

## FACHARTIKEL

## Die Verpflichtung zum Leben: Palliativmedizin und Judentum<sup>1</sup>

Stephan M. Probst

Judentum wird von der deutschen Öffentlichkeit fast ausschließlich über das Erinnern an die Shoah und in der Auseinandersetzung mit dem wieder aufkeimenden Antisemitismus erfahren. Echte Begegnungen mit gelebter jüdischer Kultur, vor allem und auf einer persönlich-menschlichen Ebene, sind eher selten. Diese Situation ergibt sich aus der Tatsache, weil die jüdische Gemeinschaft in Deutschland eine sehr kleine Minderheit von weniger als 200.000 Menschen ist. In den Institutionen des Gesundheitswesens verbergen jüdische Patienten oft ihre religiöse Identität; und in der Begleitung jüdischer Patienten am Lebensende fällt den Mitarbeitern nahezu aller eingebundenen Berufsgruppen auf, dass jüdische Familien (wenn sie sich denn überhaupt als solche zu erkennen geben) offenbar große Schwierigkeiten damit haben, sich auf palliativmedizinische Angebote einzulassen und diese in Anspruch zu nehmen. Hierfür gibt es verschiedene Gründe und Deutungen, die vielen Palliativteams nicht auf den ersten Blick erkennbar sind und auf die sich dieser Beitrag fokussieren möchte.

### Jüdisches Leben in Deutschland nach 1945

Die sehr kleine jüdische Gemeinschaft Deutschlands unterscheidet sich deutlich und in vielerlei Hinsicht von der Mehrheitsgesellschaft, in der sie lebt. Die komplizierten und mitunter schwer verständlichen Besonderheiten sind eine zwangsläufige Folge der jüngeren deutsch-jüdischen Geschichte. Zum Ende des zweiten Weltkrieges waren sämtliche jüdischen Gemeinden Deutschlands ausgelöscht. Ihre Mitglieder konnten entweder noch rechtzeitig fliehen, oder sie waren ermordet worden. Nur sehr wenige hatten in Verstecken, als Kinder aus Mischehen oder mit falscher Identität in Deutschland überlebt oder waren als Lagerhäftlinge sehr geschwächt und dem Tod nahe, als die Konzentrationslager durch die Alliierten befreit wurden. Nach Kriegsende waren unter den zwei Millionen entwurzelten Menschen, den *Displaced Persons* (DPs), etwa 200.000 Shoahüberlebende, zumeist staatenlose Juden osteuropäischer Herkunft. Sie wurden in Übergangslagern, den DP Camps, interniert, wo sie auf die Auswanderung und ein neues Leben weit weg von Deutschland hofften. Nach Gründung des Staates Israel im Mai 1948 sank ihre Zahl durch Auswanderung nach Israel, aber auch in andere Länder, vor allem in die USA, nach Kanada und Australien, auf 15.000. Einige wenige deutschstämmige Juden kamen aber auch aus dem Exil wieder zurück nach Deutschland.

Kurz nach Kriegsende entstanden wieder Gemeinden und eigenständige Institutionen, die eine neue fragile jüdische Existenz in Deutschland signalisierten. Der Jüdische Weltkongress aber

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag beruht auf einem Aufsatz, der 2019 in der Zeitschrift *Schmerzmedizin* bei Springer erstmals veröffentlicht wurde: Probst, Stephan: Die Bedeutung von Leben und Tod im Judentum – Vom Unbehagen jüdischer Familien mit palliativmedizinischen Angeboten. In: *Schmerzmedizin* Jg. 35 / 2019, Heft 5, S. 28-31.

