

Die Stellung der Krankenhauseelsorge in der Institution Krankenhaus¹

Mit zwei kleinen Szenen, die vielen von Ihnen vermutlich bekannt vorkommen dürften, will ich meinen Vortrag beginnen:

1. Ein Krankenhauseelsorger führt seit einiger Zeit eine Gesprächsgruppe für Dialysepatienten durch; ein kleines Konferenzzimmer auf der entsprechenden Abteilung ist ihm dafür zur Verfügung gestellt worden.

Eines Tages kommt er zum üblichen Termin in den Raum und findet ihn besetzt. Rückfragen auf der Station führen ihn schließlich zum Sekretariat des Chefarztes, und dort informiert ihn die Sekretärin, es sei kurzfristig eine wichtige Ärztekonzferenz anberaumt worden – man hätte es leider versäumt, ihn rechtzeitig davon zu informieren.

2. Frau S., Pastoralreferentin im Krankenhauseelsorgedienst, führt gerade ein seelsorgerliches Gespräch mit einer Patientin in einem Zweibettzimmer auf der inneren Abteilung, als die Stationschwester hereinkommt und sie bittet, doch das Gespräch zu beenden, die Chefvisite sei da. Der Chefarzt seinerseits hat dies mitbekommen, er geht auf Frau S. zu und sagt: „Bleiben Sie nur, Frau S., wir gehen erst ins nächste Zimmer und kommen dann zurück.“ Frau S. dankt dem Chefarzt, sie freut sich, auf diese Weise ernst genommen zu werden; sie muß dann aber auch feststellen, daß für die Patientin und für sie selbst der Gesprächsfaden durch diese Unterbrechung abgerissen ist.

Über die Bedeutung der Seelsorge in der Institution Krankenhaus ist mit diesen beiden Szenen viel gesagt. Ich will versuchen, dies im folgenden weiter auszuführen und zu differenzieren.

Im 1. Teil geht es um die strukturelle Bedeutungslosigkeit der Seelsorge in der naturwissenschaftlich-technisch geprägten Institution „Krankenhaus“.

Im 2. Teil will ich die zwischen Krankenhaus und Seelsorge strittigen oder konkurrierenden Anthropologien thematisieren: Welche Auswirkungen haben diese unterschiedlichen Anthropologien auf das jeweilige Verständnis von Krankheit und Gesundheit?

Im 3. und letzten Teil möchte ich daraus Konsequenzen für das Selbstverständnis der Seelsorge im Krankenhaus ziehen.

1. Zur strukturellen Bedeutungslosigkeit der Seelsorge im Krankenhaus²

Krankenhäuser sind ursprünglich mit dem Ziel der Pflege und der Fürsorge für kranke, arme und hilfsbedürftige Menschen gegründet worden. Der Dienst an Kranken und Armen galt als Dienst an Christus selbst im Sinn von Mt 25. Medizin spielte gegenüber der Pflege in den frühen Krankenhäusern nur eine sehr untergeordnete Rolle.

In den letzten 100 Jahren hat sich diese Situation radikal gewandelt: Spätestens seit dem Ende des 19. Jahrhunderts ist die *Medizin* das Funktionszentrum des Krankenhauses und nicht mehr die Fürsorge.³ Und diese Medizin ist prinzipiell säkular, sie verzichtet auf religiöse oder philosophische Krankheitsdeutungen, sie ist primär Naturwissenschaft und Technik.⁴ Ihre Methode ist empirisch, d.h. Vorgänge werden auf Distanz gebracht, objektiviert, analysiert, in einen Ursache-Wirkung-Zusammenhang gestellt, um sie entsprechend kontrollieren und manipulieren zu können. Diese naturwissenschaftlich-zweckrationale Ausrichtung der Medizin und damit des Krankenhauses ist die Grundlage ihrer Erfolge, die wir alle mehr oder weniger gern in Anspruch nehmen.

