סעיף זה;

(2) לשנות את התוספת השניה."

2. בסעיף 117 לחוק העיקרי, בכל מקום, אחרי "התוספת" יבוא "הראשונה".

תיקון סעיף 117

3. בסעיף 23(ג) לחוק העיקרי, אחרי "התוספת" יבוא "הראשונה".

תיקון סעיף 23

4. בתוספת לחוק העיקרי, בכותרת, אחרי "תוספת" יבוא "ראשונה".

תיקון התוספת

* התקבל בכנסת ביום ה' בכסלו התשס"ו (6 בדצמבר 2005); הצעת החוק ודברי הסבר פורסמו בהצעות חוק הכנסת – 88, מיום י"א בתמוז התשס"ה (18 ביולי 2005), עמ' 197.

¹ ס"ח התשמ"א, עמ' 248; התשס"ה, עמ' 97.

"תוספת שניה"

(סעיף 18ב)

1. בעל רישיון כללי למתן שירותי בוק פנים-ארציים נייחים לפי חוק התקשורת (בזק ושידורים), התשמ"ב-1982² (בחוק זה – חוק התקשורת), למעט בעל רישיון כללי ייחודי.

2. בעל רישיון כללי למתן שירותי רדיו טלפון נייד לפי חוק התקשורת.

3. בעל רישיון כללי לשידורי כבלים לפי חוק התקשורת.

4. בעל רישיון לשידורי לוויין לפי חוק התקשורת.

5. בעל רישיון ספק גז כמשמעותו בחוק הגז (בטיחות ורישוי), התשמ"ט-1989³.

6. בעל רישיון ספק שירות חיוני כמשמעותו בחוק משק החשמל, התשנ"ו-1996⁴.

7. ספק מים כמשמעותו בחוק המים, התשי"ט-1959⁵.

6. תחילתו של חוק זה 90 ימים מיום פרסומו.

תחילה

אהוד אולמרט
שר התעשייה המסחר והתעסוקה

אריאל שרון
ראש הממשלה

ראובן ריבלין
יושב ראש הכנסת

משה קצב
נשיא המדינה

² ס"ח התשמ"ב, עמ' 218.

³ ס"ח התשמ"ט, עמ' 108.

⁴ ס"ח התשנ"ו, עמ' 208.

⁵ ס"ח התשי"ט, עמ' 169.

The Dying Patient Law, 2005*

Translated by Vardit Ravitsky, Ph.D. and Adv. Michael Prawer

Chapter 1: Goal and Fundamental Principle

- | | | | |
|-----------------------|----|-----|---|
| Goal | 1. | (a) | This Law regulates the medical treatment of the terminally ill patient based on an appropriate balance between the value of the sanctity of life, the value of the individual's autonomous will, and the importance of quality of life. |
| | | (b) | This Law is based upon the values of the State of Israel as a Jewish and democratic state and on fundamental principles in the realm of morality, ethics and religion. |
| Fundamental Principle | 2. | | In prescribing the medical treatment of the terminally ill patient, his medical condition, his will and the degree of his suffering are the exclusive considerations. |

Chapter 2: Definitions

- | | | | |
|-------------|----|--|---|
| Definitions | 3. | | In this Law:
"A close person" – A person who, in the view of a responsible physician, pursuant to the directives of the Minister under section 60(a)(1), satisfies these two conditions:
(1) Has a familial or emotional connection to the terminally ill patient and
(2) is devoted to him;
He is well acquainted with the terminally ill patient, based on a continuous and long-lasting relationship during the period preceding his medical treatment or in the course thereof.
"Guardian" – guardian of the person;
"Competent" – a person to whom all of the following apply:
(1) He is seventeen years old;
(2) He is able to express his will;
(3) He has not been declared legally incompetent
(4) He has not been excluded from the presumption of competency as stated in section 6;
"Director General" – the Director General of the Ministry of Health;
"Prior medical directives" – medical directives given by a person in accordance with the provisions of Chapter 5;
"Informed consent" – within the meaning of Chapter 4 of the Patient's Rights Law;
"National Committee" – The committee appointed pursuant to the provisions of section 50;
"Institutional Committee" – A committee appointed pursuant to the provisions of section 45;
"Terminally ill patient" – A patient regarding whom it was determined |
|-------------|----|--|---|

*Aus der Online Version von Jewish medical ethics www.medethics.org.il

pursuant to the provisions of section 8(a) that he is a terminally ill patient;
“An end-stage patient” - A patient regarding whom it was determined pursuant to the provisions 8(b) that he is an end-stage patient;

“Patient’s Rights Law” - Patient’s Rights Law, 5756-1996.[1]

“Palliative care” - Palliative care as stated in Article 5 of Chapter 4;

“Medical treatment”, “patient”, “medical information”, “medical emergency” and “medical record” – as defined in the Patient’s Rights Law;

“Cyclical medical treatment” – any of the following:

- (1) Medical treatment administered cyclically and with interruptions, regarding which it is possible to clearly and practically distinguish between the end of one cycle of treatment and the beginning of the next cycle;
- (2) Treatment that was planned in advance, using appropriate technological means, for being administered cyclically, even though in its essence it was administered in a continuous and non-interrupted manner;

“Continuous medical treatment” – medical treatment which by its essence is administered continuously and without interruptions, excluding periodic medical treatment as defined in section 2 of the definition of cyclical medical treatment;

“Power of attorney” “Representative” - as defined in section 37, with respect to the representative, including a substitute;

“Database” – The database established in accordance with Article 5 of Chapter 5;

“Medical institution” – a hospital within the meaning of section 24 of the Health Ordinance of 1940,[2] a clinic within the meaning of section 34 of the aforementioned Ordinance, as well as a sick fund, within the meaning of the National Health Insurance Law, 5754-1994[3]

“caregiver” – Physician, nurse, social worker and psychologist;

“Significant suffering” –

- (1) As defined by a person who has given advance medical directives, in those directives, or by a person who has granted power of attorney, in that power of attorney;
- (2) In the absence of a definition as stated in paragraph (1), pain or suffering that a reasonable person would be prepared to make a substantial effort in order to avoid or discontinue, even if it involved significantly impairing his quality of life or of his life expectancy.

“Social worker” – As defined in the Social Workers Law, 5756-1996:[4]

“Psychologist” – a person registered in the Register of Psychologists pursuant to the Psychologists Law, 5737-1977[5]

“Physicians Ordinance” - Physicians’ Ordinance [New Version] 5737-1976:[6]

“Minor” – A person not yet 17 years old;

“Physician” – A licensed physician within the meaning of the Physicians Ordinance;

“Specialist” – A physician accredited as specialist according to the Physicians Ordinance;

“Responsible physician” – One of the following:

- (1) Director of a department or a unit, in a medical institution, who is responsible for the medical treatment of the terminally ill patient, or a specialist who has been appointed by the director of the medical institution, the director of the department or the director of the unit – with regard to patients being treated in a medical institution;
- (2) A district physician of a sick fund, or a physician appointed by him – with regard to patients cared for in the community;
- (3) A physician as stipulated in sections (1) or (2) – also in respect of patients not being treated in a medical institution or by a sick fund.

“Personal physician” – A physician, who is closely acquainted with the patient, and his wishes and positions regarding his medical treatment, whether a family physician of the patient or a physician who coordinates the treatment of the patient in the community or in a medical institution;

“The Minister” – The Minister of Health.

Chapter 3: The Will to Live and Competence – Presumptions

- | | | |
|--|----|---|
| Presumption of a will to live | 4. | A person shall be presumed to wish to continue living, unless proven otherwise; if not proven otherwise beyond any reasonable doubt – the tendency should be to decide in favor of the wish to continue living. |
| Exclusion from the presumption of a will to live | 5. | <p>A terminally ill patient shall not be excluded from the presumption that he wishes to continue living, and medical treatment shall not be withheld from him under the provisions of this Law, except in accordance with the conditions enumerated in this section, as the case may be,</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) Where the terminally ill patient is competent – based on his explicitly expressed wish ; (b) Where the terminally ill patient is incompetent and is seventeen years old, based on one of the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) Advance medical directives that he gave and which that satisfy the provisions of sections 33 and 34(a); (2) A decision of a representative in accordance with a power of attorney that satisfies the provisions of sections 38 and 39(a); (3) A decision of an institutional committee or the National Committee rendered in accordance with the provisions of Chapter F. (c) In the absence of directives or decisions as specified in subsection (b) – based on the decision of a responsible physician, provided that such decision is adopted having consideration for – <ol style="list-style-type: none"> (1) An explicit declaration of a close person to the effect that the terminally ill patient does not wish to continue living; (2) In the absence of such a declaration – having consideration for the position of the terminally ill patient’s guardian, who is a close person, to the extent that such exists, to the effect that the terminally ill patient’s wish is that his life not be prolonged. |
| Presumption of competence | 6. | A person who is 17 years or older and has not been declared legally incompetent is presumed to be cognitively, mentally, and emotionally competent to make decisions concerning his medical treatment based on understanding and discretion, and free will. |

- | | | |
|--|----|--|
| Exclusion from the presumption of competence | 7. | A terminally ill patient may not be excluded from the presumption of competence as defined in section 6 for purposes of this Law, other than by a thorough, reasoned, and documented medical decision rendered by the responsible physician after consulting with the caregivers of the terminally ill patient and with relevant physicians or experts, as the case may be, and if possible with his personal physician. |
|--|----|--|

Chapter 4: The Treatment of the Terminally Ill Patient

Article A: General

- | | | |
|---|-----|---|
| Determining a patient's medical condition | 8. | <p>(a) A responsible physician is authorized to determine that a patient is a terminally ill patient, if satisfied that the patient is suffering from an incurable medical problem and that his life expectancy, even if receiving medical treatment, does not exceed six months.</p> <p>(b) A responsible physician is authorized to determine that a terminally ill patient is an end-stage patient, if satisfied that he is in a medical condition in which a number of vital systems in his body have failed and his life expectancy, even if receiving medical treatment, does not exceed two weeks.</p> <p>(c) A determination of a responsible physician in accordance with this section will be made following a consultation with the experts treating the patient and if possible also with his personal physician.</p> |
| Determining the wish of the patient | 9. | Where a responsible physician has determined that a patient is a terminally ill patient |
| Reporting intent to act and disclosure of information | 10. | <p>(1) The responsible physician or a person authorized by him for this purpose, will make a reasonable effort to obtain all the pertinent data and the documentation for the determination of the patient's wish, pursuant to section 5(b) and (c) and all in accordance with the rules established for that purpose in the regulations;</p> <p>(2) The responsible physician or a person authorized by him for this purpose, will check in the database whether according to the records therein, the patient has given advance medical directives, or appointed a representative; where a responsible physician, or a person authorized by him for this matter, has determined, based on the clarification by way of the database or in any other manner, that the patient has given advance medical directives, or appointed a representative, the responsible physician, or a person authorized by him for this matter, will add that information to the medical record conducted in respect of that patient.</p> <p>(a) Where a responsible physician has determined that a patient is a terminally ill patient, and is incompetent, the responsible physician or a person authorized by him for that purpose, will notify the patient's representative, close person, and his guardian, if such exist and if they can be located with reasonable effort, that he intends to act in accordance with the patient's advance medical directives or in accordance with the representative's directives, as the case may be.</p> |

		(b)	A responsible physician will disclose medical information regarding an incompetent terminally ill patient and will enable examination of his medical record by a person whose opinion is required in order to adopt a decision on the treatment to be given to him in accordance with this Law.
		(c)	The provisions of any law prohibiting the disclosure of medical information will not pertain to the disclosure of information according to this section
Deliberation and documentation	11.	(a)	Where a responsible physician has determined that a patient is a terminally ill patient, he will, as soon as possible, conduct a detailed consultation with the other caregivers who are caring for the patient, regarding the patient's medical condition and the medical treatment that should be given to him, and will decide on the matter, all in accordance with the provisions of this Law.
		(b)	Where a responsible physician has determined the type of medical treatment to be provided to the terminally ill patient, he will record the consultation process, the decision adopted and its reasons in the medical record; the provisions of this section are in addition to the documentation provisions of section 17 of the Patient's Rights Law.
The duty to re-evaluate	12.		The responsible physician must periodically evaluate the competence, the medical condition, and the wish of the terminally ill patient; where a change has occurred in any of the above, he must adopt a new decision regarding the type of his medical treatment.
Article B: A Terminally Ill Patient Requesting Extraordinary Life-Prolonging Treatment			
The terminally ill patient's right to receive extraordinary life-prolonging medical treatment	13.		Where a terminally ill patient who wishes to prolong his life and requests medical treatment that the responsible physician considers to be unjustified under the circumstances, his wish should be respected and the requested treatment should be provided in accordance with any other law and in accordance with the conditions and the arrangements prevailing from time to time in the Israeli medical system; the provisions of this section will not apply to medical treatment that in the opinion of the responsible physician is not expected to prolong the life of the patient, or liable to significantly harm the patient or someone else.
Determining the wish to receive extraordinary life-prolonging treatment	14.		The terminally ill patient's wish regarding the receiving of medical treatment as stated in section 13, will be determined according to the following specifications, as the case may be:
		(a)	When a terminally ill patient is competent – according to his expressed explicit wish;
		(b)	When a terminally ill patient is incompetent and is 17 years old, according to one of the following:
		(1)	According to advance medical directives given by him, that satisfy the provisions of sections 33 and 34(a);
		(2)	According to a decision of his representative based on a power of attorney that satisfies the provisions of sections 38 and 39(a);
		(3)	According to a decision rendered by an institutional committee or the National Committee that satisfies the provisions of Chapter F.

- (c) In the absence of directives or decisions as specified in subsection (b), according to -
 - (1) An explicit statement of a close person regarding the wish of the terminally ill patient;
 - (2) And in the absence of such a statement, the wish of the terminally ill patient will be ascertained in accordance with the position of his guardian who is a close person, if such exists.
- (d) The provisions of section 9(1) will also pertain with regard to this section mutatis mutandis.

Article C: A Terminally Ill Patient Who Does Not Wish To Have His Life Prolonged

- | | | |
|--|-----|--|
| Withholding Medical Treatment from a competent terminally ill patient | 15. | <ul style="list-style-type: none"> (a) When a competent terminally ill patient does not want his life prolonged his wish should be respected and his medical treatment withheld (b) The caregivers of the terminally ill patient as stated in sub-section (a) will make a reasonable effort to persuade him to receive oxygen, nutrition and hydration, even by artificial means, and to receive routine treatments required for the treatment of simultaneous or background illnesses as well as palliative care. |
| Withholding medical treatment from an incompetent terminally ill patient | 16. | <ul style="list-style-type: none"> (a) Where an incompetent terminally ill patient is suffering significantly, and in respect of whom it has been determined pursuant to the provisions of section 5(b) that he does not want his life prolonged, medical treatment relating to his incurable conditions should be withheld from him, including tests, operations, resuscitation, ventilation, chemotherapy, radiation or dialysis, all in accordance with his wish as ascertained pursuant to section 5(b). (b) <ul style="list-style-type: none"> (1) In this subsection, ancillary treatment” – medical treatment of the terminally ill patient, that is totally unrelated to his incurable condition, including routine treatments necessary for the treatment of simultaneous or background illnesses and palliative care, as well as nutrition and hydration even by artificial means. (2) Ancillary treatment should not be withheld as stated in subsection (a), even if the terminally ill patient's wish as ascertained pursuant to section 5(b) is not to receive medical treatment. |
| An incompetent end-stage patient | 17. | Notwithstanding the provisions of section 16(b), where an incompetent end-stage patient is suffering significantly, and in respect of whom it was determined pursuant to section 5 (b) that he does not want his life prolonged, all medical treatment should be withheld from him, including ancillary treatment as stated in section 16(b)(1), all in accordance with his wish as ascertained pursuant to section 5(b); Notwithstanding the abovementioned in this section, hydration should not be withheld, even by artificial means, unless the responsible physician has determined that provision of fluids causes suffering or harm to the patient. |

- | | | |
|---------------------|-----|---|
| A medical emergency | 18. | <p>(a) If the terminally ill patient is in a state of medical emergency, the provisions of section 15(3) of the Patient's Rights Law will apply, the caregiver becomes aware that it was determined pursuant to section 5, that the terminally ill patient wishes to have medical treatment withheld in such a case</p> <p>(b) Notwithstanding that which is stated in sub-section (a), with respect to an end-stage patient in a state of medical emergency, it is permitted to withhold life saving medical treatment, unless the caregiver becomes aware that it was determined pursuant to section 14 that the end stage patient wishes to receive medical treatment in such a situation.</p> |
|---------------------|-----|---|

Article D: Prohibited Acts

- | | | |
|--|-----|--|
| Prohibition of active killing | 19. | Nothing in these provisions shall permit an act, even if constituting medical treatment, is intended to cause death, or which will almost certainly result in death, irrespective of whether or not it was motivated by kindness and compassion, and irrespective of whether or not it was at the request of the terminally ill patient or any other person. |
| Prohibition of assisted suicide | 20. | Nothing in the provisions of this Law shall permit any act, even if constituting medical treatment, that contributes to assisted suicide, irrespective of whether or not it was motivated by kindness and compassion, and irrespective of whether or not it was at the request of the terminally ill patient or any other person. |
| Prohibition of withdrawal of continuous medical treatment | 21. | Nothing in the provisions of this Law shall permit the withdrawal of the continuous treatment of a terminally ill patient that is liable to cause his death, irrespective of whether or not he is competent; however it is permitted to refrain from the renewal of continuous treatment that was withdrawn unintentionally or not in contravention of the law, and it is also permitted to avoid the renewal of cyclic medical treatment, all subject to the provisions of Article C. |
| Maintaining status quo when applying to an institutional committee | 22. | Should it become known to a responsible physician that there is a dispute regarding a decision or a determination concerning a terminally ill patient, and that a person has applied to an institutional committee or intends to apply to an institutional committee in order to resolve the dispute, the responsible physician will act in a way that enables the continued life of the terminally ill patient, provided that if possible, this should be done by non-continuous medical treatment. |

Article E: Palliative care

- | | | |
|---------------------------|-----|---|
| Providing Palliative care | 23. | <p>(a) The responsible physician will make sure that everything possible is done in order to alleviate the pain and suffering of a terminally ill patient, even if this involves a reasonable risk of the patient's death, including by means of medication, pain killers, or psychological methods, nursing, and environmental measures, and all in accordance with the appropriate principles of palliative care and in accordance with the conditions and arrangements prevailing from time to time in the Israeli health care system, and in accordance with the wish of the terminally ill patient, pursuant to the provisions of this Law and pursuant to the provisions of the Patient's Rights Law.</p> |
|---------------------------|-----|---|

- (b) The responsible physician will make sure that everything possible is done in order to alleviate the burden on the family members of a terminally ill patient and to ensure their well being during the patient's stay in the medical institution, all in accordance with the appropriate principles of social work and palliative care and in accordance with the conditions and arrangements prevailing from time to time in the Israeli health care system.