empfahl 1948 dagegen, dass sich niemals wieder Juden auf dem blutgetränkten Boden Deutschlands ansiedeln sollten. Die Zahl der im Nachkriegsdeutschland lebenden Juden hatte sich auf etwa 30.000 eingependelt, nachdem in den 1950er und 1960er Jahren noch etliche Juden vor antisemitischen Verfolgungen aus Ungarn, Polen und der damaligen Tschechoslowakei in die Bundesrepublik geflohen waren. Überalterung, Geburtenrückgang und fortwährende Auswanderung (gerade der Jüngeren) bedrohten seit Mitte der 1970er Jahre aber zunehmend das Fortbestehen jüdischen Lebens in Deutschland. (vgl. Rosenfield 1946; Arnsberg 2018)

Dies änderte sich erst mit der starken Zuwanderung jüdischer Migranten aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (UDSSR) seit Ende der 1980er Jahre. Bis 2015 kamen mehr als 200.000 Juden, die sogenannten Kontingentflüchtlinge, aus den Nachfolgestaaten der UdSSR nach Deutschland. Von ihnen hatten sich jedoch weniger als die Hälfte einer jüdischen Gemeinde angeschlossen. 2018 zählte die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden (ZWST) in den unter dem Dach des Zentralrats der Juden in Deutschland zusammengeschlossenen jüdischen Gemeinden 96.195 Mitglieder (vgl. Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland 2018). Neben diesen in der Mitgliederstatistik der ZWST gezählten Juden leben heute etwa 100.000 weitere in Deutschland, die keine Mitglieder einer jüdischen Gemeinde sind.

Die wesentliche Besonderheit der jüdischen Gemeinschaft Deutschlands besteht darin, dass mehr als 90 % der heute in Deutschland lebenden Juden bzw. Menschen, die im Judentum ihre spirituelle, ethnische oder kulturelle Heimat sehen, einen postsowjetischen Migrationshintergrund haben. Sie alle sind Überlebende der Shoah, Veteranen im Kampf gegen das faschistische Deutschland oder deren Nachkommen. Generationenübergreifende Folgen komplexer Traumatisierungsprozesse, die auf Shoah, Kriegserfahrungen, Flucht, Migration und diverse politische und antisemitische Diskriminierungen in der Nachkriegszeit zurückzuführen sind, und unter-

schiedliche kulturelle und gesellschaftliche Sozialisierungen haben einen starken Einfluss auf ihre Lebensentwürfe und damit auf ihren Umgang mit Tod und Sterben und besonders auf ihre Entscheidungen am Lebensende. Mitarbeiter von Palliative Care Teams irritiert der regelmäßig formulierte Wunsch nach möglichst später oder keiner Aufklärung Schwerstkranker und das imperative Festhalten an der Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen, wie an intravenöser Flüssigkeitsgabe und parenteraler Ernährung, selbst wenn der Sterbeprozess bereits ganz offensichtlich eingesetzt hat. Dass ein Angehöriger nichts mehr zu

essen und zu trinken bekommt, ist für die Familien kaum auszuhalten und ruft furchtbare Assoziationen mit dem grausamen Sterben in den Ghettos und Konzentrationslagern wach. Überhaupt erleben Shoahüberlebende und ihre Nachkommen den Verlust von Autonomie, zunehmende Hilfslosigkeit und das Sterben von Angehörigen als emotional extrem belastend und dies noch viel mehr, wenn es in Einrichtungen und nicht im Schutz der Familie geschieht. (vgl. Migala et al. 2017; Staszewski 2019 sowie Zielke-Nadkarni 2005)

*Der Wunsch nach später oder keiner Aufklärung Schwerstkranker und das Festhalten an lebensverlängernden Maßnahmen irritiert Palliativ Care Teams.*

## Das vom Schöpfer geschenkte Leben stets retten und bewahren...

*Im Judentum gilt das Leben als ein von Gott anvertrautes Gut. Das Leben an sich ist von geradezu absolutem Wert.*