In der naturwissenschaftlich-technisch orientierten Institution des Krankenhauses, das ist meine These, ist Seelsorge strukturell bedeutungslos und überflüssig. Überflüssig – nicht aus bösem Willen oder aus Borniertheit des medizinisch-pflegerischen Personals, sondern weil die Institution, und damit alle, die in ihr arbeiten, eine andere Blickrichtung haben. Die Blickrichtung der Medizin heißt Objektivierung! Die Subjektivität des Patienten oder des Mitarbeiters ist da tendentiell eher hinderlich. Das Interesse der Medizin heißt Vergegenständlichung – personale Begegnung kann da nur stören.

Dazu kommt ein zweiter Aspekt: Ein Krankenhaus ist eine hochkomplexe *Organisation*. Je größer und komplexer eine Organisation

ist, desto schematischer und rigider sind die Funktionsabläufe – für individuelle Bedürfnisse ist da kein Platz. Dementsprechend kann Seelsorge mit ihrer Ausrichtung auf den einzelnen in einer solchen komplexen Organisation leicht zum nicht gern gesehenen Störfaktor werden.⁵

Und ein Drittes: Krankenhäuser operieren immer stärker nach den Maßstäben und Kriterien eines *Wirtschaftsbetriebes*, der schwarze Zahlen schreiben muß. Alle Maßnahmen, alles dort tätige Personal wird auf seine Effizienz, auf seine Kosten-Nutzen-Relation hin kontrolliert. Welchen Stellenwert hat Seelsorge unter diesem Blickwinkel? Auf den ersten und oberflächlichen Blick wohl gar keinen. Sie repräsentiert für manche in der Verwaltung die Befriedigung privater religiöser Bedürfnisse einiger Patienten; unter Effizienzgesichtspunkten könnte man gut darauf verzichten.

Ich betone diese Aspekte am Anfang so, weil ich immer wieder erlebe, daß KrankenhauseelsorgerInnen die Erfahrung ihres Überflüssigseins in der Institution der bösen Absicht der Ärzte, des Pflegepersonals, der Verwaltung anlasten oder es als persönliches Versagen empfinden. Das mag es in Einzelfällen natürlich geben, grundsätzlich handelt es sich jedoch um ein strukturelles Problem: In einer naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Institution, die gleichzeitig eine hochkomplexe Organisation ist und unter enormem Effizienzdruck zu arbeiten hat, ist für ein Geschehen, das sich auf persönliche Begegnung und subjektive Deutung von Krankheit konzentriert, kein Raum.

Einige Aspekte dieser *strukturellen Bedeutungslosigkeit* will ich hervorheben – und Sie werden dabei sehen, daß diese Bedeutungslosigkeit zwar zunächst von der Institution des Krankenhauses hervorgerufen oder ausgelöst wird, daß die Kirche als Anstellungsträger diesem Faktum aber auch spiegelbildlich entspricht.

1. *Seelsorge gehört nicht zur personellen „Grundausstattung“ eines Krankenhauses*: Um die spezifischen Zwecke eines Krankenhauses zu realisieren, braucht man keine Seelsorge. Kommunale oder universitäre Krankenhausträger sehen deshalb in der Regel keine Krankenhauseelsorge vor; es sind vielmehr die Kirchen, die auf Grund verschiedener gesetzlicher Bestimmungen Seelsorge im Krankenhaus etablieren wollen und können. Verschärft formuliert: Dem Krankenhaus wird von außen Seelsorge gewissermaßen „ins Nest gesetzt“.