Article F: Treatment of the Terminally Ill Minor

Authority of parents of a minor	24.	A minor's parent is authorized to represent him regarding his medical treatment, whether in the matter of prolonging his life or in the matter of refraining from prolonging his life; a guardian of a minor, who is a close person, is permitted to voice his position in this matter and the responsible physician is permitted to act in accordance therewith; if he has no parents, or the parents' guardianship has been revoked and no other guardian has been assigned for the minor, or if his guardian is not a close person, the institutional committee will make a decision in respect of him.
Hearing the position of a minor	25.	A minor who is a terminally ill patient is entitled to participate in the adoption of a decision regarding his medical treatment, if these two conditions are satisfied: (1) The minor is aware of his condition and requests to participate in the adoption of the decision regarding him; (2) The responsible physician determines that the minor's cognitive and mental capacity and maturity enable his participation in adopting the decision regarding him.
Giving medical information to a minor	26.	A responsible physician will give the minor information that pertains directly to his health or his medical treatment, if these two conditions are satisfied: (1) The responsible physician is convinced that giving the information, or a part of it, will not cause physical or mental harm to the minor, or endanger his life; (2) The responsible physician has determined that the minor's cognitive and mental capacity and maturity enable him to appropriately understand the information and its meaning.
Duty of consultation	27.	Decisions as stated in sections 25(2) and 26 will be adopted after consultation with the minor's parents, his guardian if appointed, the minor's caregivers, and the relevant physicians or experts, as appropriate, and if possible with his personal physician.
Resolving dispute in the matter of a minor	28.	(a) In the event of a dispute between the parents of a minor who is a terminally ill patient, or between them and the responsible physician, with regards to his medical treatment, an institutional committee will resolve the matter (b) Where there is a dispute between a minor who is a terminally ill patient and his parents, or between them and the responsible physician, with regards to his medical treatment, the following provisions shall reply:

- (1) Where the minor expressed his wish for his life to be prolonged the responsible physician will act in accordance with that wish, subject to the provisions of this Law;
- (2) If a minor less than 15 years of age has expressed his wish that his life not be prolonged, an institutional committee will decide on the matter.
- (c) When an institutional committee discusses the matter of a minor who is a terminally ill patient, it should hear the minor's position as well, if expressed, and the committee should also receive the particulars of the information that was given to the minor.
- (d) The institutional committee will take the best interests of the minor into account among its other considerations, and will be entitled to determine that his life should not be prolonged, if convinced that prolonging his life would not be in his best interests, subject to the provisions of subsection (b)(1).

Article G: Treatment of the Terminally Ill Protected Person

- 29. (a) In this Law, "protected person" – a person regarding whom all of the following apply -
 - (1) He cannot, routinely, take care of his own matters because of a cognitive or a mental handicap;
 - (2) The condition as stated in section (1) existed before it was determined that he is a terminally ill patient;
 - (3) There are no valid advance directives or valid power of attorney relating to him.
- (b) If a protected person expressed his wish for his life to be prolonged the responsible physician will act in accordance with his wish, subject to the provisions of this Law; if the protected person expressed his wish for his life not be prolonged, an institutional committee will decide upon the matter; the provisions of sections 25, 26 and 27 will apply mutatis mutandis, as the case may be.
- (c) If the protected person's wish is unknown, and the responsible physician and the guardian have agreed to prolong his life – the responsible physician will act accordingly, subject to the provisions of this Law; in any other case – the institutional committee will decide in the matter of the protected person.
- (d) The institutional committee will consider the best interests of the protected person amongst its other considerations and will be entitled to determine that his life should not be prolonged, if convinced that prolonging his life would not be in his best interests, subject to the provisions of subsection (b).

Chapter 5: Advance Expression of a Wish

Article A: Methods of Expressing Advance Directives

- | | |
|-----------------------------|--|
| Advanced Expression of Wish | 30. A person is entitled to express his wish in advance, regarding his medical treatment in the case of his becoming an incompetent terminally ill patient by providing advance directives, appointing a |
|-----------------------------|--|

representative, or a combination of both, based on the provisions of this chapter and provided that he does so of his own free and independent will and not under family, social, or any other type of pressure.

Article B: Advance Medical Directives

Advance medical directives	31.	A competent person is entitled to give advance medical directives in which he explains his wish in detail with respect to his future medical treatment if it is determined that he is an incompetent terminally ill patient, all in accordance with the provisions of this Law.
Medical information for giving advance medical directives	32.	(a) Advance medical directives will be given after the person giving the directives has received from a physician or a certified nurse such medical information as is reasonably required for the sake of providing advance medical directives (in this Law – the information giver). (b) Notwithstanding the provisions of subsection (a), where a determination has been made pursuant to the provisions of this Law that a person is a terminally ill patient, he will give advance medical directives after receiving information regarding his medical condition from an expert physician, including medical information regarding his condition that is relevant for giving the directives as well as the medical information reasonably required for giving advance medical directives.
Methods of providing directives and their documentation	33.	(a) Advance medical directives will be given in writing, on an advance medical directives form, the wording of which appears in the First Supplement, signed by the directives giver in the presence of two witnesses who have no financial or other interest in respect of the directives giver, and who are not a representative, although one of the witnesses can be the information giver; the witnesses will confirm that the directives giver signed as stated by signing the form on the same occasion. (b) Advance medical directives may include the definition of significant suffering as provided by the directives giver and will also include - (1) A declaration that the directives are given of his own free will, based on his own understanding and discretion; (2) A summary of the medical information that was provided to the directives giver, as stated in section 32; the summary will be registered by the information giver, who will confirm by his signature that he gave the information to the directives giver and that he explained all the medical terms to the directives giver pursuant to the provisions of section 13(b) of the Patient's Rights Law. (c) Advance medical directives may be given in other ways, as determined by the Minister, with the approval of the Labor, Welfare and Health Parliamentary Committee, and they may be determined as stated in general or for specific types of cases that he determines.

- | | | | |
|--|-----|-----|--|
| Validity of advance medical directives | 34. | (a) | Advance medical directives shall remain valid for five years after the signing date of the advance medical directives form unless a shorter period was stipulated, and their validity may be extended for additional periods, each one of which shall not exceed five years; the extension will be effected by means of the extension form in the Third Supplement. |
| | | (b) | Advance medical directives that do not comply with all the provisions of this section or advance medical directives that have expired according to subsection (a) are not valid, but the responsible physician should examine them and may take them into consideration with regards to sections 5(c) and 14(c). |
| Unclear or inappropriate directives | 35. | | Where it is impossible to clearly ascertain the wish of a terminally ill patient based on the advance medical directives that he gave, or where the advance medical directives are inappropriate under the circumstances of the case, or in the absence of a representative or clear testimony of a close person –the institutional committee will resolve the matter. |
| Absence of advance medical directives | 36. | | The absence of advance medical directives does not, in and of itself attest to the wish of the terminally ill patient regarding his medical treatment or the withholding of treatment from him. |

Article C: Power of Attorney

- | | | | |
|--|-----|-----|---|
| Representative | 37. | (a) | A competent person is entitled to appoint a representative using the form the wording of which appears in Supplement Two and in that power of attorney he is entitled to appoint a substitute for the representative. |
| | | (b) | The representative will be authorized to decide in his stead regarding the medical treatment that he will or will not be provided with if the terminally ill patient becomes incompetent; should the representative be unable or unwilling to fulfill his role at the designated time, the substitute representative will become the representative. |
| | | (c) | The power of attorney will specify the circumstances and the conditions under which the representative is authorized to make the above decisions. |
| | | (d) | Should the representative be appointed with regards to specific medical conditions or specific medical treatments – the person giving the power of attorney will receive medical information in accordance with the provisions of section 32, mutatis mutandis. |
| Methods and documentation of appointment | 38. | (a) | A power of attorney will be given in writing, of free and independent will, based on understanding and discretion, and will be signed by the person granting the power of attorney and by two witnesses who have no financial or other interest in respect of the person granting the power of attorney, and who are not representatives, but one of them can be the information giver as stated in section 37(d); the power of attorney may include the definition of significant suffering as provided by the person granting the power of attorney and |

		should also include -
		1. A statement that the power of attorney is given out of free will, based on understanding and discretion 2. Where the power of attorney granted as stated in section 37(d), the provisions of section 33(b)(2) will apply mutatis mutandis.
		(b) In the power of attorney the person granting the power of attorney will indicate that the representative will be authorized to adopt decisions in his place regarding his medical treatment in the event that he becomes an incompetent terminally ill patient, and he can specify the circumstances and the conditions under which the representative will be authorized to make decisions in his stead regarding all or some of his medical treatments
		(c) Appointment of a representative may be effected in other ways, to be determined by the Minister, with the approval of the Labor, Welfare and Health Parliamentary Committee, and they may be determined as stated in general or for specific types of cases that he determines.
Validity of power of attorney	39.	(a) A power of attorney will be valid for five years, and its validity may be extended for additional periods none of which shall exceed five years; the extension will become effective by using the extension form, the wording of which appears in Supplement Three. (b) Where the power of attorney does not specify the period of its validity, it will be valid for five years from the date on which it was given; where a person has not renewed a power of attorney that he gave, or the period of its validity is not determined, the power of attorney will not be considered valid, but the responsible physician should examine it and he may take it into consideration with regards to sections 5(c) and 14(c).
Objection to a representative's decision	40.	Where a person has a reasonable suspicion that a representative is not acting according to the wish of the terminally ill patient or out of a conflict of interests, he may apply to the institutional committee; where the institutional committee is satisfied that the representative's acts are based on motivations that do not reflect the wish of the terminally ill patient or out of a conflict of interest, it is entitled to determine the appropriate medical treatment for the terminally ill patient or to cancel the power of attorney.
Article D: General Provisions		
Duty to inform	41.	Where a responsible physician determines that a patient is a terminally ill patient, and that he is competent, the responsible physician will inform him regarding the possibility of giving advance medical directives or appointing a representative, or inform him regarding the possibility of updating advance medical directives or the power of attorney that he gave; for this purpose, an expert physician will provide him with the necessary medical information, subject to the provisions of section 13(d) of the Patient's Rights Law.

Possibility of Combination	42.	(a)	A person is entitled to combine giving advance medical directives pursuant to the provisions of Article B with the appointment of a representative according to the provisions of Article C.
		(b)	In the advance medical directives and in the power of attorney a person is entitled to include directives for a case in which there is a contradiction between an advance medical instruction and a provision in the power of attorney.
		(c)	In the absence of a directive as stated in subsection (b) the advance directive will prevail; however, if the power of attorney was given at a significantly later period than the giving of the directive, the matter will be submitted for the resolution of an institutional committee that will determine whether the power of attorney prevails over the advance medical directive.
Modification and cancellation	43.	(a)	(1) If advance medical directives were given and then given again, the advance medical directives most recently given will prevail; the same will apply to the appointment of a representative pursuant to this Law. (2) Advance medical directives or a power of attorney may be cancelled by way of a form in the wording appearing in Supplement Four, in writing, in the presence of two witnesses or in another way as determined by the Minister pursuant to sections 33(c) or 38(c).
		(b)	Modification or cancellation in favor of the wish to continue to live in a medical emergency can be unwritten and one witness will suffice; provided that the directive regarding the medical treatment in said medical emergency and the testimony be documented in writing as soon as possible thereafter; when the medical emergency has passed, the valid advance medical directives or the power of attorney retain their validity, unless one of the following is the case: (1) The directives or the power of attorney were cancelled pursuant to the provisions of subsection (a). (2) The patient was unable, reasonably, to modify or cancel the directives or the power of attorney.
		(c)	Notwithstanding the provisions of subsection (a), where a person is unable to modify or cancel advance medical directives or power of attorney that he gave in the manner prescribed in that subsection, whether in favor of the wish to live or not in favor of the wish to live, by reason of an illness or defect that renders him incapable of performing the required practical actions, he may give his directives by way of another person, under the conditions and in the manner determined by the Minister.
Article E: Database			
Database	44.	(a)	The Minister will establish a database in which advance medical directives and powers of attorney will be registered and will appoint a person to be responsible for the database.

- (b) Any person is entitled to request the registration in the database of advance medical directives or powers of attorney that he gave, as well as any cancellation or modification thereof as stated in section 43, by notifying the person responsible for the database.
- (c) Once every five years at least the person responsible for the database will send reminders to the person registered in the database, to his address as appearing in the population register, or to any other address specified in the registration request, to renew the advance medical directives or powers of attorney.

Chapter 6: The National Committee and Institutional Committees

Article A: Institutional committee

Appointment of
institutional
committees

45. (a) The Director General is entitled to instruct the director of a medical institution to appoint an institutional committee; where the Director General has given directives as stated, the director of the medical institution, in consultation with the chairman of the national committee and having received the approval of the Director General, will appoint an institutional committee.; And these are its members: -
- (1) Three physicians, who are not treating the patient directly, who are experts in one of these disciplines: internal medicine, geriatrics, cardiology, neurology, oncology, intensive care, anesthesia, family medicine; if the patient is a newborn, one of the above will be an expert in neonatology; if the patient is a minor, one of the above will be an expert in pediatrics and replacing one of the above will be a clinical or medical psychologist who specializes in children and youth;
 - (2) A physician who does not treat the patient directly, who is an expert in psychiatry;
 - (3) A registered nurse;
 - (4) A social worker or clinical psychologist;
 - (5) An academic who is an expert in the discipline of philosophy or ethics;
 - (6) A jurist who is qualified to be appointed as a district court judge, chosen from a list prepared by the Minister of Justice;
 - (7) A religious authority representing the religion of the patient, to the extent possible.
- (b) A substitute person who has the qualifications required under this section shall be appointed for each committee member.
 - (c) An institutional committee will elect its chairman from among its members.
 - (d) An institutional committee will convene as close as possible to the time of its receiving the application, and at a time ensuring the relevance of its decision.
 - (e) An institutional committee is entitled to authorize a sub-group of its members to discuss urgent cases; the sub-group must include at least the following members:

			(1) A physician with the qualifications specified in subsection (a)(1) or (2); (2) One of the following committee members: a registered nurse, a social worker or a clinical psychologist; (3) One of the following committee members: an academic as specified in subsection (a) (5); a jurist as specified in subsection (a) (6); or a religious authority as described in subsection (a)(7).
Application to the Committee	46.	(a)	An application to an institutional committee may be made by one of the following persons: (1) A patient who has not been determined as being a terminally ill patient pursuant to section 8 or a patient determined as being a terminally ill patient pursuant to the provisions of the aforementioned section (in this chapter – the patient), or a person on behalf of such a patient; (2) The patient's representative; (3) A close person or a guardian of an incompetent patient; (4) A caregiver who is a member of the medical staff in the medical institution in which the patient is being treated; (5) The patient's personal physician; (6) A social worker. (b) Where an application has been made to the institutional committee by a person who is not the patient or on his behalf, regarding the matters enumerated in section 47, the committee will give notice thereof to the patient or person on his behalf; if the patient is incompetent, the committee will also notify his representative and his guardian should there be such, as well notifying a close person, as the case may be.
The authorities and decisions of institutional committee	47.	(a)	An institutional committee is authorized to decide in cases in which there is dispute between the relevant persons or where a doubt arises regarding the nature of the treatment to be administered to the patient, and inter alia in the following cases: (1) An objection to the decision of a responsible physician regarding the presumption of the wish to continue living pursuant to section 4 or the presumption of competence pursuant to section 6; (2) A dispute between the parents of a minor, between themselves, or between themselves and the responsible physician, as well as a dispute between a minor who is a terminally ill patient and his parents or between himself and his caregivers, as stated in section 28; (3) A dispute between a guardian and a minor patient, his parents, or the responsible physician, regarding section 24; (4) Ascertaining the wish of a terminally ill patient based on advance medical directives that he gave as stated in section 35; (5) An objection to the decision of a representative as stated in section 40; (6) Establishing priorities between advance medical directives and a power of attorney as described in section 42(c).

- (7) Determination of a responsible physician in the matter of whether a patient is a terminally ill patient or an end-stage patient as stated in section 8;
- (8) Determination of a responsible physician to the effect that a person is a close person to the terminally ill patient;
- (b) When deciding in a dispute as stated in section (a) an institutional committee shall ascertain the wish of a patient regarding his medical treatment and give directives regarding the fulfillment of his wish based on the facts presented to it and subject to the provisions of this Law; in the absence of facts regarding the wish of the patient, in a discussion based on section (a)(1)-(6), the committee shall decide in accordance with the presumed wish of the patient, based on his world view and his way of life, and when necessary based on a consultation with a close person to the terminally ill patient and with people who represent a world view similar to that of the patient; in the matter of a minor or a protected person, the committee shall also decide based on section 28(d) or 29(d), as the case may be.
- (c) The persons mentioned in section 46(a), as well as any person with an interest in the patient, are entitled to present their claims before the institutional committee.
- (d) The decision of an institutional committee, other than in the framework of a discussion held by a sub-group as stated in section 45(e), will only be valid if at least five members participated in the discussion and in the adoption of the decision, among them the jurist, one physician and two additional members who are not physicians; the decisions of the committee will be based on majority opinion; if the opinions are balanced, the chairman's opinion will be the deciding opinion.
- (e) An institutional committee is entitled to decide a case, to submit a case for the decision of the National Committee or to bring the parties involved to an agreement; if the parties agree – the committee will not decide in the matter.
- (f) An institutional committee in a medical institution will discuss the matter of a patient being treated in the medical institution to which it is assigned, and the matter of a patient who is not treated in that medical institution if the responsible physician for that patient is employed by the medical institution; an institutional committee of a sick fund will discuss the matter of a patient who is treated by a responsible physician who is not a physician as specified in paragraph (1) of the definition of a responsible physician, who is a district physician or was appointed by him, and the committee will be the institutional committee of the sick fund in which the patient is registered; an institutional committee will also discuss the case of a patient regarding whom the Director General instructed it to discuss and decide concerning him.

Renewed
discussion by the
committee

48.

Where an application pursuant to section 46 was forwarded to the committee for a second time regarding a matter pertaining to a terminally ill patient, such matter already having been discussed and decided by the committee, and where there has been no change in the circumstances of the case, the chairman is entitled to determine that the application will not be forwarded to the committee for renewed discussion.