Zusätzlich zu den bereits angedeuteten Faktoren können auch Denkweisen aus der religiösen Tradition des Judentums den Zugang zu Palliative Care und hospizlicher Begleitung erschweren. Im Judentum gilt das Leben als ein von Gott anvertrautes Gut, auf das der Mensch keinen Besitzanspruch hat. Das Leben an sich ist von geradezu absolutem Wert. Dies verpflichtet gläubige Juden, auf die Erhaltung ihrer Gesundheit zu achten und bei lebensbedrohlichen Erkrankungen jede nur denkbare lebenserhaltende Behandlung einzufordern. Da auch ein Leben von kürzester Dauer und mit gänzlich fehlender Lebensqualität als heilige Leihgabe Gottes gilt, wird jedes Tun oder Unterlassen, das einen rascheren Tod zur Absicht hat, im jüdischen Religionsgesetz als „Mord“ bezeichnet. Im Schulchan Aruch, einer im orthodoxen Judentum bis heute autoritativ gültigen Kodifizierung des jüdischen Religionsgesetzes aus dem 16. Jahrhundert, heißt es: „Der Moribunde gilt als ein Lebender in jeglicher Hinsicht“ (Jore Dea, 399,1). Nach der traditionellen Lesart der Halacha, also des jüdischen Religionsgesetzes, sind aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid grundsätzlich verboten. Dies gilt uneingeschränkt auch in nicht behandelbaren, weit fortgeschrittenen und in absehbar kurzer Zeit unumkehrbar tödlich verlaufenden Krankheitsstadien.

Diese fundamentale religiöse Verpflichtung, Leben zu erhalten, erklärt die Skepsis, mit der strenggläubige Juden Palliativmedizin und Hospizen begegnen. Oft wird der Palliativmedizin von ihrer Seite Fatalismus und ein zu frühes Aufgeben unterstellt. Nicht selten hört man die Sorge, dass dort Morphine und Benzodiazepine zu großzügig und in der bewussten Absicht eingesetzt würden, Leben zu verkürzen. Viele Familien und von ihnen zu Rate gezogene Rabbiner misstrauen einer ärztlichen Begleitung, die sich nach ihrer Einschätzung ausschließlich an der Autonomie des Individuums und dem Selbstbestimmungsrecht als Abwehrrecht orientiert. Sie können sich nur schwer vorstellen, dass Ärzte im modernen Medizinbetrieb überhaupt dazu fähig sind, empathisch mit Sterbenden über deren bevorstehenden Tod zu sprechen, ohne dass ihnen ihr Lebenswillen, ihre Zuversicht und Hoffnung genommen wird. Eine im Judentum häufig anzutreffende Vorstellung ist die Zerstörung der Hoffnung, die das mutmaßlich das Sterben beschleunigen könnte. (vgl. Probst 2017 und 2019)

## ...das Sterben aber zulassen und nie künstlich in die Länge ziehen

Bereits im Mittelalter und lange bevor die Medizin Sterbeprozesse so effektiv und künstlich in die Länge ziehen konnte wie heute, machten sich Rabbiner Gedanken darüber, ob das Gebot, Leben zu erhalten bzw. zu verlängern, nicht auch falsch ausgelegt und befolgt werden könnte. In dieser frühen *Futility*-Diskussion (Beendigung einer aussichtslosen Therapie) forderte der in Speyer geborene Rabbi Jehuda ben Samuel (1150 – 1217) dazu auf, dass man in der Nähe eines Sterbenden rhythmisch klopfende Geräusche zu vermeiden bzw. abzustellen habe. In dieser Zeit glaubte man, dass Geräusche, wie sie etwa beim Holzhacken entstehen, die Seele eines Sterbenden daran hindern könnten, den Körper zu verlassen. Um das unumkehrbar eintretende Sterben als heiligen und natürlichen Prozess zuzulassen, sollten der jüdischen Tradition gemäß Sterbehindernisse beseitigt werden, wie z.B. das Holzhacken. Ebenso war man in dieser Zeit davon überzeugt, dass auf die Zunge eines Sterbenden aufgelegte Salzkristalle den Sterbeprozess künstlich in die Länge ziehen. Daher wurde das Salzauflegen auf die Zunge Sterbender

von den rabbinischen Autoritäten des Mittelalters bis in die frühe Neuzeit verboten, und sie betonten, dass man das Salzauflegen nicht bloß unterlassen solle, sondern bereits aufgelegte Salzkristalle als bestehende Sterbehindernisse sogar aktiv beseitigen müsse. (vgl. Klein; Teutsch 2018 sowie Kučera 2016)