- Damit ist ein *struktureller* Konflikt vorprogrammiert, den die SeelsorgerInnen *individuell* auszutragen haben, indem sie dauernd nachweisen müssen, daß Seelsorge im Krankenhaus ein wichtiges und sinnvolles Unternehmen ist. Der Druck, der sich daraus für einzelne SeelsorgerInnen ergibt, ist teilweise sehr groß.
2. Dieses Dilemma wird nun auch von Seiten der Kirche als Anstellungsträger dadurch verstärkt, daß *SeelsorgerInnen im Krankenhaus selten differenzierte strukturelle Vorgaben in Form von Arbeitsplatzbeschreibungen, klaren Dienstanweisungen, Fortbildungsregelungen etc. vorfinden*. Sie werden mit dem Segen der Kirche in ein großes, ihnen fremdes Gebilde hineingeschickt und müssen dann sehen, wie sie sich zurechtfinden, wie und wo sie arbeiten wollen und können (z.B. ob sie flächendeckend oder mit Schwerpunktbildung arbeiten, ob es bestimmte Kommunikationskanäle oder Entscheidungsebenen gibt, an denen sie beteiligt sein sollten etc.). Solche unklaren Vorgaben lösen bei Anfängern oft das intensive Gefühl von Ohnmacht und Kränkung aus: Wer braucht mich hier eigentlich? Ich bin hier doch überflüssig.
 3. Die Erfahrung von Ohnmacht und Kränkung wird dadurch verstärkt, daß *SeelsorgerInnen in einer Weise arbeiten, die im Krankenhaus fremd und nicht funktional erscheint*. Sie können für die Patienten nichts tun im buchstäblichen Sinn, sie haben keine Instrumente⁷, keinen klar umschriebenen Auftrag – während in diesem Haus doch alles darauf abgestellt ist, etwas zu tun, zu machen, zu veranlassen, zu verändern. Eine wesentliche Aufgabe der Seelsorge besteht darin, fremde – und dann auch eigene – Hilflosigkeit auszuhalten und verarbeiten zu helfen; darin liegt paradoxerweise die entscheidende Hilfsmöglichkeit. Sie ist jedoch schwer transparent zu machen und steht insofern erst einmal quer zu allen institutionellen Abläufen.
 4. Aus den unklaren strukturellen Vorgaben folgt auch eine *Vielzahl divergierender Rollenzuschreibungen für SeelsorgerInnen*: Das reicht vom religiösen Zeremonienmeister auf der einen Seite bis zum Psychotherapeuten auf der anderen Seite, vom „Krisenmanager“ zum „Fünften Rad am Wagen“ etc. KrankenhausseelsorgerInnen müssen diese divergierenden Rollenzuschreibungen individuell ausbalancieren und nach Geschick und Fähigkeiten ihren Weg suchen und ausfüllen. Es kommt kaum zur Etablierung hilfreicher Strukturen: Wenn einer geht, muß der Nachfolger/die Nachfolgerin oft wieder ganz von vorne anfangen.

5. All dem entspricht, daß KrankenhauseelsorgerInnen häufig *keine sie stützende Berufsgruppe* im Krankenhaus vorfinden: Wenn sie Glück haben, gibt es zwei oder drei nette Kollegen/Kolleginnen; genauso oft aber sind solche kollegialen Beziehungen schwierig, weil sie stark von unausgesprochener Konkurrenz überlagert sind. Und in Häusern mittlerer Größe arbeiten viele ganz allein. Die geballten Schwierigkeiten der seelsorgerlichen Arbeit, die dauernde Begegnung mit Leiden, Schmerzen und Sterben, die permanente Verunsicherung, die Flüchtigkeit aller Beziehungen etc. müssen sie allein aushalten und bewältigen.

Die Versuchung angesichts dieser strukturellen Bedeutungslosigkeit besteht darin, daß KrankenhauseelsorgerInnen sich treiben lassen, quasi offiziell verschwinden und nirgends mehr auffallen, geschweige denn anecken. Sie machen zwar zuverlässig und regelmäßig ihre Besuche, aber sie scheuen die aktive Kooperation mit den anderen Berufsgruppen und sie vermeiden die Anstrengung, die eigene Arbeit in der fremden Institution immer wieder transparent zu machen, Prioritäten auch nach außen hin zu vertreten, von Mitarbeitern gehört und beachtet zu werden und auch einmal Konflikte zu riskieren.

Ein solches Verhalten kommt dem depressiven Charakterzug vieler SeelsorgerInnen entgegen – und es ist auch schlicht bequem!