- | | | |
|---------------------------------|-----|---|
| Exception to renewed discussion | 49. | The committee will not discuss an application in respect of which an appeal has been filed pursuant to section 51(a) (4), or a petition filed to the High Court of Justice. |
|---------------------------------|-----|---|

Article B: The National Committee

- | | | |
|---|-----|---|
| Appointment of a national committee and its panels | 50. | <p>(a) The Director General will appoint the National Committee and these will be its members:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Four medical experts, at the level of unit director, department director or hospital director; (2) Four senior level registered nurses, at a senior level; (3) Four members who are social workers in a medical institution, at a senior management level, or clinical psychologists in a medical institution, at a senior management level; (4) Four academics who are experts in the discipline of philosophy or ethics, at a senior academic level; (5) Four jurists who are qualified to be appointed as district court judges or that are at a senior academic level; (6) Four religious authorities. <p>(b) The appointed members should be experienced in the areas discussed by this Law; a Jewish religious authority will be appointed after consultation with Israel's Chief Rabbis and the non-Jewish religious authority will be appointed after consultation with the president of the appeal court of that religious community in Israel; the jurist will be appointed after consultation with the Attorney General.</p> <p>(c) The Director General will appoint the chairman of the committee and his substitute from amongst its members.</p> <p>(d) The chairman of the committee will appoint the panels of the committee from amongst its members; six members will be appointed to each panel, each from a different discipline as specified in paragraphs (1) to (6) of subsection (a), and he will also appoint a substitute for each one of them; the committee's chairman will appoint a chairman and his substitute for each panel.</p> <p>(e) A member of the national committee will be appointed for a period of five years, and his appointment may be renewed for additional periods.</p> |
| Authorities of the national committee and application to the national committee | 51. | <p>(a) The national committee is authorized to discuss and decide the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Disputes between the members of the institutional committee, based on a request of at least one of them; (2) Exceptional cases which are of fundamental importance, submitted by an institutional committee for its resolution; (3) Cases that an institutional committee submitted to the national committee without deciding upon; (4) An appeal regarding the decision of an institutional committee, submitted by a person entitled to apply to an institutional committee. |

		(b) When deciding on a dispute as stated in subsection (a) the National Committee will ascertain the patient's wish regarding his medical treatment and give directives regarding the fulfillment of his wish based on the facts presented to it and subject to the provisions of this Law; in the absence of factual data regarding the patient's wish, the Committee shall decide in accordance with the presumed wish of the patient, based on his world view and his way of life, and when necessary based on a consultation with a close person to the terminally ill patient and with people who represent a world view similar to that of the patient; in the matter of a minor or a protected person, the Committee shall also decide based on section 28(d) or 29(d), as the case may be.
The National Committee's decisions	52.	(a) The persons enumerated in section 46(a) as well as any person who has an interest in the patient are entitled to present their claims before the National Committee. (b) The decisions of the National Committee will be based on majority opinion; if the opinions are balanced, the chairman's opinion will be the deciding opinion. (c) The decision of an institutional committee will only be valid if at least one representative from each discipline specified in sub-sections (1) to (6) of section 50(a) participated in the discussion. (d) The National Committee will decide an appeal or an application that has been brought before it.
Appearance of the Attorney General	53.	If the Attorney General deems that a matter discussed by an institutional committee or by the National Committee raises a question requiring the presentation of his position, he may, at his own discretion, turn to the committee and appear before it in order to present his position in person or by a person on his behalf.

Chapter 7: Miscellaneous

Exemption from liability	54.	A person will not be liable under any law for actions performed in accordance with this Law, unless he acted negligently.
The right to additional actions	55.	A terminally ill patient is entitled, to the extent possible, to have his wish respected with regards to additional actions that in the opinion of the patient or his family are required, based on his own initiative and at his own expense; however, a director of a department is entitled to refuse allow the performance of such actions within the precincts of the medical institution if in his opinion such actions are liable to endanger the patient or disturb other patients or the treating staff.
Transferring treatment to another healthcare provider	56.	Nothing in the provisions of this Law shall obligate a caregiver to administer a particular medical treatment to the terminally ill patient, or to withhold a particular medical treatment where it conflicts with his values, conscience or medical discretion; a caregiver who refuses or withholds as stated will transfer the treatment to another caregiver, based on an arrangement determined in advance with the director of the medical institution.
Non-application	57.	Notwithstanding the provisions of the Competence and Guardianship Law, 5722-1962, ^[7] the Youth (Care and Supervision) Law, 5720-1960, ^[8] the Persons Suffering from Mental Disorders (Treatment) Law, 5751-1991; ^[9] the Welfare (Treatment of Retarded Persons) Law, 5729-1969, ^[10] and the Safety

		of Protected Persons Law, 5725-1966, ^[11] and subject to the provisions of sections 5(c) and 14(c), the provisions of section 10(a), the provisions of sections 6 and 7 of Chapter 4 and the provisions of Chapter 6, an guardian appointed for a person will not be authorized to represent that person in matters to which this Law applies.
Confidentiality	58.	A person will not disclose identifying information regarding a patient in the course of fulfilling his role or in the course of his work in accordance with this Law, and no use shall be made of such information other than for the purpose of executing the provisions of this Law, the provisions of any other law, or pursuant to a court order; the provisions of this Law do not derogate from the provisions of the Patients Rights Law, subject to the provisions of section 10(c).
Applicability	59.	This Law shall also apply to the state.
Regulations	60.	(a) The Minister, with the approval of the Work, Welfare and Health Parliamentary Committee, will determine - (1) Provisions regarding the definition of a close person; (2) Provisions regarding the giving, collection and documentation of statements, and regarding the collection of documents and data, for the purpose of ascertaining the wish of the patient pursuant to sections 5, 14, and 35, including evidentiary requirements regarding testimonies, documents and data as stated; (3) The methods of appointment and working arrangements of the National committee and the institutional committees; (4) The details to be documented in a medical record according to sections 7 and 11(b); (5) Provisions regarding modification and cancellation of advance medical directives or power of attorney, by a person who by reason of an illness or defect is incapable of performing the required practical actions as stated in section 43(c); (6) Reporting duties regarding the execution of the provisions of this Law to a person authorized by the Minister, for the purposes of supervision and research, and provisions regarding publication of such information, provided that no identifying details are published regarding the person being reported on; (7) Provisions regarding the duty to maintain in a medical institution and in any other location determined by the Minister as stated, technological means within their meaning in paragraph (2) of the definition of "Cyclical medical treatment"; These provisions can be implemented gradually with regards to different categories of medical institutions and in a place as a determined, and for a duration as determined, according to an order given by the Minister; (8) Provisions regarding the management of the database, including conditions regarding disclosure and receipt of information, as well as the methods of appointment of the responsible person and the scope of his authority.

- (b) The Minister will establish provisions as stated in subsection (7) (a), regarding any technological method, until the end of one year after the date on which the use of a technological method was approved by the Director General.
 - (c) The Minister, with the approval of the Labor, Welfare and Health Parliamentary Committee, is entitled to prescribe other methods for the giving of advance medical directives, as a general rule or for specific types of cases that he has determined as stated in section 33(c) and for the granting of a power of attorney, as a general rule or for specific types of cases that he has determined as stated in section 38(c);
 - (d) The first regulations as stated in subsection (a) will be established until the end of one year after the publication date of this Law.
- | | |
|---------------------|---|
| Implementation | 61. The Minister is charged with implementing the provisions of this Law and is entitled to establish regulations for its implementation. |
| Changing Supplement | 62. The Minister, with the approval of the Labor, Welfare and Health Parliamentary Committee, is entitled to amend the Supplements and to determine other types of forms as stated, |
| Application | 63. This Law shall come into force one year after its publication date. |

* Statute Book 2039, pp. 58, 14 *Keslev* 5766, 15.12.2005

[1] S.H. 5756, p. 327.

[2] O.G. 1949, Supp.1 p 191 (a) 239.

[3] S.H. 5754, p.156.

[4] S.H. 5756, p.152.

[5] S.H. 5737, p. 158.

[6] Laws of the State of Israel, New Version, 30, p. 594

[7] S.H. 5762, p. 120

[8] S.H. 5720, p. 52

[9] S.H. 5751, p. 58

[10] S.H. 5729, p. 132

[11] S.H. 5726, p. 56

The Halachic Basis of “The Dying Patient Law”*

Avraham Steinberg, M.D.

Several biblical and Talmudic stories, as well as principles developed by the medieval authorities and the laws pertaining to moribund patients (*gosesim*),^[1] provide the foundation for discussing the attitude of the halacha to terminal patients.^[1]

I. Fundamental Values

A. The value of life

Many authorities maintain that although the value of life is indeed holy and lofty, it is nonetheless not an absolute value. They prove this on the basis of other values that supersede the value of life, e.g. the three sins which require death rather than violation, warfare, and martyrdom. There are cases that call for taking a life, e.g. the case of pursuit (*rodef*); capital punishment for major sins; certain cases of suicide; and certain situations involving severe suffering at the end of life, which in clearly defined cases halachically permit refraining from any procedure to prolong life.

This halachic position allows a balance between the sanctified value of life and other values, e.g. preventing suffering in certain well-defined situations (see *infra*).

The halachic foundation for this approach is the principle of “removing the impediment (*meisir ha-mone’a*)”, as can be understood from the following sources:

1. We find in Scripture: ...and a time to die (Eccl. 3:2). What do we learn from this verse? When a person is moribund and his soul is departing, we do not pray that his soul return to him because he would in any event be able to live only a few more days in pain.^[2]
2. We do not unnecessarily slow a person’s death. For example, if a woodchopper was near the house of a moribund patient whose soul could not depart, we remove the woodchopper. We do not place salt on a patient’s tongue to prevent him from dying. If he is moribund and says: “I cannot die until I am moved to another location,” he is not to be moved.^[3]
3. If the soul of a moribund patient cannot depart, it seems to be prohibited to remove the cushion from underneath him so as to speed his death. This is based on the belief that certain feathers in the cushion prolong life.

I have repeatedly protested against the evil practice of removing the cushion, but to no avail. My masters disagree with me, and Rabbi Nathan from Igara wrote that it is permitted.

It is surely prohibited to do anything to delay the death of a moribund patient, e.g. to chop wood near him in order to prevent his death or to place salt on his tongue to prevent him from dying.

Actions that remove an indirect impediment to death are permitted. But it is prohibited to do

*Artikel aus: „Jewish Medical Ethics Summer Program 2011“, Shaare Zedek Medical Center, Dr. Falk Schlesinger Institute for Medical-Halachic Research Jerusalem.

anything to hasten death. Therefore, it is prohibited to move a moribund patient and it is prohibited to put the synagogue keys under his head so that he die quicker because this actively hastens the departure of the soul. It follows that it is permitted to remove anything that blocks the departure of the soul.[\[4\]](#)

4. It is similarly prohibited to hasten the patient's death. For example, if a patient is moribund for a long time and cannot die, it is prohibited to remove the cushion or the pillow from underneath him in the belief that certain feathers prolong life; it is prohibited to move him; and it is prohibited to put the synagogue keys under his head so that he die. But if there is something delaying the departure of the soul, such as the nearby sound of a woodchopper or salt on the patient's tongue, it is permitted to remove the impediment to death because these actions do not actively hasten death.[\[5\]](#)

In accord with this principle, contemporary authorities have written as follows:

1. In my youth, I too heard of the principle that one must do everything possible to prolong the patient's life even if only for a moment. I did not know of an authoritative source for the principle. But it seemed to me that the idea requires further consideration because in the *Shulchan Aruch* (*Yoreh De'ah* 339) it is made clear that one may remove an impediment to death. Only actively hastening death is prohibited.

If so, refraining from action (in a case where active treatment would increase the patient's suffering) would seem to be permitted. On the contrary, active treatment should be avoided in such cases... But it seems that any active treatment that can only momentarily prolong the patient's life without really saving him is comparable to the case of the moribund patient since moribund patients are surely still alive in every sense. All this requires more thought.[\[6\]](#)

2. If a patient cannot, in medical opinion, be cured, cannot survive and cannot even continue in his illness without suffering but can be treated with medicine that will prolong his life and his suffering, he should not be given medicine. Rather, he should be left as he is.[\[7\]](#)
3. Since the proposed action will not heal the patient and will only prolong his life a little, it is my humble opinion that if his briefly prolonged life will be a life of suffering, the action is prohibited... because reason dictates that removing an impediment to death makes sense when it is done indirectly.

As explained by R. Moshe Isserles (*Y.D.* 339:1 at the end) this is permitted because of the patient's suffering. If it were permitted to take steps to lengthen the patient's life when he is suffering, how could it be proper to remove an impediment to death? On the contrary, we would have to impede the patient's death with whatever means we could.

Rather, it is surely prohibited to employ any means to prolong the patient's life even briefly if he is suffering. The removal of an impediment to death in a moribund patient pertains in a case of suffering... although it is prohibited to do anything actively to hasten his death as is made clear by R. Moshe Isserles (*ibid.*).

Actively hastening death is tantamount to murder... But it is also prohibited to do anything actively to prolong a life of suffering... Physicians' claims that the patient cannot feel pain should be discounted because they might be able to know....[\[8\]](#)

Other authorities, however, maintain that the value of life is infinite, absolute, indivisible, and incommensurable.[\[9\]](#) According to this opinion, the patient's life must be prolonged in every case, in every situation, and under all conditions even if his life expectancy is very short and even if he is suffering greatly and even if action is taken against his will.

B. Ownership of one's body

Two great authorities of the previous century differed on the question of ownership of a

person's body. One maintained that no one owns his body.^[10] The other maintained that a person's ownership of his body cannot be entirely denied. Rather, a person has partial ownership over his body in partnership with God.^[11]

In any event, even according to the latter opinion ownership over one's body does not grant the right to injure it. Everyone agrees that murder is prohibited, even if the victim requests to be killed, because man is not the owner of his body.

The authorities are indeed divided on whether a terminal patient who is suffering greatly has an autonomous right to refuse treatment to prolong his life (see *infra*). If the patient is incurable and treatment will prolong the patient's suffering, some have written that the patient must be informed and asked whether he wishes to be treated. But if the patient does not wish to continue his life of suffering, treatment should be withheld.

On the other hand, the patient must be informed and asked whether he wants to be treated for if he prefers a life of suffering over death, he is to be treated.^[12] Similarly, if the patient is God fearing and lucid, it is preferable to explain to him that one hour of life in this world is worth more than the whole of the next world and that suffering in this world conveys greater merit than immediate death. If, despite all this, he does not want to suffer, his wishes should be respected.^[13]

C. The attitude to suffering

All authorities agree that suffering must be minimized.^[14] Even convicts subject to the death penalty were given a drug to blunt their clarity of mind and minimize their suffering at death.^[15]

Indeed, all authorities agree that in any event there is no room to permit killing a person in order to prevent suffering (see *infra*). However, the authorities are divided on the question of whether preventing ongoing suffering in a terminal patient justifies refraining from life-prolonging treatment or whether the value of life even in such situations is greater than the value of preventing suffering (see *infra*).

Some adduce Talmudic definitions to prove that interminable suffering is worse than death.^[16] It follows from these that people prefer death to a life of great suffering and they are permitted to prefer death to interminable suffering. Therefore, in a case of severe suffering it is permitted to reject life-prolonging treatment.^[17] In addition, it has been claimed that excessive prolongation of life is not good.^[18]

It has been further claimed that the requirement to save a person's life applies only in those cases where the person saved will benefit from the prolongation of his life. In such a case it is even proper to violate Shabbat to save a life. But in a case where death is to be preferred, there is no requirement to save a life. Therefore, a terminal patient who is suffering greatly need not be saved.^[19]

There are several proofs for this approach:

There are biblical and Talmudic examples of people who prayed that God kill them in order to save them from suffering, e.g. Elijah,^[20] Jonah,^[21] and Honi Ha-me'aggel.^[22] These examples imply that it is permitted to pray for death in order to escape great suffering.

In rabbinic literature there are further examples of Sages who prayed for a merciful death for moribund patients or for patients who had become insane.^[23]

The principal example of this is the story of the death of Rabbi Yehuda Ha-nasi whose disciples disagreed with his maidservant. The disciples prayed for prolonging his life despite his suffering; she preferred to pray for his death in order to end his suffering.^[24]

In this case the halacha is in accord with the maidservant. There are times when one must

pray for a merciful death, for example when a patient is suffering greatly and there is no hope of recovery.^[25]

According to the halacha, it is wrong to pray for return of a departing soul because the patient can in any event live for only a brief time with great suffering.^[26]

However, others maintain that we are obliged to continue every patient's treatment under all circumstances even if he is suffering greatly. This is because the patient has an inherent right to life, even if his life is a life of suffering.^[27]

D. The obligation to treat everyone

Everyone who is conversant with Torah ideology and fears Heaven knows that there is an absolute obligation to heal and save any person by any means possible. His degree of intelligence and scholarship is irrelevant.^[28] Even if he is very old, it is definitely obligatory to heal him by any means possible just as if he were young.^[29]

II. The Definition of Terminal Illness

The halachic definition of terminal illness is not entirely clear. It is possible to equate the halachot of the terminal patient with those of a patient who has a prognosis of "imminent death" (*Chayei Sha'a*). The Sages, however, nowhere defined "imminent death."

Some maintain that "imminent death" has the same definition as *treifa*. According to this view, anyone who will not survive twelve months is considered to have a prognosis of imminent death whether he is expected to die from the specific disease he is suffering from or from some other disease.^[30]

Another authority has written that any patient who is diagnosed as suffering from a condition that we know will be fatal is considered in the category of "imminent death" from the moment of diagnosis regardless of the patient's life expectancy.^[31]

Another authority has written that the prognosis of "imminent death" is worse than that of the moribund (*goses*) because not even a small minority of "imminent death" patients survive whereas only a simple majority of moribund patients die.^[32]

The decision to refrain from treatment to prolong the life of a terminal patient who is suffering can only be taken after all the physicians agree that there is no hope to save him. In this matter it is wrong to rely the opinions of a few specialists.^[33]

III. Applications

A. Active killing

Even if undertaken for reasons of mercy and compassion and even if a terminal patient is suffering greatly and even if a lucid patient clearly requests that he be killed, any form of active killing is prohibited. The killer has the status of a murderer and is liable to capital punishment, because there is no difference between killing a healthy person and killing a terminal patient. The death penalty applies even to the killing of a moribund patient because any action that shortens life, even by a moment, is prohibited as shedding blood.^[34]

The prohibition of active killing, even in cases of great suffering, is based on a divine decree. It is surely God's will that some people die a quick and easy death while others die a protracted and painful death. It is possible that those who die an easy death in this world are judged harshly in the next world while those who die a painful death in this world earn a meritorious place in the next world.^[35]

B. Assisted Suicide

According to Torah law it is prohibited to cause death even indirectly.^[36] The physician is therefore prohibited from assisting a terminal patient to commit suicide.

C. Refraining from life-prolonging treatment; halting life-prolonging treatment

If a terminal patient is suffering greatly, or even undergoing only mental pain, and wishes that his life not be prolonged by any procedure that would increase his suffering, many authorities maintain that it is permitted to refrain from life-prolonging treatment. But there is no prohibition to prolong his life in such a situation.^[37]

If a terminal patient is in pain, some even maintain that it is obligatory to refrain from prolonging his life of suffering, and it is prohibited to take any step to prolong the pain of a dying, moribund patient.^[38]

If a terminal patient is totally unconscious and it is unclear whether he is in pain, it has been written that we are obligated to treat him by all means, including resuscitation.^[39]

Others have written that even deeply comatose patients are in pain. It is therefore permitted to refrain from prolonging their lives.^[40]

Some authorities maintain, that there is no distinction to be drawn between various therapies or between various patient categories. As long as the patient is alive, it is obligatory to continue treatment in every situation, utilizing all available means, in order to prolong life. This is so even if the patient is suffering and even if he wishes to reject treatment.^[41]

According to those who maintain that it is correct to refrain from prolonging life in certain conditions, or that it is obligatory to do so, several limits and conditions pertain as follows:

1. In principle, it is obligatory to continue those treatments which fulfill the patient's natural needs, *e.g.* food, drink, and oxygen; and those treatments that any other patient would receive to prevent complications, *e.g.* antibiotic treatment for lung inflammation or blood infusion for severe hemorrhage.