In der jüdischen Literatur sind zahllose Narrative, Kasuistiken und Präzedenzfälle überliefert, in denen es stets um die Unterscheidung geht, ob angewandte ärztliche oder pflegerische Maßnahmen in der konkreten Situation Leben retten können und damit geboten sind, oder ob diese Maßnahmen nur den Sterbeprozess künstlich in die Länge ziehen und damit verboten sind. Heute lassen die Möglichkeiten der modernen Medizin ständig Situationen entstehen, in denen diese Unterscheidung sehr schwierig und unübersichtlich ist. Gerade dann ist es wichtig, den medizinischen Sachverhalt in halachisches Denken zu übersetzen und gemeinsam mit Kranken und ihren Familien, wenn diesen die Übereinstimmung mit dem jüdischen Religionsgesetz wichtig ist, zusammen mit dem Rabbiner zu ausbalancierten Entscheidungen zu kommen. Wichtig ist dabei die Klarstellung, dass die Palliativmedizin die gleiche lebensbejahende Grundhaltung hat wie das Judentum. Die WHO-Definition von Palliativmedizin hält fest, dass das Sterben der natürliche Prozess am Ende des Lebens ist und dass ausdrücklich das Sterben weder beschleunigt noch künstlich in die Länge gezogen werden darf.

### Lebenszeit vor Lebensqualität?

Im Judentum wird durchaus die theologische Kausalverbindungen zwischen Sünde und Leiden gelehrt, doch erkennt es ganz überwiegend im Ertragen von Schmerz und Leiden keinen förderlichen Sinn oder Zweck. Leiden und Schmerzen müssen weder zur Läuterung ausgehalten werden noch gilt das Zulassen von Schmerz als erstrebenswertes Element religiöser Erfahrung. Schmerzen müssen behandelt und gelindert werden. Der babylonische Talmud überliefert spätantike rabbinische Diskussionen über Lebensqualität und bezeichnet einen Lebenszustand, der

*Leiden und Schmerzen müssen weder zur Läuterung ausgehalten werden noch gilt das Zulassen von Schmerz als erstrebenswertes Element religiöser Erfahrung.*

nur noch von Schmerz und Leid beherrscht wird, als „ein Leben, das kein Leben mehr ist“ (Babylonischer Talmud, Traktat Jom Tov, Fol. 32b). Der jüdischen Tradition ist nicht fremd, dass Schmerzen, aber auch andere physische Leiden sowie spirituelle und psychische Nöte derart viel Lebensqualität nehmen können, dass ein Sterbender die letzten Tage oder Stunden seines verlöschenden Lebens als nicht mehr lebenswert empfinden könnte. Im Zweifel und wenn Lebensverlängerung gegen Lebensqualität abzuwägen ist, werden gläubige Juden aber in

erster Linie und stets für das Leben und gegen die Priorität von Lebensqualität entschieden. Selbst ein Leben mit größten Einschränkungen gilt als heilig.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Palliative Care grundsätzlich die religiösen Gebote des Judentums hinsichtlich der Begleitung Kranker und Sterbender erfüllt, denn das Ziel von Palliative Care ist es, „die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu bewahren“ und dabei, wie oben aufgezeigt, das Sterben weder zu beschleunigen noch hinauszuzögern (EAPC 2009). Auf jüdischer Seite gibt es trotzdem die große Sorge, dass man in unserer postmodernen Gesellschaft und in der heutigen Medizin stark dazu neigt, Lebensqualität als das höhere Gut über den absoluten Wert des Lebens zu stellen. Entscheiden jüdische Patienten anders oder

haben anders lautende Voraussetzungen formuliert, muss dies als Realisierung ihrer authentischen Autonomie respektiert werden, auch wenn Palliative Care in dieser Abwägung zu anderen Ergebnissen kommt.