These treatments are obligatory even against the patient's will. On the other hand, there is no obligation to take any step intended to treat the patient's underlying condition or any severe, clearly fatal complication where such step is merely intended to prolong life for a brief time without any possibility of cure while certainly increase pain and suffering. Similarly, there is no obligation to take any such step against the patient's will.

Included in this category are resuscitation, ventilation, surgery, dialysis, chemotherapy, radiation therapy, etc.^[42]

A published opinion:

"According to Torah law, it is obligatory to treat the patient even if in medical opinion he is terminal. The treatment must include all routine medications and medical procedures needed. Heaven forbid that the patient's relief from suffering be attained through hastening his death by refraining from giving him nourishment or medical treatment!

All the more so is it prohibited to hasten his death by any positive action (even if it is clear that he is about to die, in which case it is prohibited to move him since he is moribund). Following is a list of medical procedures as formulated by senior physicians....

Signed,

Yosef Shalom Eliashiv, Shlomo Zalman Auerbach, Shmuel ha-Levi Vosner, Sh.Y. Nisim Karelitz

These are the medical procedures as formulated by senior physicians: The terminal patient

must be provided nourishment and, if needed, nasogastric intubation, gastrostomy, intravenous infusion, injection of insulin, morphine in regulated dosages, antibiotics, and blood transfusion.

2. If the physicians are of the opinion that it is impossible to save the patient despite maximal therapeutic efforts in an intensive care unit (for example, if the patient exhibits terminal and irreversible insufficiency of at least three vital systems, all the physicians treating him conclude that it is impossible to save him, his death as result of his disease is imminent, and the physicians believe the patient to be suffering), some authorities maintain that it is permitted to refrain, to stop, or to alter diagnostic procedures and various therapies if the patient will not die immediately from these actions, even though they will result in his death from his disease within a few hours and if they are done gradually in a controlled environment with proper follow-up.

But it is in any event prohibited to take any action that will cause the patient's immediate death. Therefore, it is improper to start any new treatment that will prolong the patient's suffering without any hope of saving him. This includes antibiotic treatment and the like, cessation of various tests, such as blood test intended to clarify the patient's condition, as the patient is suffering and these tests serve no useful purpose.

There is no need to continue monitoring a patient in such a condition. Therefore, blood pressure, pulse, and oxygenation levels need not be monitored even though instrumentation attached to the patient's body performs these tests automatically.

Palliative treatment should be continued.

Any action that will lead to the immediate death of the patient is prohibited. Even if it is only possible that the action will immediately kill the patient, it is prohibited.

If the physicians maintain that the patient's respiration is wholly dependent on a ventilating machine, it is prohibited to switch it off. If the physicians maintain that stopping a medication like dopamine will lead to an immediate drop in blood pressure and the patient's immediate death, it is prohibited to stop the medication completely.

In the case of a suffering patient, it is permitted to cease or alter treatments gradually when such cessation or alteration will not immediately kill the patient even though he might die from his illness within a few hours. Careful observation and follow-up are of course required in these situations.

It is therefore permissible to lower the patient's respiration rate as regulated by a ventilating machine until he exhibits spontaneous breathing; it is permissible to lower the O₂ concentration in the patient's blood to 21%, which is the O₂ concentration in the ambient atmosphere. It is permissible to lower dopamine dosage gradually, assuming that no significant change is expected in the patient's blood pressure or that a small, expected decline in blood pressure would not be immediately fatal. It is permissible to cease intravenous infusion of concentrated nutrients and to transfer the alimentation to a nasogastric feeding tube or even to reduce intravenous alimentation to water and sugar. It is permissible to cease prophylactic medications such as heparin or H₂ blockers that are intended to prevent blood clotting or hemorrhaging. And it is permissible to cease insulin therapy that is intended to reduce high sugar levels in the patient's blood. All this is permissible if the patient is suffering.

Similarly, it is permissible to refrain from restarting medical or other therapies such as dialysis that are administered cyclically rather than continuously. It is permissible to refrain from restarting dopamine therapy after the infusion pouch has emptied. And it is permissible to refrain from restarting antibiotic therapy after the infusion pouch has emptied. All this is permissible if the patient is suffering.^[43]

The authorities have discussed the following specific matters:

- a. Nutrition and Liquids – According to all the authorities it is prohibited to stop administering

nutrients or liquids to hasten the death of a patient suffering from a fatal condition. This is prohibited even when done through passive means.^[44] Since eating is a natural process and since all humans and animals must eat, denying nutrition is considered murder.^[45]

If the patient refuses to eat, it is obligatory to try to explain to him the importance of nutrition. If nonetheless he refuses, some authorities maintain that he should not be forced to eat as long as he is an adult and in possession of his faculties.^[46] Others maintain that it is obligatory to feed him even against his will.^[47] In any event, if in medical opinion the patient has no chance of survival and he is suffering, it is permissible to cease intravenous administration of concentrated nutrients and to transfer the patient to nasogastric, tubal feeding or to reduce intravenous alimentation to water and sugar.^[48]

- b. Oxygen – It is prohibited to cease oxygen therapy in a moribund patient.^[49] Some authorities draw this conclusion from the opinion of Maimonides,^[50] according to whom walling a person in so that he cannot breathe is a capital offense because it is like strangling him.
- c. Resuscitation and Ventilating Machines – Among the therapeutic procedures that may be stopped for a moribund patient are resuscitation and artificial ventilation.

Contemporary authorities are divided on the permissibility of switching off a ventilating machine where artificial ventilation of a terminal patient has already been instituted and in medical opinion the patient has no hope of survival. According to some authorities, it is permissible, or even obligatory, to switch off the machine in order to reduce the patient's suffering.^[51] They reason that the ventilating machine is artificially impeding the departure of the soul; therefore, it may be switched off. If the therapy was improperly instituted in order to prolong the moribund patient's life, it may be stopped thereby enabling the patient to die.

Most authorities, however, maintain that it is always prohibited to remove a patient from a ventilating machine.^[52] Since the ventilating machine is vital and since it is physiological and is attached to the patient, they reason that it is not to be considered as something that is blocking the departure of the soul. Therefore, switching the machine off constitutes actively causing the patient's death even if it had not been obligatory to switch the machine on. Nonetheless, the original switching the machine on constituted a fulfillment of the divine commandment to treat the patient.

One of the authorities who prohibit switching the machine off maintains that the preferred method is to use a ventilating machine that is regulated by a timer. The timer causes the machine to operate at regular intervals, briefly switching it off from time to time. If the patient is determined to be dead during the time that the machine is switched off, he may be removed from the machine.^[53]

Others have written that when the machine is momentarily switched off to administer some treatment such as clearing fluids from the patient's lungs or to maintain the machine, there is no need to restart the machine if it is clear that the patient is no longer breathing and his condition halachically justifies refraining from any life-prolonging treatment.^[54]

If in medical opinion the patient is suffering and has no chance of survival despite maximal therapeutic efforts in an ICU, others permit reducing the respiration rate as regulated by the machine to a level where the patient can breathe on his own or lowering the O₂ concentration in the patient's blood to 21%, which is the O₂ concentration in the ambient atmosphere.^[55]

- d. Medications – Life-prolonging medications intended for terminal illnesses are, according to some authorities, obligatory even though they cannot cure the patient. Ceasing such treatment is tantamount to killing.^[56]

Most authorities, however, maintain that such medications should not be administered because they merely prolong the patient's suffering by delaying his death while providing no

benefit, especially if the patient requests that that such medications be stopped.^[57]

Medications like insulin for diabetics, antibiotics for various infections such as pneumonia or UTI, dopamine for maintaining blood pressure, anti-coagulants, coagulants or hemostatics such as heparin and H₂ blockers are administered for conditions other than the one which is causing the patient's death or for resolvable complications. If it is medically clear that there is no hope to save the patient's life and that he is suffering, one authority has written that one should refrain from prolonging the patient's life with these medications.^[58]

Other authorities maintain that it is permissible to lower the dosage of these medications gradually so that no significant change will occur in the patient's condition.^[59]

Others maintain that therapy of secondary conditions must be continued as long as such therapy is effective even though the patient is suffering from another, terminal disease. Such therapy is required even against the patient's will.^[60]

- e. ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) -- This is the most common form of neuromuscular disease. It is an advanced degenerative disease of the musculature of unknown etiology. It causes gradual paralysis of all muscles, including the muscles needed for breathing, except the oculomotor muscles. In the advanced stage of the disease, the patient cannot move any part of his body, even the muscles necessary for breathing. At this point, the patient will die by suffocation unless he is attached to a ventilating machine when, as stated, he will be able to control only his oculomotor muscles.

According to some authorities, it is permissible to refrain from attaching such a patient to a ventilating machine because of the great suffering he will experience during the remainder of his life, especially if he requested this while he was still healthy.^[61] If such a patient is suffering from pneumonia, he should be given oral antibiotics. But if he does not wish to prolong his life, it is not obligatory to administer any intravenous therapy.^[62]

It must indeed be emphasized that the decision to refrain from artificial respiration does not mean neglecting the patient. There are therapeutic methods for attenuating the patient's terminal condition. It must similarly be noted that there are less invasive therapeutic methods available to stabilize his condition and at times even improve it. For example, patients with chronic neuromuscular diseases can benefit from various respiratory devices that do not adversely affect their basic quality of life. ALS patients who choose home-based respirators are satisfied with the results. Most therapists, however, report serious difficulties.

It should be noted that there are many other neuromuscular diseases that exhibit increasing difficulty in respiration similar to ALS. When they are old enough to express their will, a number of surveys indicate that children with life-long conditions such as these say they prefer resuscitation and ongoing artificial respiration by various methods.

D. Prolonging life in conformance with the patient's will

The patient must be informed of his condition and asked whether he wants to receive lifesaving treatment even though prolonging his life will prolong his suffering. If he prefers a life of suffering over death, he must be treated^[63] both on Shabbat and weekdays.

E. Analgesics

Analgesic treatment, as with narcotic based medicines, is permissible even if there is a slight chance that they may hasten the terminal patient's death. Since pain and suffering are part of the disease, it is permissible to treat them as with any other aspects of disease despite the dangers that such treatments entail.

This halachic position depends on the following conditions: (a) The treatment must be

administered for the purpose of alleviating pain, not in order to hasten the patient's death; (b) the physician must be fully conversant with these methods of treatment; (c) if the patient's condition is so severe that a single injection of morphine might arrest his respiration but he is attached to a ventilator, the treatment is still permissible.^[64]

Some maintain that administering narcotic medications can even prolong life because reduction of pain and suffering causes the patient to feel better enabling him to eat and drink better.^[65]

F. Transferring therapy to another therapist

If the family objects to the therapist's efforts to treat a patient in a life-threatening condition and the law of the land prohibits the practitioner from violating the family's will and threatens him with loss of his license and his livelihood, he is not obligated to try and revive the patient and he is exempt from the Commandment "thou shalt not stand idly by."^[66]

* See ASSIA 69-70, pp. 23-58; ASSIA 71-72, pp. 25-39.

[1] See detailed article in Prof. A. Steinberg (ed.) *Encyclopedia of Halacha and Medicine*, second edition, vol. 5, s.v. *note lamut*.

[2] Rabbi Yehuda ben Shmuel ha-Hasid, *Sefer ha-Hasidim*, sect. 234 (sect. 318 in Wisnitzki's edition).

[3] *Sefer ha-Hasidim*, sect. 723 (sect. 315 in Wisnitzki's edition).

[4] Rabbi Yehoshua Boaz ben Shimshon, *Shiltei Gibborim ad Moed Katan* 16b in the Rif pagination.

[5] Rabbi Moshe Isserles, *Y.D.* 339:1. See detailed discussion of the implications of the adduced examples in *Encyclopedia of Halacha and Medicine*, second edition, vol. 5, s.v. *note lamut*.

[6] Rabbi Yaakov Yisrael Kanievsky, *Karyana de-Iggerata*, 190.

[7] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe*, *Y.D.* 2:174a.

[8] *Iggerot Moshe*, *Y.D.* 2:174c.

[9] See Rabbi Yosef Babad, *Minhat Hinnuch* 34; Rabbi Yehiel Michel Tukachinsky, *Gesher ha-Hayyim* 1:2b, note. 3; Rabbi Yisrael Immanuel Jakobovits, *ha-Refu'ah ve-ha-Yahadut*, 152; Rabbi Eliezer Yehuda Waldenberg, *Tsits Eliezer* 10:25, ch. 6.

[10] Rabbi Shlomo Yosef Zevin, *le-Or ha-Halacha*, pp. 318 ff.; Rabbi Shlomo Zeven, *Halacha ve-Refuah* 2 (5741), pp. 93 ff.

[11] Rabbi Shaul Yisraeli, *ha-Torah ve-ha-Medina* 5-6 (5713-14), p. 106; Rabbi Shaul Yisraeli, *Amud ha-Yemini*, 16:16 and following. See also Rabbi Efraim Fishel Weinberger, *Resp. Yad Efraim* 14 regarding this controversy. The relevant halachic sources include Baba Kama 93a regarding giving permission to be injured; Sanh. 84b regarding sons phlebotomizing their fathers; Rambam, *Hil. Rotseah* 1:4 regarding the ransoming of the murderer; Rambam, *Hil. Hovel u-Mazzik* 5:1 regarding injuring one's self; Rabbi David ben Zimra *ad Rambam Sanh.* 18:6 regarding self-incrimination; Rabbi Sh. Zalman, *Shulchan Aruch, Hil. Nizkei Guf ve-Nefesh* 4 regarding the logic of prohibiting self-injury. See also Rabbi Isaac ben Sheshet, *Resp.* 186 and 484; Rabbi Meir ben Baruch, *Resp.* 39 (in Prague edition); Rabbi Yair Hayyim Bachrach, *Resp. Havvat Yair* 163; Rabbi Arieh Leib Ginzburg, *Turei Even*, Meg. 26a; Rabbi Yosef Babad, *Minhat Hinnuch* 48; Rabbi Arieh Leib ben Yosef ha-Kohen, *Ketsot ha-Hoshen* 246:1; Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe O.H.* 3:78; Rabbi Efraim Fishel Weinberger, *Resp. Yad Efraim* 14; Rabbi Shilo Refael, *Torah she-Baal Pe* 33 (5752), pp. 74 ff.

[12] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe H.M.* 2:75a.

[13] Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, *Resp. Minhat Shlomo* 1:91 (24).

[14] Regarding the significance of these principles from the Jewish point of view, see Prof. A. Steinberg, *Encyclopedia of Halacha and Medicine*, second edition, vol. 4, s.v. *yissurim*.

[15] Sanh. 43a; *Tanhumah Pekudei* 2; Rambam, *Sanh.* 13:2.

[16] Ketubbot 33b; Tosafot, *ibid.* s.v. *ilmalei*; Tosafot, A.Z. 3a, s.v. *she-lo*.

[17] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe H.M.* 2:74b; Rabbi Avigdor Nebenzahl, *be-Yitshak Yikkarei*, 57.

[18] Rabbi Shmuel Eliezer Idels *ad Berachot* 47a (*Hiddushei Aggadot*).

[19] Rabbi Zalman N. Goldberg, *Emek Halacha*—ASSIA, pp. 64 ff.; Rabbi Zalman N. Goldberg, *Emek Halacha* 2 (5749), pp. 183 ff. See also Rabbi Moshe Zeev Zorger, *va-Yashev Moshe* 1:76; Rabbi M. Weinberger, *Emek Halacha*—ASSIA, pp. 53, ff.; Rabbi Moshe Herschler, *Halacha u-Refuah* 2 (5741), pp. 29 ff.

[20] I Kings 19:4.

[21] Jonah 4:3.

[22] Taan. 23a.

[23] See Taan. 23a; Baba Metsia 84a. See also Rabbi Reuven Margoliot, *Nefesh Hayya* 292; Rabbi Eliezer Yehuda Waldenberg, *Resp. Tsits Eliezer* 18:48 (end). See also Pal. Talm. Shabbat 19:2 (end) regarding Rabbi Ada bar Ahava.

[24] Ketubbot 104a.

[25] Rabbi Nisim ben Reuven of Girondi *ad Nedarim* 40a, s.v. *ein*.

[26] Rabbi Yehuda ben Shmuel ha-Hasid, *Sefer ha-Hasidim* 234.

[27] Rabbi Eliezer Yehuda Waldenberg, *Resp. Tsits Eliezer* 5, *Kunt. Ramat Rahel* 29; *ibid.*, 10:25, ch. 6:5-6 according to Sotah 22b; Rambam, *Sotah* 3:20. See also Tos. Yom Tov *ad Sotah* 1:9.

[28] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe H.M.* 2:74a

- [29] *Iggerot Moshe H.M.* 2:65g.
- [30] Rabbi Shlomo Kluger, *Chochmat Shlomo Y.D.* 155:1; Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe H.M.* 2:75b.
- [31] Rabbi Avraham Isaac ha-Kohen Kuk, *Resp. Mishpat Kohan* 144:3.
- [32] Rabbi Yisrael Meir ha-Kohen of Radin, *Be'ur Halacha* 329 s.v. *ella*.
- [33] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe H.M.* 2:74a.
- [34] Shabbat 151a; Sanh. 78a; Rambam, *Hil. Rotseah* 2:7; Rabbi Yehuda ben Shmuel ha-Hasid, *Sefer ha-Hasidim* 315 (Mekitsei Nirdamim ed.); Rabbi Moshe Isserles *ad Y.D.* 339:1; Rabbi Avraham Danzig, *Chochmat Adam* 151:14; Rabbi Yehiel Michel Epstein, *Aruch ha-Shulchan, Y.D.* 339:1; Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe Y.D.* 2:174, 3:140, and *H.M.* 2:73a; Rabbi Eliezer Yehuda Waldenberg, *Resp. Tsits Eliezer* 5, *Kunt. Ramat Rahel* 29; *ibid.*, 9:47 and 10:25, ch. 6; Rabbi Shmuel Baruch Werner, *Torah she-Baal Pe* 18 (5736), pp. 38 ff.; Rabbi Nisim Telushkin, *Or ha-Mizrah*, Nisan 5721, p. 20; Rabbi Simcha ha-Kohen Kuk, *Torah she-Baal Pe* 18 (5736), pp. 82 ff.; Rabbi Baruch Pinhas Toledano, *Barkai* 4 (5747), pp. 42 ff.; Rabbi Yisrael Meir Lau, *Resp. Yahel Yisrael* 2:87.
- [35] Rabbi Hayyim David ha-Levi, *Tehumin* 2 (5741), pp. 297 ff. See also Rabbi Yaakov Tsvi Meklenburg, *ha-ktav ve-ha-Kabbala ad Gen.* 9:5, who adduced a biblical source opposing euthanasia even if done for the benefit of a patient who is suffering greatly.
- [36] Rambam, *Hil. Rotseah* 2:2 – “Anyone who causes a death is guilty of a great sin and liable to the death penalty imposed by Heaven.”
- [37] Rabbi Yosef Shalom Eliashiv, quoted in Prof. Avraham S. Avraham, *Nishmat Avraham*, second edition, *Y.D.* vol. 2, 339:2; Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, *Resp. Minhat Shlomo* 1:91, sect. 24; Rabbi Dov Moshe Wolner, *ha-Torah ve-ha-Medina* 7-8 (5716-17), pp. 316 ff.; Rabbi Moshe Herschler, *Halacha u-Refuah* 2 (5741), pp. 29 ff.; Rabbi Shlomo Goren, *Meorot* 2 (5740), pp. 28 ff.
- [38] Rabbi Ovadia Hadayya, *Resp. Yaskil Avdi*, vol. 7, *Y.D.* 40; Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe Y.D.* 2:174c; Moshe Zeev Zorger, *va-Yashev Moshe* 1:76; Rabbi Shmuel Vosner, *Resp. Shevet ha-Levi* 6:179 (See, however, Rabbi Vosner’s responsum in Prof. A. Steinberg, ed., *Encyclopedia of Halacha and Medicine* 3:19 and *Resp. Shevet ha-Levi* 8:151d, where he tends to say that there is merely no obligation to prolong the life of a suffering, moribund patient. See also *Resp. Shevet ha-Levi* 8:86 and 8:287c.); Rabbi Moshe Halberstamm, *Resp. Divrei Moshe* 95. A similar conclusion follows from Rabbi Yaakov Yisrael Kanievsky, *Karyana de-Iggerata*, 190.
- [39] Rabbi Yosef Shalom Eliashiv, quoted in Prof. Avraham S. Avraham, *Nishmat Avraham*, second edition, *Y.D.* vol. 2, 339:2.
- [40] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe Y.D.* 2:174c and *H.M.* 2:74a; Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, quoted in Prof. Avraham S. Avraham, *Nishmat Avraham*, second edition, *Y.D.* vol. 2, 339:2. When my father was terminally ill, he was being mechanically ventilated due to respiratory insufficiency. In addition, he received dialysis treatment due to acute and complete renal failure, he was hemorrhaging due to DIC, he was absolutely unconscious, and he was receiving an infusion of norepinephrine bitartrate to maintain his blood pressure. Rabbi Shlomo Zalman Auerbach instructed me not to interrupt the infusion as long as any liquid remained in the IV pouch. Rabbi Auerbach ruled not to renew the dopamine after the IV bottle finished and about around fifteen minutes after the pouch emptied, my father passed away.
- [41] Rabbi Yisrael Immanuel Jakobovits, *ha-Refu’ah vd-ha-Yahadut*, pp. 146 ff.; Rabbi Eliezer Yehuda Waldenberg, *Resp. Tsits Eliezer* 5, *Kunt. Ramat Rahel* 25; *ibid.* 9:47, 13:87-89, 14:80-82, 18:62; Rabbi J.D. Bleich, *Judaism and Healing*, ch. 24.
- [42] Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, *Resp. Minhat Shlomo* 1:91 (24); Rabbi Shlomo Zalman Auerbach quoted in Prof. Avraham S. Avraham, *Nishmat Avraham*, second edition, *Y.D.* vol. 2, 339:4; Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, *Halacha u-Refuah* 2 (5741), p. 131; Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe Y.D.* 2:174 and *H.M.* 2:73a.
- [43] Rabbi Shlomo Zalman Auerbach and Rabbi Shmuel Vosner as outlined by Prof. Avraham Steinberg in ASSIA 63-64 (5729), pp. 18-19.
- [44] Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, *Resp. Minhat Shlomo* 1:91 (24); Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe H.M.* 2:74c; Rabbi Moshe Herschler, *Halacha u-Refuah* 2 (5741), pp. 29 ff.; Rabbi Yitshak Isaac Liebes, *Resp. Beit Avi H.M.* 153; Rabbi Zalman N. Goldberg, *Emek Halacha* – ASSIA, p. 64; Rabbi Yekutiel Yehudah Greenwald, *Kol Bo Aveilut* 1:21.
- [45] As is made clear in Sanh. 77a and Rambam, *Hil. Rotseah* 3:10 – “If he binds someone and leaves him to starve to death, he is a murderer. And He who demands blood will demand his blood.” A similar conclusion follows from Rabbi Nisim *ad Rif* Shavuot 10 regarding an oath not to sleep for three days.
- [46] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe, ibid.*; Rabbi Shlomo Goren, *ha-Refuah* 124:516 (1993).
- [47] Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, *Resp. Minhat Shlomo, ibid.*
- [48] Oral communication from Rabbi Shlomo Zalman Auerbach.
- [49] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe H.M.* 2:73a; Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, *Resp. Minhat Shlomo* 1:91 (24); Rabbi Yitshak Isaac Liebes, *Resp. Beit Avi H.M.* 153.
- [50] *Rotseah* 3:1.
- [51] Rabbi Hayyim David ha-Levi, *Tehumin* 2 (5741), pp. 297 ff.; Rabbi Hayyim David ha-Levi, *Ase Lecha Rav* 5:30; Rabbi Baruch Rabinowitz, ASSIA 1 (5736), pp. 197 ff.; Rabbi Baruch Pinhas Toledano, *Barkai* 4 (5747), pp. 42 ff.
- [52] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe Y.D.* 3:132; Rabbi Shlomo Zalman Auerbach in Avraham Steinberg, ASSIA 53-54 (5754), p. 5; Rabbi Yitshak Isaac Liebes, *Resp. Beit Avi* 153; Rabbi Ben Zion Firer, *Tehumin* 7 (5746), pp. 219 f.; Rabbi Yitshak Yedidya Frankel, ASSIA 3 (5743), pp. 463 ff. See also Rabbi Yisrael Meir Lau, *Resp. Yahel Yisrael* 2:87.
- [53] Rabbi Yehuda Waldenberg, *Tsits Eliezer* 13:89.
- [54] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe Y.D.* 3:132; Rabbi Zalman N. Goldberg, *Emek Halacha* – ASSIA, pp. 64 ff.
- [55] Rabbis Shlomo Zalman Auerbach and Shmuel Vosner, note 43 *supra*.
- [56] Rabbi Moshe Herschler, *Halacha u-Refuah* 2 (5741), pp. 29 ff.; Rabbi Baruch Pinhas Toledano, *Barkai* 4 (5747), pp. 42 ff.
- [57] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe H.M.* 2:74a. See also *Iggerot Moshe H.M.* 2:73c; Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, *Resp. Minhat Shlomo* 1:91 (24); Rabbi Yitshak Isaac Liebes, *Resp. Beit Avi H.M.* 153; Rabbi Moshe David Wolner, *ha-Torah ve-ha-Medina* 7-8 (5715-17), pp. 315 ff.
- [58] Rabbi Ovadia Hadayya, *Resp. Yaskil Avdi*, vol. 7, *Y.D.* 40.
- [59] Rabbis Shlomo Zalman Auerbach and Shmuel Vosner, note 43 *supra*.
- [60] Rabbi Ovadia Hadayya, *Resp. Yaskil Avdi*, vol. 7, *Y.D.* 40.
- [61] Rabbis Shlomo Zalman Auerbach and Yosef Shalom Eliashiv quoted in Prof. Avraham S. Avraham, *Nishmat Avraham*, second edition, *Y.D.* vol. 2, 339:2; Rabbi Yisrael Meir Lau, *Resp. Yahel Yisrael* 2:62.
- [62] Rabbi Shlomo Zalman Auerbach, *ibid.* (note 52).
- [63] Rabbi Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe H.M.* 2:75a.
- [64] Rabbi Sh.Z. Auerbach, quoted in Prof. Avraham’s *Nishmat Avraham* (*Y.D.* 229:4) and Rabbi M. Feinstein (*Iggerot Moshe H.M.* 2:73a) wrote that it is permitted with the condition that no shortening of life occur and that he not be *goses*; Rabbi Y.I. Liebes (*Resp. Beit Avi H.M.* 153); Rabbi E.Y. Waldenberg (*Resp. Tsits Eliezer* 13:87 and 14:103); Rabbi J.D. Bleich (*Judaism and Healing* 24). See, however, Rabbi A. Nebenzahl’s article (*Assia* 4:260 ff.), according to whom palliative treatment which shortens life is prohibited as an act of murder. He does, however, quote R. Sh.Z. Auerbach who permitted palliative treatment because not every individual injection shortens life. Rather, the series of injections shortens life. See Rabbi I.M. Lau’s article (*Torah she-ba’al Pe* 25:58 ff.).
- [65] Rabbi Y.I. Liebes (*Resp. Beit Avi H.M.* 153); Rabbi E.Y. Waldenberg (*Resp. Tsits Eliezer* 13:87).
- [66] Rabbi Y.E. Waldenberg (*Resp. Tsits Eliezer* 18:40).

Medical Ethics



The Dying Patient Act, 2005: Israeli Innovative Legislation

Avraham Steinberg MD¹ and Charles L Sprung MD²

¹Medical Ethics Unit and Department of Pediatrics, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel

²Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Jerusalem, Israel

Key words: the dying patient, euthanasia, legislation, autonomy, ethics, *Halakha*

IMA/ 2007;9:550–552

One of the most difficult moral, cultural, religious, and legal issues in medical ethics is the treatment of the dying patient. In the past few decades the dilemma has intensified for various reasons: the enormous advances in medicine and technology; the change in the patient-physician relationship from a paternalistic to an autonomous approach; the greater involvement of various professionals in treating the dying patient (specialists, nurses, social workers, students, laboratory technicians and others); economic changes due to the very expensive treatments and technologies, and social changes with a significant decline in the role of the physician. In Israel, various policies, guidelines and declarations have been proposed in recent years; but the situation has been confusing, with physicians not knowing what was allowed and what not, acting inconsistently, and often not discussing decisions with patients, next-of-kin, or other health-care professionals, and not documenting life and death decisions [1].

There are varied approaches around the world concerning the dying patient [2,3] and many countries are still battling with these issues. We feel that the development process and the actual Israeli Law may provide useful insights for other countries and for the professionals.

Israeli Legislation – the process

A detailed and comprehensive law regulating the treatment of the dying patient was enacted on 6 December 2005 by the Knesset (Israeli Parliament). The legislation was the product of six years of intensive professional and public debates and discussions. On 20 February 2000, a national committee was appointed by the Minister of Health to enact a law regulating all matters concerning the dying patient, with one of the authors (A.S.) serving as chairman. The Committee comprised 59 individuals, all specialists and high-ranking professionals in their fields, representing the entire spectrum of relevant views. No member was a political or otherwise interested appointment. The multidisciplinary Committee was divided into four subcommittees: a) A medical/scientific subcommittee, including physicians, nurses, social workers and sociologists. The physicians represented all fields of medicine dealing with dying patients (intensive care, palliative medicine, cardiology, geriatrics, anesthesiology, psychia-

try, pediatrics, neonatology, rehabilitation, oncology, neurology, hospital management). b) A philosophical/ethical subcommittee, including philosophers, medical ethicists and clergy from different religions. c) A legal subcommittee, including judges, lawyers, professors of law, and legal advisors of relevant ministries. d) A subcommittee representing *Halakha* (Jewish law), including rabbis and physicians who were well versed in matters of medicine and *Halakha*. All debates and discussions of the Committee were closed to the media. All the members made a serious attempt to reach as wide a consensus as possible despite previously held strong opinions and the very difficult and emotionally loaded issues at stake.

On 23 May 2004, the proposed law of the Committee was accepted by the Israeli government and on 6 December 2005 it was finally legislated by the Knesset as “The Dying Patient Act.”

The Committee was successful in reaching a wide consensus on almost all issues related to the dying patient, despite the inherent complexity of the subject, and despite the deep differences of opinion between members of the Committee. The only significant dissenting opinions were on the issue of withdrawing continuous treatment (i.e., ventilator) and withholding food and fluid from a non-competent dying patient not yet defined as being in the final stage. Although in principle there remains disagreement on these issues, with a minority opinion accepting the principle that there is no difference between withholding and withdrawing any therapy, the Committee managed to minimize the practical disagreement by accepting the concept of a timer attached to a ventilator [4].

The Law – highlights

Fundamental assumptions

- The majority of people do not want to die; on the other hand, the majority of people do not want to suffer at the end of life and they do not want their lives to be prolonged artificially.
- Every person is assumed to want to continue living unless proven otherwise; in case of reasonable doubt one should err in favor of life.
- Every adult person is assumed to be competent unless proven otherwise.

- The definition of a minor in this Law is a person under 17 years of age.
- A dying patient is defined as one who will die within six months despite medical therapy; the last two weeks of expected life are defined as the final stage.
- From a philosophical point of view neither the value of life nor the principle of autonomy is an absolute value. Hence, there ought to be a balance between these principles, based upon the value system of Israel as a Jewish and democratic state. There is a need to determine the boundaries of prolonging life versus the avoidance of unjustifiable and unwanted suffering.
- Decisions concerning dying patients should be based solely on the medical condition of the patient, his or her wishes, and the degree of their suffering. No other factors should be considered when deciding how to treat the dying patient.
- In the case of an incompetent patient at the time of the required decision, the Law strikes the following balance:
- Commission of acts that hasten death is prohibited, whereas omission of life-sustaining therapies is permissible.
- Sanctity of life overrides autonomy by prohibiting any action that intentionally and actively shortens life (i.e., active euthanasia or physician-assisted suicide), even if these acts were previously requested by the patient.
- On the other hand, the principle of autonomy overrides sanctity of life by permitting the withholding of treatments if this was the wish of the patient.
- The Law distinguishes between two types of treatments: the first is continuous life-sustaining therapies (cardiac pacemaker or respirator), which cannot be stopped because this is viewed as an act that shortens life. The second is intermittent life-sustaining therapies (dialysis, chemotherapy, radiotherapy), which can be stopped if they are directly related to the dying process. Terminating intermittent or cyclic life-sustaining treatments is viewed as omitting the first or next treatment rather than committing an act of withdrawal.
- These decisions are founded in the Jewish legal system where there is no obligation to actively prolong pain and suffering of a dying patient, but any action that intentionally and actively shortens life is prohibited.
- Since continuing unwanted ventilatory treatment would prolong suffering, the Law allows the possibility of changing the ventilator from a continuous form of treatment to an intermittent form by connecting a timer and allowing the ventilator to stop intermittently [4]. This is based on the Jewish legal concept that not only does the end have to be morally justified (i.e., the death of a suffering terminally ill patient), but also the means to achieve it ought to be morally correct. Hence, the technology that turns the ventilator to an intermittent form of therapy defines it as an omission rather than commission. This innovative approach is also psychologically helpful to health-care providers who have problems executing the wish of the patient.
- The Law prohibits the withholding of food and fluid from a currently incompetent dying patient for the following reasons: the value of life in such situations overrides the previous autonomous wishes of the patient which are now unknown; food and fluid are regarded as a basic need of any living being, rather than a form of treatment; socially and emotionally there is a fundamental difference between food and fluid and other life-sustaining treatments; dying of starvation and dehydration is regarded in Jewish philosophy as an indignity to life; withholding food and fluid is unrelated to the dying process and hence is regarded as a form of euthanasia.
- When the patient approaches the final days of his or her life, defined by the Law as less than two weeks, it is permissible to withhold food and even fluids, if such was the clear wish of the patient before becoming incompetent.

Neither the value of life nor the principle of autonomy is an absolute value. Hence, there ought to be a balance between these principles.

Treatment modalities

Several values are involved in treating dying patients. These include the value of life, the principle of autonomy, beneficence, non-maleficence, and distributive justice. The basic dilemma is how to strike a balance between the sanctity of life and the principle of autonomy. Almost no one advocates accepting an extreme and absolute position concerning either the value of life (i.e., prolonging *any* life by *all* means at *all* times and at *all* costs, even when it adds only pain and suffering) or the principle of personal autonomy (i.e., accepting autonomous wishes for active euthanasia of healthy people or non-terminally ill patients). Hence, there is an obvious need to decide on where the line between these values should be drawn. Any distinguishing boundary line, however, is debatable. Therefore:

- When sanctity of life and autonomous patient wishes both require prolonging life, they should be respected even if the patient's request seems to be futile by the conceptions of the caregivers, unless it is harmful to the patient or others.
- When the autonomous wishes of the patient demand shortening of life and hence are in opposition to the sanctity of life, it depends on the current status of the patient:
- If the dying patient is competent and refuses any treatment, including food and fluids, he or she should not be forced against their wishes, however they should be encouraged to change their mind; thus, the respect for autonomy and human dignity takes priority over the respect for value of life. This, however, does not include active euthanasia or physician-assisted suicide, which are prohibited by overriding societal values even if the patient autonomously requests them.

At this final stage of life, food and even fluids may cause suffering and complications.

- Based upon the notion of the dignity of man and upon the moral requirement to alleviate pain and suffering, the Law requires providing palliative care according to current medical standards to the patient and to his or her family. This includes palliative treatment that might unintentionally shorten life, based on the principle of double effect.

Procedural aspects

The Law requires appointing a senior physician as the responsible health-care provider. The tasks include:

- Establishing the medical situation of the patient
- Analyzing all relevant facts and documents together with all other experts and decision makers
- Establishing the wishes of the patient
- Identifying the close person who should take part in the decision-making process
- Formulating a detailed plan of treatment
- Documenting all the decisions in a clear and explicit manner
- Informing all relevant parties of the decisions.

The Law establishes various mechanisms verifying that advanced medical directives are the calculated wishes of the now-incompetent dying patient, including the following:

- A detailed form, attached to the Law, to be filled out by any competent person at any time in life with the aide of a physician or nurse
- Renewal of the statement every five years
- Reevaluating the statement when a serious illness is diagnosed, with the aide of an expert physician in the field of the actual ailment
- Establishing a national registry of advanced medical directives. The registry's responsibility includes sending reminders every five years to the owners of the advance directives to verify whether or not they have changed their minds about the directives. The registry also serves as a source of information whenever an incompetent patient is admitted to a hospital and it is unknown whether there is an advance medical directive, or what is stated in it.

Testimonies about the incompetent dying patient's wishes by family members or friends known to be emotionally related to the patient can be accepted by the responsible physician.

The Law establishes institutional ethics committees as a problem-solving mechanism. It also establishes a National Ethics Committee as an authority of appeal and with the mandate to solve more difficult problems as well as establishing policies. These committees are composed of experts in the fields of medicine, nursing, social work, psychology, law, and ethics, as well as the clergy. This mechanism is meant to avoid the involvement of courts in a matter that is better dealt with by a multidisciplinary group of experts rather than by strict legal procedure.

Types of patients

The Law relates to several categories of patients and establishes the medical and social attitude towards them. The fundamental criterion to be included in this Law is the life expectancy of the patient – i.e., one who is suffering from an incurable medical condition and his or her life expectancy, even if medical treatment is provided – is no more than six months.

The Law deals with the following categories of patients who fulfill the basic definition of a dying patient according to the Law:

- Adult (17 years and older) competent patient
- Adult patient currently incompetent who was previously competent
- Adult patient who has never been competent
- Minor, i.e., less than 17 years old.

The Law does not relate to the following categories of patients: Terminally ill patients whose life expectancy is longer than six months, and newborn infants, particularly extremely preterm born babies.