## Therapien am Lebensende

Weil all die benannten Sorgen nicht ganz unbegründet sind und es sie auch außerhalb der jüdischen Welt gibt, verwendet man in den vergangenen Jahren ganz bewusst die missverständlichen Begriffe „passive Sterbehilfe“ und „indirekte Sterbehilfe“ nicht mehr. Stattdessen spricht man heute vom „Sterbenlassen“ und von „Therapien am Lebensende“. Zum Sterbenlassen gehört auch die oben erwähnte Wegnahme von Sterbehindernissen, die seit jeher seinen legitimen Platz in der jüdischen Tradition hat. Auch der widersprüchliche Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ wird nicht mehr verwendet; dagegen soll mit dem neuen Begriff „Therapien am Lebens-

ende“ klargestellt werden, dass der Tod niemals und weder direkt noch indirekt Ziel einer palliativmedizinischen oder hospizlichen Begleitung am Lebensende sein kann. Eine konsequente Schmerztherapie oder Behandlung qualvoller Luftnot mit Morphinen oder Sedativa könnte unbeabsichtigt einen früheren Tod herbeiführen, ist bei korrekter Anwendung der Medikamente aber ein eher hypothetisches Risiko, wobei es nie ganz ausgeschlossen werden kann. Für die moralische und juristische Bewertung gilt dann jedoch die hinter dem Handeln stehende Absicht, nämlich Lebensqualität am Lebensende zu

*Die Linderung von Leiden ist eine so große religiöse Pflicht, dass das Risiko einer unbeabsichtigten Beschleunigung des Sterbeprozesses in Kauf genommen werden darf.*

verbessern und auf keinen Fall das Sterben zu beschleunigen. Auch die religiösen Autoritäten des orthodoxen Judentums folgen dieser Argumentation und sehen in der Linderung von Leiden die Erfüllung einer so großen Mizwa (religiösen Pflicht), dass das Risiko eingegangen werden darf, den Sterbeprozess unter Umständen unabsichtlich zu beschleunigen. (vgl. Kinzbrunner 2004)

## Dialog

Die bisherigen Ausführungen zeigen, wie wichtig die sensible kommunikative Begleitung innerhalb einer tragfähigen Beziehung zum Patienten und seinem Umfeld ist. Sehr oft suchen auch dezidiert nicht religiöse jüdische Familien in existenziell herausfordernden Situationen nach einem religiösen/jüdischen Zugang und nach Halt bezüglich schwieriger Entscheidungen am Lebensende. Rabbiner und ehrenamtliche Helfer der Bikkur-Cholim-Gruppen (Bikkur Cholim: hebr. Krankenbesuch) aus den jüdischen Gemeinden genießen viel Vertrauen und eine hohe Anerkennung, weil sie religiösen und nicht ökonomischen Motiven folgen. Da es große Unterschiede in den Vorstellungen von Gesundheit, Pflege und Krankheit zwischen den professionellen Akteuren im Gesundheitssystem und jüdischen Kranken und Familien gibt, können diese ehrenamtlichen Helfer wertvolle Vermittler und „Kulturdolmetscher“ innerhalb des heute immer wichtiger werdenden Diversity-Managements sein. Sie kennen und verstehen die Kranken oft besser als die professionellen Helfer, schließlich haben sie die gleiche Sozialisation erfahren, haben ähnliche Patchwork-Identitäten, kennen unter Umständen die Biografien und Lebensentwürfe viel besser, sprechen die gleiche Sprache, wissen um die speziellen Bedürfnisse und haben die gleiche spirituelle Heimat. Rabbiner und Bikkur-Cholim-Gruppen sollten daher

von der professionellen Begleitung unbedingt wahrgenommen und in das multiprofessionelle Team integriert werden. (vgl. Probst 2019 und Karwin 2017)