Summary

The new Israeli Dying Patient Act is based on principles and processes that have achieved a wide consensus despite the fact that it is a very complex and emotionally loaded issue. It provides clear balancing approaches between opposing values as well as explicit mechanisms for issues that were previously not provided for in Israel or were unclear. These include mechanisms for providing autonomous patient decision making when incompetent in "real time," with legally binding advance medical directives. These include methods of verifying the real and informed wishes of the patient or the appointment of a surrogate decision maker, a national registry of advance medical directives to optimize the validity of these wishes, legally binding palliative care as a citizen's right, clear guidelines for physicians to know what is permitted and what is not in treating terminally ill patients, the appointment of a senior physician with clear directives of his or her responsibilities toward the dying patient, and dispute resolution including the innovative establishment of a National Ethics Committee composed of experts in all relevant fields.

References

1. Sonnenblick M, Friedlander Y, Steinberg A. Dissociation between the wishes of terminally ill parents and decisions by their offspring. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:599–604.
2. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al. End of life practices in European intensive care units – the Ethicus study. *JAMA* 2003;290:790–7.
3. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A National survey of end of life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158:163–7.
4. Ravitsky V. Timers on ventilators. *Br Med J* 2005;330:415–17.

Correspondence: Dr. A. Steinberg, Neurological Institute, Shaare Zedek Medical Center, P.O. Box 3235, Jerusalem 91031, Israel. email: steinberg@szmc.org.il

Anhang III

Patientenverfügung
und Vorsorgevollmacht
(Muster)

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,
(Name, Vorname, Geburtsname)

geboren am in.....

wohnhaft in

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,
bestimme ich folgendes:

Zutreffendes
habe ich hier
angekreuzt:

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ☐
- Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist. Beide Möglichkeiten ändern nichts an meinen hier niedergelegten Entscheidungen! ☐
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist. ☐
- Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. ☐

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

.....
Ort Datum Unterschrift

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ☐

- Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. ☐

Auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (z. B. Komafälle), wünsche ich sterben zu dürfen, und verlange:

- **Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung)** ☐
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen ☐

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine verbotene aktive Sterbehilfe.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

3. Ich wünsche eine Begleitung

durch Hospizdienst	☐
durch Seelsorge	☐
durch	☐
..... (für persönliche Wünsche und Anmerkungen)	

4. Hinweise zu meiner Patientenverfügung:

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Entscheidungsunfähigkeit eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann.

Wenn ich jedoch

- im unmittelbaren Sterbeprozess,
- im Endstadium einer schweren Krankheit bin oder
- infolge eines Hirnabbauprozesses nicht mehr über den Mund ernährt werden kann

und diese Patientenverfügung ganz oder teilweise widerrufe, muss feststehen, dass ich hierzu noch die notwendige Einsichtsfähigkeit habe. Dies ist durch ein Gutachten eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie festzustellen, der nicht in der Einrichtung tätig sein darf, in der ich mich in diesem Zeitpunkt befinde. Bleiben Zweifel hinsichtlich meiner aktuellen Einsichtsfähigkeit, so ist diese Patientenverfügung als mein fortgeltender und damit aktueller Wille zu respektieren und umzusetzen. Auf einen aktuellen Widerruf darf dann nicht abgestellt werden.

Sofern in dieser Patientenverfügung oder in einer Anlage Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

.....		
Ort	Datum	Unterschrift

Hinweise zu meiner Patientenverfügung:

Erneuerung der Patientenverfügung:

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) mit Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Bestätigung bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

Ort	Datum	Unterschrift

Beratung bei der Abfassung der Patientenverfügung:

Eine Beratung ist empfehlenswert, aber für die Rechtsverbindlichkeit dieser Verfügung nicht Voraussetzung! Es empfiehlt sich, die Beratung durch einen Arzt, Rechtsanwalt, Hospizverein oder Betreuungsstelle durch eine kurze Notiz auf dieser Patientenverfügung zu dokumentieren. Ein solches Beratungsgespräch kann unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.

Bei der Abfassung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Datum, (Praxis-) Stempel oder Bezeichnung der Einrichtung, Organisation oder Name des Arztes, Unterschrift des Beraters, ggf. zusätzliche Erklärungen des Beraters, zum Beispiel zum Gesundheitszustand der/des Verfügenden bei Erstellung der Patientenverfügung:

.....

.....

Auch wenn keine Beratung erfolgte, sollten Sie hier den Arzt Ihres Vertrauens benennen, damit bei ihm Rücksprache genommen werden kann:

Arzt /Ärztin meines Vertrauens ist:

Anschrift, Telefon, Fax:

.....

a) Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht:

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten besprochen.

☐

Name: Name:

Anschrift: Anschrift:

.....

Telefon: Telefon:

b) Hinweis für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung (alternativ zu a):

Ich habe niemandem Vorsorgevollmacht erteilt und wünsche, dass ein vom Betreuungsgericht für mich bestellter Betreuer meinem Willen, wie er sich aus dieser Patientenverfügung ergibt, Ausdruck verschafft und ihn durchsetzt.

☐

.....

.....

Datum

.....

Unterschrift

Raum für persönliche Erklärungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort Datum Unterschrift

Diese Patientenverfügung ist nach den § 1901 ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) für jedermann rechtsverbindlich. Sie kann bei Missachtung mit anwaltlicher Hilfe, ggf. auch gerichtlich, gegen Kliniken, Ärzte und Pflegeheime durchgesetzt werden. Eine Missachtung ist als Körperverletzung strafbar. Die Umsetzung einer Patientenverfügung bedarf nur in Konfliktfällen zwischen Arzt und Bevollmächtigtem bzw. Betreuer einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (§ 1904 BGB).

WOLFGANG PUTZ & BEATE STELDINGER
 RECHTSANWÄLTE
 MEDIZINRECHTLICHE SOZETÄT

Quagliostraße 7 · 81543 München · Telefon: 089 / 65 20 07 · Fax: 089 / 65 99 89
 kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

Nachdruck oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt! (November 2012)

Vorsorgevollmacht

Ich,

.....
(Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum und -ort, Anschrift)

.....
(Vollmachtgeber/in)

.....
**erteile hiermit Vollmacht mit der Berechtigung, in einzelnen Angelegenheiten
Untervollmacht zu erteilen, und mit der Maßgabe, dass diese Vollmacht über den Tod
hinaus bis zu einem Widerruf durch meine Erben gelten soll, an**

.....
(Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum und -ort, Anschrift, Telefon, Fax, Email)

.....
(bevollmächtigte Person)

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten
zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe, auch wenn ich nach Errichtung
dieser Urkunde geschäftsunfähig geworden sein sollte.**

**Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachts-
urkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original
vorlegen kann.**

Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Ja ☐

Nein ☐

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).*)
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.**)
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen.
Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.**)

*) Eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes ist nicht erforderlich, wenn zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

**) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

Bitte auch diese Seite unterschreiben:

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und einen neuen Wohnraummietvertrag oder einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

Post und Fernmeldeverkehr

Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch Einschreiben mit dem Vermerk »eigenhändig« – entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Vertretung vor Behörden und Gerichten

Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.
- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

Vermögenssorge

Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, Verbindlichkeiten eingehen
 - mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten
 - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben
 - Schenkungen vornehmen, wie sie einem rechtlichen Betreuer rechtlich gestattet sind

Die Vollmacht muss notariell beurkundet werden, wenn sie zur Aufnahme von Darlehen berechtigen soll. Die Vollmacht muss notariell beglaubigt werden, wenn sie zum Erwerb, Belastung oder Veräußerung von Immobilien berechtigen soll, ferner in Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen zur An- oder Abmeldung bei der Meldebehörde. Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken.

Regelung der Bestattung

Ja ☐ Nein ☐

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.

Betreuungsverfügung

Ja ☐ Nein ☐

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung (»rechtliche Betreuung«) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin)

WOLFGANG PUTZ & BEATE STELDINGER
RECHTSANWÄLTE • MEDIZINRECHTLICHE SOZietät

Quagliostraße 7 · 81543 München · Telefon: 089 / 65 20 07 · Fax: 089 / 65 99 89
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

Nachdruck oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt! (Februar 2013)

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – דף הסבר לממלא הטופס

דף הסבר* לממלא טופס הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח

'חוק החולה הנוטה למות', מגדיר את זכותו של אדם כשיר [כלומר: הוא בהכרה מלאה, צלול, ושאינו פסול דין ונותן את ההנחיות מרצונו החופשי] לתת הנחיות רפואיות מקדימות [כלומר, הנחיות לצוות הרפואי מה לעשות או לא לעשות בו] אם וכאשר יגיע למצב שבו יהיה חולה הנוטה למות (מחלה חשוכת מרפא כאשר תוחלת חיים הנוטרת צפויה להיות עד 6 חודשים), ולא יהיה כשיר לתת הנחיות רפואיות באותה עת, כי באותה עת הוא יהיה במצב של חוסר הכרה, במצב של היעדר יכולת שיפוט וכד'. ההנחיות הרפואיות המקדימות יכולות להינתן במטרה למנוע טיפול רפואי מאריך חיים, או לחילופין במטרה לחייב רופאים לתת טיפולים רפואיים להארכת חיים, אף אם לדעתם אין לכך הצדקה מקצועית. ההנחיות הרפואיות מחייבות את הצוות הרפואי, בעת טיפול בחולה הנוטה למות.

מי רשאי למלא את הטופס?

- כל אדם בריא מעל גיל 17 שהוא בעל כשרות כלומר: הוא בהכרה מלאה, צלול, ושאינו פסול דין ונותן את ההנחיות מרצונו החופשי.
- נותן ההנחיות יכול להיות כל אדם: בריא, חולה או מי שכבר נקבע לגביו שהוא חולה הנוטה למות.

אילו טפסים יש למלא?

קיימים שני סוגי טפסים:

1. **טופס למתן הנחיות רפואיות מקדימות** בו ניתן להגדיר אחד מהשניים:
 - הוראות להימנעות מטיפול מאריך חיים (חלק א' בטופס האמור).
 - הוראות לקבלת טיפולים רפואיים חריגים, אף אם לדעת הרופאים אין לכך הצדקה, (חלק ב' בטופס האמור).
 2. **טופס למתן ייפוי כוח** לאדם אחר שיהיה מוסמך להחליט בבוא העת איזה טיפול יקבל החולה.
- בידי כל אדם הזכות למלא אחד משני הטפסים הללו או את שניהם גם יחד.

כיצד ממלאים את הטופס?

1. כל אדם הממלא טופס הנחיות מקדימות או ייפוי כוח, חייב לקבל הסבר רפואי על המונחים הרפואיים הכלולים בטופס שנתן.
2. בדרך כלל ניתן לקבל הסבר זה מכל רופא או מאחות מוסמכת.
3. רק אדם שבזמן כתיבת ההנחיות כבר מוגדר כנוטה למות, חייב לקבל את ההסבר מרופא מומחה.

מי חותם על הטופס לאישור תקפותו?

1. נותן ההנחיות.
2. הרופא או האחות המוסמכת שנתנו לו את ההסברים.
3. שני עדים החותמים על המסמך במועד מילוי. עד אינו יכול להיות קרוב משפחה שיכול להיות לו אינטרס כלשהו בעניין, וכן עד אינו יכול להיות מיופה כוח של נותן ההנחיות. (רופא או אחות יכולים לשמש כעדים).

* הסבר מפורט על החוק ומשמעותו ניתן למצוא ב"דפי מידע לציבור – חוק החולה הנוטה למות" – באתר האינטרנט של משרד הבריאות.

<http://www.health.gov.il/Download/pages/16914107.pdf>

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – דף הסבר לממלא הטופס

מה תוקף ההנחיות או ייפוי הכוח?

תוקף ההנחיות / ייפוי הכוח הוא עד 5 שנים.
ניתן להאריך או לבטלם בכל עת באמצעות הטפסים המתאימים.

היכן נשמרים הטפסים?

ניתן לשמור את הטפסים בכל מקום המקובל על נותן ההנחיות / ייפוי הכוח.
הדרך המועדפת לכל הצדדים היא לשלוח אותם למרכז להנחיות רפואיות מקדימות של משרד הבריאות. שם יבדקו הטפסים ביסודיות, ואף יקבלו אישור על עמידתם בדרישות החוק. בבוא העת יהיו הטפסים זמינים לרופאים המטפלים בחולה הנוטה למות, מה שיחסוך לצוות הרפואי זמן יקר בהחליטו על דרך הטיפול בחולה בהתאם לרצונו.
רצוי גם ליידע אדם נוסף על קיומם של הטפסים (קיים סעיף על כך בטפסים) כדי שבעת הצורך ניתן יהיה לאתר את ההנחיות במהירות וביעילות, ולא יהיה ספק לגבי רצונו של האדם לגבי הטיפול בו.

לאן לשלוח את הטפסים לבדיקה ולשמירה?

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
רחוב ירמיהו 39 ירושלים
מיקוד 9446724

יש לשלוח את הטפסים החתומים בצירוף צילום ת.ז. ובדואר רשום.

למי ניתן לפנות כדי לקבל את הטפסים, בשאלות או לצורך קבלת מידע נוסף?

1. אתר משרד הבריאות <http://www.health.gov.il/term-ill>
2. או לטלפון *5400 , 08-6241010
3. או לפקס 02-5655916
4. או למייל maagar.meida@moh.health.gov.il

Appendix 1

Advanced Directives as to Future Medical Care Of a Dying Patient

(Paragraph 31)

This form is to be filled and completed by persons wishing to give advance directives¹ as to their future medical care —

- (1) requesting that medical procedures commonly performed in Israel not be performed on him/her (see Box A), or
- (2) requesting that life-prolonging medical procedures be performed, even if unjustified in the given circumstances (see Box B)

I, the undersigned, _____, ID.No. _____, year of birth _____,
address _____

being competent as defined by The Dying Patient Law, 2005 (hereafter — The Dying Patient Law), hereby issue, under the provisions of the Dying Patients Law, advance medical directives:

For the purpose of issuing advance medical directives I declare as follows:

(a) (1) My current medical state is:

- ☐ Generally healthy
- ☐ It has been determined that I am a Dying patient

(2) I have received medical information² from _____.
The said information is as follows: (to be completed by a specialist physician, physician or nurse, as the case may be)

(b) I am aware that these directives shall come into effect, that is, that the medical care given me shall conform to these directives, only once it has been determined that I am Dying Patient, and I have been declared incompetent **and I am suffering significantly**, all the foregoing within the meaning of the Dying Patient law.

¹ Advance Medical Directives are issued by a competent person, and state his wishes as to his future medical care should he become terminally ill a dying patient, and incompetent, or terminally ill (death imminent) a dying patient in final stage, and incompetent.

² Medical Information: (1) A specialist physician shall give a person confirmed to be terminally ill information about his medical condition, including medical information about his condition which is relevant to his issuing directives, and medical information he may reasonably require for issuing advance medical directives.
(2) A physician or nurse shall give a person not confirmed to be terminally ill medical information, which he may reasonably require for issuing advance medical directives.

- (c) I am aware that if it has been determined that I am Dying, but have not been declared incompetent, that my expressed wishes shall take precedence over the provisions of these directives.
- (d) I am aware that I may alter or cancel these medical directives at any time, as long as I have not been declared incompetent within the meaning of the law; the cancellation shall take the form of new medical directives or a completed cancellation form, as provided in Appendix 4.
- (e) I am aware that these medical directives shall remain valid for five years or for a period not exceeding five years, namely until: _____ (A date maybe specified here not more than five years from the date the advance medical directives form is signed). After the end of the said period a Responsible Physician may (but not must) take these directives into account, unless they were cancelled by me.

Box A: ADVANCE MEDICAL DIRECTIVES <u>NOT</u> TO PERFORM LIFE-PROLONGING MEDICAL PROCEDURES		
A1.	(1)	I am aware that only if I reach a state of 'significant suffering', as defined by me below, and shall be a dying patient, and incompetent, will procedures not be performed on me in accordance with the advance medical directives in this document; significant suffering, as I define it, is—
		(Check [in the box] whichever of the following (one or more) defines significant suffering for you):
		☐ requiring to be artificially fed / nourished
		☐ I am unconscious
		☐ I am quadriplegic (paralyzed in all 4 limbs)
		☐ a state of dementia
		☐ I require any of the following treatments: _____ _____ _____
		☐ I am in one of the following states / conditions— _____ _____ _____
	(2)	I am aware that if I have not defined in Clause A1(1) above what I consider to be significant suffering, I shall be considered as being in a state of significantly suffering only if I am experiencing pain or suffering which a reasonable person would be ready to make a great effort to avoid or eliminate, even at the cost of significant injury to his

		quality of life or life expectancy, and that only if I am in that state, and am also a dying patient and incompetent, will these advance medical directives be followed.	
A2. Should I reach a dying patient state these are the procedures I wish not to be performed / to be performed on me:			
			[Cross out what does not apply]
	(a)	Resuscitation in any possible way	Do not perform/ Perform
	(b)	Resuscitation by external cardiac massage	Do not perform/ Perform
	(c)	Resuscitation by endotracheal intubation	Do not perform/ Perform
	(d)	Resuscitation by administering resuscitation drugs	Do not perform/ Perform
	(e)	Resuscitation by electric shock	Do not perform/ Perform
	(f)	Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing machine)	Do not perform/ Perform
		If this procedure is to be performed, please specify for how long it is to be maintained: _____ days/weeks/months/without time limit (Cross out what does not apply)	
	(g)	Dialysis	Do not perform/ Perform
		If this procedure is to be performed, should it be halted if the dialysis is proving to have no useful effect?	Do not perform/ Perform
	(h)	Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ)	Do not perform/ Perform
	(i)	Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger)	Do not perform/ Perform
	(j)	Radiotherapy for malignant diseases	Do not perform/ Perform
	(k)	Chemotherapy for malignant diseases	Do not perform/ Perform
	(l)	Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment	Do not perform/ Perform
	(m)	Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor)	Do not perform/ Perform
A3. Should I be a dying patient in Final Stage, these are the procedures I wish <u>not</u> to be performed / to be performed on me**:			
			[Cross out what does not apply]
	(a)	Resuscitation in any possible way	Do not perform/ Perform
	(b)	Resuscitation by external cardiac massage	Do not perform/ Perform

			Perform
	(c)	Resuscitation by endotracheal intubation	Do not perform/ Perform
	(d)	Resuscitation by administering resuscitation drugs	Do not perform/ Perform
	(e)	Resuscitation by electric shock	Do not perform/ Perform
	(f)	Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing machine)	Do not perform/ Perform
		If this procedure is to be performed, please specify for how long it is to be maintained: _____ days/weeks/months/without time limit (Cross out what does not apply)	
	(g)	Dialysis	Do not perform/ Perform
		If this procedure is to be performed, should it be halted if the dialysis is proving to have no useful effect?	Do not perform/ Perform
	(h)	Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ)	Do not perform/ Perform
	(i)	Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger)	Do not perform/ Perform
	(j)	Radiotherapy for malignant diseases	Do not perform/ Perform
	(k)	Chemotherapy for malignant diseases	Do not perform/ Perform
	(l)	Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment	Do not perform/ Perform
	(m)	Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor)	Do not perform/ Perform
	(n)	Routine procedures, e.g. giving antibiotics, blood & blood products	Do not perform/ Perform
	(o)	Treating intercurrent illnesses, e.g. administering insulin	Do not perform/ Perform
	(p)	Giving food and liquids artificially	Do not perform/ Perform
	(q)	Giving palliative treatment and drugs	Do not perform/ Perform
** With regard to the subsidiary procedures specified in clauses (n) – (q) above, the Dying Patient Act, 2005, states that directions that they not be performed can apply in the case of an incompetent Dying Patient in Final Stage, <u>only</u> if he is suffering significantly.			
A4. Instructions for other Emergency Situations***: [Complete section A4 only if you have directives for an emergency situation other than the ones mentioned above.]			

A5. Personal Directions not mentioned above		
B. ADVANCE MEDICAL DIRECTIVES THAT EXCEPTIONAL MEDICAL PROCEDURES BE PERFORMED, EVEN WHEN THE ATTENDING PHYSICIANS CONSIDER THEM UNJUSTIFIED IN THE GIVEN CIRCUMSTANCES		
B1.	Every possible medical procedure that can prolong my life, is to be preformed, even if the said procedures will cause me additional suffering and even if my attending physicians consider the procedures unjustifiable. It is my firm request that my physicians: perform full resuscitation, endotracheal intubation, connect me to a ventilator (artificial breathing machine), perform dialysis, chemotherapy, radiotherapy, administer antibiotics, blood and blood products, food and liquids, in any manner possible and as part of any medical procedure capable of prolonging my life.	
	☐ These directives shall apply when I am - (Either or both boxes may be checked)	☐ A dying patient (up to 6 months life expectancy)
		☐ A Dying Patient in Final Stage (up to 2 weeks life expectancy)
	☐ These directives include / do not include experimental procedures. (Cross out what does not apply)	
B2.	Instructions for other Emergency Situations: [Complete this section only if you have directions for an emergency situation other than the ones enumerated above.]	
B3. Personal directions not mentioned above:		
C.	(1) In addition to these advance medical directives I have given a Surrogacy Appointment, and I direct my attending physicians to act in accordance with both the said Surrogacy Appointment and these medical directives	☐ Check this box if Surrogacy Appointment was given
	(2) I hereby direct that, in case of a contradiction between my advance medical directive and a directive of my appointed surrogate,	

		precedence shall go to -
		☐ My advance medical directives ☐ My appointed Surrogate
	(3)	I am aware that, in the absence of directions under Article C2 above, concerning a contradiction between these advance medical directives and the said surrogacy appointment, the directives shall take precedence. However - if the surrogacy appointment shall have been given a considerable time after the directives, then an institutional Committee shall decide the precedence between them.
	4.	Further instructions concerning a contradiction between an advance medical directive and a directive my appointed Surrogate:

*** Emergency situation — a situation in which immediate treatment must be given if the patient is not to die.

DECLARATION AND SIGNATURE

Informing other persons of advance medical directives:

[There is no duty to inform other persons, but doing so increases the chances that your directives will be effectively and correctly observed. (If you have not informed another person go directly to the next section - Signature)

I hereby declare that I have talked with the persons noted below about this document and that **I have given them/ have not given them** (Cross out whichever does not apply) a copy of this document:

For each box checked, give name, address and telephone number of the person/persons informed.

- ☐ Spouse/ life partner _____
Tel: _____
- ☐ Other Relative _____
Tel: _____
- ☐ A Doctor _____
Tel: _____
- ☐ Attorney / Lawyer _____
Tel: _____
- ☐ Rabbi/priest/ Kadi _____
Tel: _____
- ☐ Other person _____
Tel: _____

Signature of Person Issuing these Advance Medical Directives
(The signatory must sign in the presence of 2 witnesses)

I sign this document after deep and careful consideration and of my own free and autonomous will, and not in consequence of any familial, social or other pressure.

Signature: _____ Tel. no. (landline): _____
Tel. no. (mobile): _____ Date: _____

[Should the issuer of these directives not speak or read Hebrew, please attach a written authorization of the person who translated for him/her the explanations and directives in the document.]

Signature of Witnesses
(The 2 witnesses must sign in each other's presence)

We, the undersigned, witness that the above signatory of this document —

- ☐ Is personally known to us
- ☐ Identified himself/herself to us by means of an identifying document which included a photo of the signatory
[Check one of the two above boxes]
- ☐ Signed this document in our presence and that he/she appears to us fully aware and speaking to the point, and that there is no sign of any pressure brought to bear on him/her.
- ☐ **Further:** I declare that I do not hold the signatory's surrogacy appointment, nor am I a candidate to do so, nor do I have any economic or other interests involving the signatory.
(A witness may not be one that has economic or other interests involving the signatory, including a family member who has economic or other such interests. However, a doctor or a nurse may be witnesses)

Witness: Name: _____ Id. no. _____
Address: _____
Tel. no. (landline): _____ Tel. no. (mobile): _____
Signature: _____ Date: _____

Witness: Name: _____ Id. no. _____
Address: _____
Tel. no. (landline): _____ Tel. no. (mobile): _____
Signature: _____ Date: _____

Signature of Person who Gave the Signatory Medical Information

(1) To be completed if it has been determined that the issuer of these directives is a Dying Patient:

I, _____, a specialist physician, hereby confirm that I wrote the précis of medical information and on (date) _____ gave Mr./ Ms. _____ an explanation of his/her medical condition, including medical information about his/her condition which is relevant to his/her issuing directives and also medical information he/she may reasonably require for issuing advance medical directives. I also confirm that I explained to him/her the medical terms used in this form and that it was my impression that he/she understood the information I gave him/her.

Name: _____ Id. no. _____
Address: _____
Tel. no. (landline): _____ Tel. no. (mobile): _____
Signature: _____ Date: _____

(2) To be completed if it has not been determined that the issuer of these directives is a Dying patient:

I, _____, a physician/ registered nurse, [Cross out whichever does not apply], hereby confirm that I wrote the précis of medical information and on (date) _____ gave Mr./ Ms. _____ medical information about his/her condition he/she may reasonably require for issuing advance medical directives. I also confirm that I explained to him/her the medical terms used in this form and that it was my impression that he/she understood that information I gave him/her.

Name: _____ Id. no. _____
Address: _____
Tel. no. (landline): _____ Tel. no. (mobile): _____
Signature: _____ Date: _____

		quality of life or life expectancy, and that only if I am in that state, and am also a dying patient and incompetent, will these advance medical directives be followed.	
A2. Should I reach a dying patient state these are the procedures I wish not to be performed / to be performed on me:			
			[Cross out what does not apply]
	(a)	Resuscitation in any possible way	Do not perform/ Perform
	(b)	Resuscitation by external cardiac massage	Do not perform/ Perform
	(c)	Resuscitation by endotracheal intubation	Do not perform/ Perform
	(d)	Resuscitation by administering resuscitation drugs	Do not perform/ Perform
	(e)	Resuscitation by electric shock	Do not perform/ Perform
	(f)	Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing machine)	Do not perform/ Perform
		If this procedure is to be performed, please specify for how long it is to be maintained: _____ days/weeks/months/without time limit (Cross out what does not apply)	
	(g)	Dialysis	Do not perform/ Perform
		If this procedure is to be performed, should it be halted if the dialysis is proving to have no useful effect?	Do not perform/ Perform
	(h)	Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ)	Do not perform/ Perform
	(i)	Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger)	Do not perform/ Perform
	(j)	Radiotherapy for malignant diseases	Do not perform/ Perform
	(k)	Chemotherapy for malignant diseases	Do not perform/ Perform
	(l)	Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment	Do not perform/ Perform
	(m)	Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor)	Do not perform/ Perform
A3. Should I be a dying patient in Final Stage, these are the procedures I wish <u>not</u> to be performed / to be performed on me**:			
			[Cross out what does not apply]
	(a)	Resuscitation in any possible way	Do not perform/ Perform
	(b)	Resuscitation by external cardiac massage	Do not perform/ Perform

			Perform
	(c)	Resuscitation by endotracheal intubation	Do not perform/ Perform
	(d)	Resuscitation by administering resuscitation drugs	Do not perform/ Perform
	(e)	Resuscitation by electric shock	Do not perform/ Perform
	(f)	Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing machine)	Do not perform/ Perform
		If this procedure is to be performed, please specify for how long it is to be maintained: _____ days/weeks/months/without time limit (Cross out what does not apply)	
	(g)	Dialysis	Do not perform/ Perform
		If this procedure is to be performed, should it be halted if the dialysis is proving to have no useful effect?	Do not perform/ Perform
	(h)	Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ)	Do not perform/ Perform
	(i)	Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger)	Do not perform/ Perform
	(j)	Radiotherapy for malignant diseases	Do not perform/ Perform
	(k)	Chemotherapy for malignant diseases	Do not perform/ Perform
	(l)	Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment	Do not perform/ Perform
	(m)	Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor)	Do not perform/ Perform
	(n)	Routine procedures, e.g. giving antibiotics, blood & blood products	Do not perform/ Perform
	(o)	Treating intercurrent illnesses, e.g. administering insulin	Do not perform/ Perform
	(p)	Giving food and liquids artificially	Do not perform/ Perform
	(q)	Giving palliative treatment and drugs	Do not perform/ Perform
** With regard to the subsidiary procedures specified in clauses (n) – (q) above, the Dying Patient Act, 2005, states that directions that they not be performed can apply in the case of an incompetent Dying Patient in Final Stage, <u>only</u> if he is suffering significantly.			
A4. Instructions for other Emergency Situations***: [Complete section A4 only if you have directives for an emergency situation other than the ones mentioned above.]			

SECOND SUPPLEMENT

POWER OF ATTORNEY FOR ISSUING DIRECTIVES AS TO THE MEDICAL CARE OF A TERMINALLY-ILL PATIENT

(Articles 37, 42)

This form is to be completed by persons wishing to give another person their power of attorney to decide on their behalf as what medical care shall be or be not given them, should they become terminally ill and incompetent, or terminally ill (death imminent) and incompetent.

I, the undersigned, _____, id. no. _____, year of birth _____,
address _____

being competent within the meaning of the Terminally-Ill Patients Act, 2005 (hereafter — the Terminally-Ill Patients Act), hereby issue, under the provisions of the Terminally-Ill Patients Act, this power of attorney:

For the purpose of issuing this power of attorney I declare as follows:

(a) (1) My current medical state is:

- ☐ Generally healthy
- ☐ It has been determined that I am terminally ill

(2) I have received medical information[◇] from _____.

The said information is as follows:

[To be completed by a specialist physician, physician or nurse if the giver of the power of attorney has chosen Option C on p. 4]

[◇] **Medical Information**

- (1) A specialist physician shall give a person confirmed to be terminally ill information about his medical condition, including medical information about his condition which is relevant to his issuing directives, and medical information he may reasonably require for issuing advance medical directives.
- (2) A physician or nurse shall give a person not confirmed to be terminally ill medical information, which he may reasonably require for issuing advance medical directives.

- (b) I am aware that this power of attorney shall come into effect only once it has been determined that I am terminally ill, and I have been declared incompetent and I am suffering significantly, all the foregoing within the meaning of the Terminally-Ill Patients Act.
- (c) I am aware that should it be determined that I am terminally ill, but have not been declared incompetent, this power of attorney shall not come into effect and that my expressed wishes shall then take precedence.
- (d) I am aware that I may alter or revoke this power of attorney at any time, as long as I have not been declared incompetent within the meaning of the Act; the revocation shall take the form of a new power of attorney or a completed revocation form, a specimen of which is given in Supplement 4.
- (e) I am aware that this power of attorney shall remain valid for five years or for a period not exceeding five years, namely until: _____ (A date maybe specified here not more than five years from the date this power of attorney is signed.)

I hereby give power of attorney to the person noted below so that they may act on my behalf when I become terminally ill or terminally ill (death imminent) and am incompetent and cannot issue directives or give or refuse my consent to medical procedures for lack of the intellectual, mental or physical ability to do so, and am suffering significantly, and so that they may act in accordance with the directives in this power of attorney, I hereby give power of attorney to:

1. Mr./Ms. _____, id. no. _____,
address: _____

Should the above-mentioned person be unable or refuse to hold my power of attorney, I appoint in his/her stead to hold my power of attorney:

2. Mr./Ms. _____, id. no. _____,
address: _____

Significant Suffering

I am aware that only if I reach a state of significant suffering, as defined by me below, and shall be terminally ill and incompetent, will medical procedures not be performed on me in accordance with the advance medical directives in this document; significant suffering, as I define it, is—

[Check [in the box] whichever of the following is part of your definition of significant suffering]

- ☐ I require to be artificially fed
- ☐ I am unconscious
- ☐ I am quadriplegic
- ☐ I am in a state of dementia
- ☐ I require any of the following treatments —

- ☐ I am in one of the following states—

I am aware that if I have not defined above what I consider to be significant suffering, I shall be considered to be significantly suffering only if I am experiencing pain or suffering which a reasonable person would be ready to make a great effort to avoid or eliminate, even at the cost of significant injury to his quality of life or life expectancy, and that only if I am in that state, and am also terminally ill and incompetent, will these advance medical directives be followed.

(Choose and check one of the following options)

- ☐ A. With respect to any life-prolonging medical procedure, the holder of my power of attorney may take any decision required, including consenting or refusing consent to the procedure being administered to me.
- ☐ B. The holder of my power of attorney may act in my name only with respect to giving consent to an **exceptional** life-prolonging medical procedure **[even if my attending physicians consider the said procedure unjustifiable in the given circumstances]** but may not take a decision to refuse consent to any regular life-prolonging medical procedure.
- ☐ C. The holder of my power of attorney may take any decision with respect to the procedures enumerated below (C.1), where each procedure is marked either—
- ☐ Give me this life-prolonging medical procedure
or
☐ Do not give me this life-prolonging medical procedure

C.1 Should I reach a terminally ill state the following procedures should be performed/ not performed:

[Put in the box a clear '✓' if the procedure is covered by the power of attorney, as stated in Option C above, or leave empty if the procedure is not to be performed]

- | | |
|--|--------------------------|
| (a) Resuscitation | ☐ |
| (b) Resuscitation by external cardiac massage | ☐ |
| (c) Resuscitation by endotracheal intubation | ☐ |
| (d) Resuscitation by administering resuscitation drugs | ☐ |
| (e) Resuscitation by electric shock | ☐ |
| (f) Connection to a ventilator with pacemaker (artificial breathing machine) | ☐ |
| If this procedure is covered by the power of attorney, please state if the holder of the power of attorney may specify that it is to be maintained for days/weeks/months/without time limit | |
| [Cross out whichever does not apply] | ☐ |

- (g) Dialysis ☐
If this procedure is covered by the power of attorney, please state ☐
if the holder of the power of attorney may specify that it is to be ☐
halted if the dialysis is proving to have no useful effect?
- (h) Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ) ☐
- (i) Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger) ☐
- (j) Radiotherapy (for malignant diseases) ☐
- (k) Chemotherapy (for malignant diseases) ☐
- (l) Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment ☐
- (m) Diagnostic tests (blood, X-rays, monitor) ☐

C.2 Should I reach a terminally ill state (death imminent) the following procedures should be performed/ not performed:

[Put in the box a clear '✓' if the procedure is covered by the power of attorney, as stated in Option C above, or leave empty if the procedure is not to be performed]

- (a) Resuscitation ☐
- (b) Resuscitation by external cardiac massage ☐
- (c) Resuscitation by endotracheal intubation ☐
- (d) Resuscitation by administering resuscitation drugs ☐
- (e) Resuscitation by electric shock ☐
- (f) Connection to a ventilator with pacemaker (artificial breathing machine) ☐
 If this procedure is covered by the power of attorney, **please state**
if the holder of the power of attorney may specify that it is to be
maintained for days/weeks/months/without time limit
 (Cross out whichever does not apply) ☐
- (g) Dialysis ☐
If this procedure is covered by the power of attorney, please state ☐
if the holder of the power of attorney may specify that it is to be ☐
halted if the dialysis is proving to have no useful effect?
- (h) Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ) ☐

- | | | |
|-----|--|--------------------------|
| (i) | Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger) | ☐ |
| (j) | Radiotherapy (for malignant diseases) | ☐ |
| (k) | Chemotherapy (for malignant diseases) | ☐ |
| (l) | Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment | ☐ |
| (m) | Diagnostic tests (blood, X-rays, monitor) | ☐ |
| (n) | Routine procedures, e.g. giving antibiotics, blood & blood products | ☐ |
| (o) | Treating co-morbid illnesses, e.g. giving insulin | ☐ |
| (p) | Giving food and liquids artificially | ☐ |
| (q) | Giving palliative treatment and drugs | ☐ |

[* With regard to the subsidiary procedures specified in clauses (n) – (q) above, the Terminally-Ill Patients Act, 2005, states that directions that they not be performed can only apply in the case of a terminally ill patient (death imminent) who is incompetent and is suffering significantly.]

C.3 Instructions for other Emergency Situations***

** Emergency situation — a situation in which immediate treatment must be given if the patient is not to die.
 [Complete section C.3 only if you have directives for an emergency situation other than the ones enumerated above.]

C.4 Personal Directions not mentioned above

C.5 With respect to every question as to my treatment under the conditions specified above, I direct my attending physicians to apply first of all to the first-named holder of my power of attorney; should it not be possible to reach this person at the required time, or should he be unable or unwilling to fulfill his duties, I direct my attending physicians to apply to the second-named holder of my power of attorney.

- D.1** In addition to this power of attorney I have also issued advance medical directives, and I direct my attending physicians to act in accordance with both the said medical directives and this power of attorney. ☐ Check this box if advance medical directives given
- I am aware that, in the absence of a directive under Article D.2 below, concerning a contradiction between the said advance medical directives and this power of attorney, the directives shall take precedence, but that if the power of attorney shall have been given a considerable time after the directives, then an institutional board shall decide the precedence between them.
- D.2** I hereby direct that, in the event of a contradiction between my advance medical directives and a directive of the holder of my power of attorney, precedence shall go to—
- ☐ Holder of power of attorney ☐ My advance medical directive
[Check one of the two boxes]
- D.3** Further directives concerning a contradiction between an advance medical directive and a directive of the holder of my power of attorney:
-
-

DECLARATION AND SIGNATURE

Other persons informed of advance medical directives

[There is no duty to inform other persons, but doing so increases the chances that your directives will be effectively and correctly observed.]

If you have not informed another person go directly to the next section, Signature.

If you have informed another person, please check the relevant boxes below clearly and insert the required data.]

I hereby declare that I have talked with the persons noted below about this document and that

— I have given them/ ☐ [Cross out whichever does not apply]
— I have not given them ☐
a copy of this document.

For each box checked, give name, address and telephone number of the person/persons informed.

- | | | |
|--------------------------|------------------------|----------------|
| ☐ | Spouse/
partner | _____
_____ |
| ☐ | Relative | _____
_____ |
| ☐ | Doctor | _____
_____ |
| ☐ | Attorney | _____
_____ |
| ☐ | Rabbi/priest
/ qadi | _____
_____ |
| ☐ | Other
person | _____
_____ |

Signature of Person Issuing this Power of Attorney

(The signatory must sign in the presence of 2 witnesses)

I sign this document after long and careful consideration and of my own free and autonomous will, and not in consequence of any familial, social or other pressure.