## Literatur

- Arnsberg, Gad: Wer sind wir? Die Vielfalt jüdischen Selbstverständnisses in Deutschland nach 1945. Ein historischer Überblick. In: Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (Hrsg.): Shoah – Flucht – Migration. Multiple Traumatisierung und ihre Auswirkungen. Berlin: Hentrich & Hentrich 2018.
- Karwin, Larissa: Über den Aufbau und die Aufgaben von Bikkur-Cholim-Gruppen und wie sie in den Gemeinden dauerhaft aufrechterhalten werden. In: Probst, Stephan (Hrsg.): Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Berlin: Hentrich & Hentrich 2017.
- Kinzbrunner, Barry M.: Jewish Medical Ethics and End-of-Life Care. In: Journal of Palliative Medicine Jg. 7 / 2004, Heft 4, S. 558-573.
- Klein, Birgit E.; Teutsch, David A.: Quality of Life at End of Life. The Evolution of Key Concepts. In: Journal of Jewish Ethics Jg. 4 / 2018, Heft 2, S. 163-197.
- Kučera, Tomáš: Halacha, Aggada und Sterbehilfe. Nicht den Tod beschleunigen, aber auch nicht das Sterben verlängern: eine Auseinandersetzung mit den Quellen. In: Klapheck, Elisa (Hrsg.): Jüdische Positionen zur Sterbehilfe. Berlin: Hentrich & Hentrich 2016, S. 61-87.
- Migala, S.; Sokolova, O.; Flick, U.: „Ich bin aber Gott sei Dank kein ausgeprägter Atheist“: Verständnisweisen postsowjetischer Juden in Deutschland von Religiosität und ihre Bedeutung für die Versorgung am Lebensende. In: Probst, Stephan (Hrsg.): Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Berlin: Hentrich & Hentrich 2017, S. 227-239.
- Probst, Stephan: Sterbenskranke schonungslos aufklären? Eine Betrachtung aus jüdischer Sicht. In: Abstractband. 10. Bremer Kongress für Palliativmedizin. Bremen 2017, S. 97-99.
- Probst, Stephan: Palliativmedizinische Begleitung jüdischer Patienten und Palliative Care aus jüdischer Sicht. In: Zeitschrift für Palliativmedizin Jg. 20 / 2019, Heft 1, S. 31-38.
- Rosenfield, G.: Germany. In: Schneiderman, H.; Maller, J.B.; Fine, M. (Hrsg.): The American Jewish Year Book 5707 (1946-47). Vol. 48. Philadelphia: The Jewish Publication Society 1946.
- Staszewski, N.: Trauma und Alter – Alter und Trauma? Zu Einblicken in die Praxis psychosozialer Begleitung von Überlebenden der Shoah. In: Probst, Stephan (Hrsg.): Das Antlitz der Alten umschönen. Vom Umgang mit dem Alterwerden und dem Alter im Judentum. Berlin: Hentrich & Hentrich 2019.
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden (ZWST): Mitgliederstatistik der jüdischen Gemeinden und Landesverbände in Deutschland für das Jahr 2018. Frankfurt a. M.: ZWST 2019.
- Zielke-Nadkarni, Andrea: Jüdische Flüchtlinge aus der GUS. Bern: Huber 2005.

### Autorenkontakt

Dr. med. Stephan M. Probst

Klinikum Bielefeld

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin

Teutoburger Straße 50

33604 Bielefeld

### Zitationsvorschlag

Probst, Stephan: Die Verpflichtung zum Leben: Palliativmedizin und Judentum. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 3 / 2019, S. 27-33.