Signature: _____ Tel. no. (landline): _____
Tel. no. (mobile): _____ Date: _____

[Should the issuer of this power of attorney not speak or read Hebrew, please attach the affidavit of the person who translated for him/her the explanations and directives in the document.]

Signature of Witnesses

(The 2 witnesses must sign in each other's presence)

We, the undersigned, witness that the above signatory of this document —

- ☐ Is personally known to us
- ☐ Identified himself/herself to us by means of an identifying document which included a photo of the signatory

[Check one of the two above boxes]

- ☐ Signed this document in our presence and that he/she appears to us fully aware and speaking to the point, and that there is no sign of any pressure brought to bear on him/her.

- Further: I declare that I do not hold the signatory's power of attorney, nor am I a candidate to do so, nor do I have any economic or other interests involving the signatory.

(N.B. Relatives, a doctor, an attorney, or others may have economic interests involving the signatory)

Witness: Name: _____ Id. no. _____
 Address: _____
 Tel. no. (landline): _____ Tel. no. (mobile): _____
 Signature: _____ Date: _____

Witness: Name: _____ Id. no. _____
 Address: _____
 Tel. no. (landline): _____ Tel. no. (mobile): _____
 Signature: _____ Date: _____

Signature of Person who Gave the Signatory Medical Information

- (1) **To be completed if it has been determined that the issuer of these directives is terminally ill.**

I, _____, a specialist physician, hereby confirm that on (date) _____ I gave Mr./ Ms. _____ an explanation of his/her medical condition, including medical information about his/her condition relevant to his/her issuing directives and also medical information he/she may reasonably require for issuing a power of attorney. I also confirm that I explained to him/her the medical terms used in this form and that I wrote the précis of medical information that appears on p.1 of this document (Clause (a)(2)).

Name: _____ Id. no. _____
 Address: _____
 Tel. no. (landline): _____ Tel. no. (mobile): _____
 Signature: _____ Date: _____

- (2) **To be completed if it has not been determined that the issuer of these directives is terminally ill.**

I, _____, a physician/ registered nurse, [Cross out whichever does not apply], hereby confirm that on (date) _____ I gave Mr./ Ms. _____ medical information he/she may reasonably require for issuing a power of attorney.

Name: _____ Id. no. _____
 Address: _____
 Tel. no. (landline): _____ Tel. no. (mobile): _____
 Signature: _____ Date: _____

Anhang IV

Weiterführende Literatur

Auswahlbibliografie

Allgemeine Darstellungen zum Judentum mit Kapiteln zu Sterben, Tod und Trauer im Judentum:

Olitzky, K.M., Isaacs, R.H.:
The Complete How to Handbook for Jewish Living
KTAV 2004

Romain, J.A., Homolka, W.:
Progressives Judentum
Jüdische Verlagsanstalt Berlin 1999

Rothschild, W.:
Der Honig und der Stachel
Gütersloher Verlagshaus 2009

Schauss, H.:
The Lifetime of a Jew
Union of American Hebrew Congregations 1950

Simon, H.:
Leben im Judentum – persönliche Feste und denkwürdige Tage
Hentrich&Hentrich o.J.

Хайнрих Зимон:
Еврейские традиции
Hentrich&Hentrich, o.J.

Thieberger, F.:
Jüdisches Fest. Jüdischer Brauch
Jüdischer Verlag 1937

Washofsky, M.:
Jewish Living
URJ Press 2010

Ydit, M.:
Kurze Judentumkunde
Jüdische Kultusgemeinde der Rheinpfalz 1983

Jüdische Medizinethik:

Abraham, S.A.:
Medical Halachah for Everyone
Feldheim Publishers 1980

Bulka, R.P.:
Work, Love, Suffering, Death. A Jewish Psychological Perspective
Jason Aronson Inc. 1998

Crane, J.K.:
Narratives and Jewish Bioethics
Palgrave Macmillan 2013

Dorff, E.N.:
Matters of Life and Death
Jewish Publication Society 2003

De Vries, A., Carmi, A.:
The Dying Human
Turtledove Publishing Ramat Gan 1979

Freedman, B.:
Duty and Healing. Foundations of jewish bioethic
Routledge 2008

Frewer, A., Eickhoff, C.:
„Euthanasie“ und aktuelle Sterbehilfe-Debatte
Campus 2000

Halperin, M., Fink, D., Glick, S.:
Jewish Medical Ethics, Vol. 1 – 3
The Dr. Falk Schlesinger Institute Jerusalem 2004, 2006, 2011

Hershler, M.:
Halachah and Medicine Today
Feldheim Publishers 1997

Hurwitz, P., Picard J., Steinberg A.:
Jüdische Ethik und Sterbehilfe
Schwabe 2006

Isaacs, R.H.:
Every Person's Guide to Death an Dying in the Jewish Tradition
Jason Aronson Inc. 1999

Isaacs, R.H.:
Judaism, Medicine and Healing
Jason Aronson Inc. 1998

Fortsetzung Jüdische Medizinethik:

Jacob, W., Zimmer M.:
Death and Euthanasia in Jewish Law
Rodef Shalom Press 1997

Jage-Bowler, K.:
Fragen des Lebensendes. Spuren und Wurzeln jüdisch-medizinischer Ethik
LIT 1999

Jakobovits, I.:
Jewish Medical Ethics
Bloch Publishing Company 1959

Kogan, B.S.:
The Ethics of Choice. A time to be born and a time to die
Aldine deGruyter 1989

Kucera, T.:
Jüdische Spiritualität an den Grenzen des Lebens.
In: Frick, E., Roser, T.(Hg.): Spiritualität und Medizin
Verlag W. Kohlhammer 2009

Levin, F.:
Halacha, Medical Science and Technology
Maznaim Publishing 1987

Mackler, A.L.:
Life and Death Responsibilities in Jewish Biomedical Ethics
Louis Finkelstein Institute 2000

Nordmann, Y.:
Sterbehilfe aus der Sicht der jüdischen Medizinethik
In: Anderheiden M., Eckard, W.U.(Hg.): Handbuch Sterben und
Menschenwürde, Band 1
De Gruyter 2012

Rosner, F.:
Modern Medicine and Jewish Law
Yeshiva University Press 1979

Rosner, F.:
Medicine and Jewish Law
Jacobson Aronson Inc. 1990

Rosner F., Tendler M.:
Practical Medical Halachah
KTAV 1990

Fortsetzung Jüdische Medizinethik:

Rosner, F.:
Biomedical Ethics and Jewish Law
KTAV Publishing 2001

Schulman, N.E.:
Jewish Answers to Medical Ethics Questions
Jason Aronson Inc. 1998

Shapiro, E.D.:
Birth, Law, Medicine, and Morality
Oxford Centre for Postgraduate Hebrew Studies 1986

Solomon, L.D.:
The Jewish Tradition and Choices at the End of Life
University Press of America 2001

בעריכת: הרב מיכל שטרן
הוצאת לקידום המכונים הביו-טכנולוגיים בישראל המכון לחקר הרפואה בהלכה
הרפואה לאור ההלכה, חלק א-ג
ירושלים. תש"ם, תשמ"ג, תשמ"ד

Steinberg, A.:
Jewish Medical Law
Gefen Publishing 1980

Telushkin, J.:
A Code of Jewish Ethics, 2 Vols.
BellTower 2006

„Nichtjüdische“, allgemeine Medizinethik und verwandte Bücher:

Ach, J.S., Bayertz, K., Siep, L.:
Grundkurs Ethik, Band 1 und 2
Mentis Verlag 2011

Beauchamp, T.K., Veatch, R.M.:
Ethical Issues in Death and Dying
Prentice Hall 1996

Beauchamp, T.L., McCullough, L.B.:
Medical Ethics
Prentice Hall 1984

Beauchamp, T.L., Childress, J.F.:
Principles of Biomedical Ethics
Oxford University Press 2009

Fortsetzung „Nichtjüdische“, allgemeine Medizinethik und verwandte Bücher:

Becker, E.:
The Denial of Death
Simon & Schuster 1997

Benzenhöfer, U.:
Der gute Tod ? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe
Vandenhoeck & Ruprecht 2009

Borasio, G.D.:
Über das Sterben
C.H. Beck 2012

Borasio, G.D.:
Selbst bestimmt sterben
C.H.Beck 2014

Brock, D.W.:
Life and Death
Cambridge University Press 1994

de Ridder, M.:
Wie wollen wir sterben ?
DVA 2011

Dunstan, G.R.:
Doctor's Decisions
Oxford University Press 1989

Feifel, H.:
The Meaning of Death
McGraw-Hill 1959

Frewer, A., Eickhoff C.,(Hg.):
„Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte
Campus 2000

Fulton, R.:
Death & Identity
John Wiley & Sons 1965

Grewel, H.:
Medizin am Scheidewege – Kritische Anfragen an eine technologisch orientierte Medizin in:
Ethik in der Medizin
Springer 1993

Fortsetzung „Nichtjüdische“, allgemeine Medizinethik und verwandte Bücher:

Jox, R.J.:
Sterben lassen
Edition körper-stiftung 2011

Kettler, D., Simon A., Anselm, R., Lipp, V., Duttge, G.:
Selbstbestimmung am Lebensende
Universitätsverlag Göttingen 2006

Kreß, H.:
Medizinische Ethik – Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte
Kohlhammer 2009

Maio, G.:
Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin
Schattauer 2012

Tolmein, O., Schweidler, W.:
Was den Menschen zum Menschen macht. Eine Gesprächsreihe zur Bioethik-Diskussion
Lit Verlag 2003

Randall, F., Downie, R.S.:
Palliative Care Ethics
Oxford University Press 1999

Schicktanz, S., Tammert, Ch., Wiedemann, P.:
Kulturelle Aspekte der Biomedizin
Campus 2003

Schneiderman, L.:
Wrong Medicine. Doctors, Patients, and Futile Treatments
The Johns Hopkins University Press 2011

Singer, P.:
Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik
Harald Fischer Verlag 1998

Van Loenen, G.:
Das ist doch kein Leben mehr !
Mabuse Verlag 2009

Woellert, K., Schmiedebach, H.-P.:
Sterbehilfe
UTB 2008

Medizinisches, Psychologisches und Randgebiete:

Aulbert, E.:
Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung
Schattauer Verlag 2002

Borasio, G.D.:
Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin
Deutscher Ärzteverlag 2013

Borasio, G.D.:
Patientenverfügung
Kohlhammer 2011

Buckman, R.:
„I don't know what to say..." How to Help and Support Someone Who is Dying
Little, Brown and Company 1989

Buckman, R.:
How to Break Bad News
The Johns Hopkins University Press 1992

Buckman, R.:
Practical Plans für Difficult Conversations in Medicine
The Johns Hopkins University Press 2010

Buckman, R.:
Was wir für Sterbende tun können.
Kreuz Verlag 1990

Conrad, S.:
Sterben für Anfänger. Wie wir den Umgang mit dem Tod neu lernen können.
Ullstein 2013

Engelke, E.:
Gegen die Einsamkeit Sterbenskranker – Wie Kommunikation gelingen kann
Lambertus 2012

Kast, V.:
Trauern, Phasen und Chancen des psychischen Prozesses
Kreuz Verlag 1982

Kast, V.:
Sich einlassen und loslassen
Herder 2014

Kinzbrunner, B.M., Policzer, J.S.:
End-of-Life-Care
McGraw Hill 2011

Fortsetzung Medizinisches, Psychologisches und Randgebiete:

Koch, U., Lang, K., Mehnert, A., Schmeling-Kludas, Ch.:
Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen
Schattauer 2006

Kohröde-Warnken, C.:
Zwischen Todesangst und Lebensmut
Schlütersche 2011

Kübler-Ross, E.:
Questions and Answers on Death and Dying
Macmillan 1974

Küng, H.:
Glücklich sterben ?
Piper 2014

Lenthe, U.:
Transkulturelle Pflege
Facultas 2011

Lübbe, A.S.:
Für ein gutes Ende. Von der Kunst, Menschen in ihrem Sterben zu begleiten. Erfahrungen auf
einer Palliativstation
Heyne 2014

Mehnert, A.:
Mit Krebs leben lernen
Kohlhammer 2010

Paul, C.:
Keine Angst vor fremden Tränen !
Gütersloher Verlagshaus 2013

Prest, A.P.L.:
Die Sprache der Sterbenden
Vandenhoeck 1970

Saalfrank, E.S.:
Innehalten ist Zeitgewinn: Praxishilfe zu einer achtsamen Sterbekultur
Lambertus 2009

Schäfer, R., Schuhmann, G.:
„Ist das noch leben ?“
Königshausen & Neumann 2013

Schäfer, R., Schumann, G.:
„Muß das alles noch sein ?“
Königshausen & Neumann 2005

Fortsetzung Medizinisches, Psychologisches und Randgebiete:

Tolmein, O.:
Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state im Rechtsvergleich
Mabuse Verlag 2004

Urban, E.:
Transkulturelle Pflege am Lebensende
Kohlhammer 2011

van Oorschot, B., Anselm, R.:
Mitgestalten am Lebensende. Handeln und Behandeln Sterbenskranker
Vandenhoeck & Ruprecht 2007

Visser, M., de Jong, A.,:
Kultursensitiv pflegen
Urban & Fischer 2002

Wasner, M.:
Bedeutung von Spiritualität und Religiosität in der Palliativmedizin
VDM Verlag Dr. Müller 2013

Winau, R., Rosemeier, H.P.:
Tod und Sterben
Walter de Gruyter 1984

Zielke-Nadkarni, A.:
Jüdische Flüchtlinge aus der GUS. Soziokulturelle Hintergründe, Versorgungsbedarf und Pflege
Verlag Hans Huber 2005

Bikkur Cholim, Trauer und Trauerbegleitung:

Alon, J.:
Psychologische Aspekte der Trauer im Judentum
In: **אודים**, Zeitschrift der Rabbinerkonferenz der Bundesrepublik Deutschland, Band XVII 1995

Baer, S.:
סדר גמילות חסדים
Rödelheim 1894

Baer, S.:
תוצאות חיים
Israelitisches Andachtsbuch. Sammlung aller bei Kranken, Sterbenden, im Trauerhause und beim Besuche der Gräber von Angehörigen zu verrichtenden Gebete sowie aller auf die Totenbestattung und Trauerpflicht sich beziehenden Regeln und Gebräuche
S. Lehrberger & Comp. 1900

Fortsetzung Bikkur Cholim, Trauer und Trauerbegleitung:

Beihoff, M.J.:
Kaddisch, Gebete und Gebräuche für die Seelengedächtnisfeier und für die Trauerzeit
Selbstverlag 1990

Brener, A.:
Mourning & Mitzvah
Jewish Lights Publishing 2001

Epstein, Sh.S.:
Visiting the Sick. The Mitzvah of Bikkur Cholim
Jason Aronson Inc 1999

Goldberg, Ch.B.:
אבלות בהלכה/זכרון אבות
Mourning in Halachah
Mesorah 1991

Goldin, H.:
המדריך, Hamadrikh. The Rabbi's Guide
Hebrew Publishing Company 1956

Harlow, J.:
בצרוך החיים
The Bond of Life. A Book for Mourners
The Rabbinical Assembly 1983

Jewish Women's Network:
Bereavement Booklet for Jewish Women
Adath Yisroel London, o.J.

Kushner, H.S.:
When bad things happen to good people
Schocken NY o.J.

Lamm, M.:
The Jewish Way in Death and Mourning
Jonathan David Publ. 2000

Levinger, I.M.:
Der letzte Weg. Vorschriften, Gebete und Gedanken zum Thema Tod und Trauer
Selbstverlag Basel 1991

Olitzky, K.M.:
Grief in Our Seasons. A mourner's Kaddish Companion
Jewish Lights Publishing 2012

Fortsetzung Bikkur Cholim, Trauer und Trauerbegleitung:

Ozarowski, J.S.:
To walk in God's Ways. Jewish Pastoral Perspectives on Illness and Bereavement
Jason Aronson 1995

Rabinowicz, H.:
A Guide to Life
KTAV 1964

Riemer, J.:
Jewish Reflections on Death
Schocken 1974

Roth, E.:
Zur Halacha des jüdischen Friedhofs
In: **אודים**, Zeitschrift der Rabbinerkonferenz der Bundesrepublik Deutschland, Band IV 1973

Schoenberg, B.:
Loss and Grief
Columbia University Press 1971

Silverman, M.:
תפלות ונחמים
Prayers of Consolation
Prayer Book Press 1967

Spitz, E.K.:
Does the Soul survive ? A Jewish Journey to Belief in Afterlife, Post Lives & Living with Purpose
Jewish Lights 2001

Sulzbach, A.:
ספר החיים
Sefer Hachajim
Frankfurt 1905

Wagshal, Sh.:
Halochoh of Aveilus
Judaica Press 2002

Wolfson, K.:
A Time to Mourn, a Time to Comfort
Jewish Lights 2008

יזכור
Изкор - Траурные молитвы
Chazak o.J.

Belletristik und Philosophie:

Ariès, Ph.:
Geschichte des Todes
dtv 2009

Bernheim, E.:
Alles ist gutgegangen
Hanser 2013

deBeauvoir, S.:
Ein sanfter Tod
Rowohlt 1965

Buckman, R., Karamazov, L.:
Die Kunst des Leidens
Krüger 1991

Fuchs, W.:
Todesbilder in der modernen Gesellschaft
Suhrkamp 1969

Frankl, V.E.:
Das Leiden am sinnlosen Leben
Herder 1977

Frankl, V.E.:
Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn
Piper 1985

Fried, E.:
Am Rande unserer Lebenszeit, Gedichte
Klaus Wagenbach, Quartheft 156

Haiden, Ch., Rainer, P.:
Trotzdem: Menschen mit besonderem Lebensmut
Residenz Verlag 2009

Leibowitz, J.:
Gespräche über Gott und die Welt
Dvorah Verlag 1990

Lütz, M.:
Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult
Pattloch 2002

Müller-Busch, H.Ch.:
Abschied braucht Zeit
Suhrkamp 2013

Fortsetzung Belletristik und Philosophie:

Murkherjee, S.:
Der König aller Krankheiten. Krebs – eine Biografie
Dumont 2012

Museum für Völkerkunde Frankfurt:
Langsamer Abschied, Tod und Jenseits im Kulturvergleich
1989

Paessens-Deege, A.:
Lasst uns End-lich leben.
Santiago-Verlag, 2004

Schäfer, R.:
Der ewige Schlaf, visage de morts
Kellner 1989

Schlingensief, C.:
So schön wie hier kann's im Himmel gar nicht sein !
Kiepenheuer & Witsch 2009

Shriver, L.:
Dieses Leben, das wir haben
Piper 2012

Terzani, T.:
Noch eine Runde auf dem Karussell. Vom Leben und Sterben
Knaur 2007

Die hier aufgeführte Bibliografie ist eine sehr persönliche und subjektive Auswahl aus einer Unzahl von Büchern zu diesem Thema. Die hier aufgeführten Bücher stehen auf Anfrage aber während des Seminars zur Ansicht zur Verfügung.

Dr. S. Probst