Dieser Versuchung nicht zu erliegen, erfordert viel Energie, Initiative und Aggression⁸ (im Sinn des ursprünglichen „zugehen auf...“): Sich selbst eine Arbeitsstruktur zu geben und sie gegenüber anderen zu vertreten⁹; sich einen Platz in ein oder zwei Stationsteams zu erarbeiten, um sinnvolle Kooperation zu ermöglichen und auch, um an einer Stelle in der großen und unübersichtlichen Institution dazuzugehören; die eigene Perspektive immer wieder zur Sprache zu bringen, dafür die Zeit und die Aufmerksamkeit der anderen Berufsgruppen zu fordern und in Anspruch zu nehmen – all’ das ist anstrengend, aber erst dann wird aus der Bedeutungslosigkeit auch eine Chance: Daß SeelsorgerInnen Freiräume und alternative Perspektiven ins Spiel bringen können; daß sie nicht in die Hierarchie eingebunden, also weder weisungsgebunden noch weisungsbefugt sind, daher jeden im Krankenhaus ansprechen können; daß sie sich dem naturwissenschaftlichen Sog der Institution entziehen und dem subjektiven Faktor, dem Bedürfnis nach Begegnung, nach Anteilnahme und Deutung, Raum geben können.

2. Zur Anthropologie von Krankheit und Gesundheit

Das Krankenhaus als naturwissenschaftlich-technisch ausgerichtete Institution hat eine Reihe von impliziten Annahmen über Krankheit und Gesundheit und über die Bedürfnisse der Patienten, die als Kranke in diese Institution hineinkommen und sie hoffentlich als Gesunde wieder verlassen. Ebenso vertritt die Krankenhauseelsorge von ihrer christlichen Motivation her bestimmte Annahmen, die zu denen des Krankenhauses in Spannung stehen. Ich will das jeweils theseartig gegenüberstellen und die Thesen dann weiter ausführen. Ich möchte damit den Versuch unternehmen, Seelsorge im Krankenhaus nicht nur von ihrem christlichen Auftrag und den daraus abgeleiteten gesetzlichen Privilegien her zu begründen, sondern ihre Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit aus der Anthropologie abzuleiten: Die implizite Anthropologie, auf deren Basis die naturwissenschaftlich-technische Institution des Krankenhauses operiert, ist einseitig und begrenzt, sie braucht eine Ergänzung, um den Menschen, die sie heilen will, gerecht zu werden. (Diese Ergänzung muß allerdings keinesfalls christliche Seelsorge sein, bestimmte Arten von Psychotherapie könnten diese Aufgabe ebenfalls übernehmen – und Sie kennen ja vermutlich alle Kliniken, in denen es bereits zu einer entsprechenden Konkurrenz zwischen Psychotherapie und Seelsorge kommt.)

Das Krankenhaus konzentriert seine ganze Energie auf die Krankheit, die ein Mensch hat, während Seelsorge tendenziell den Menschen, der krank ist, in den Blick nimmt.

Ich hatte schon zu Anfang darauf hingewiesen, daß die naturwissenschaftliche Ausrichtung des Krankenhauses bedeutet, daß Krankheitsphänomene objektiviert und abstrahiert werden müssen: Um zu einer Diagnose zu kommen, muß der Arzt immer auch vom Einzelfall absehen; er muß versuchen, das Typische, das bei allen vergleichbaren Krankheiten Auftretende herauszufinden. Das klinische Krankheitsbild, das Krankheitssubstrat steht im Zentrum der medizinischen Aufmerksamkeit.¹⁰

Das setzt eine begrenzte Trennung von Person und Krankheit voraus: Wenn jemand eine Niereninsuffizienz oder eine Herzkrankheit hat, dann steht die Niere als Organ, das das Blut reinigt und entschlackt oder das Herz, das das Blut durch den Körper pumpt, im Vordergrund. Die Person als ganze, die individuellen Lebensum-

stände dieses Menschen mit einer Niereninsuffizienz oder einer Herzkrankheit spielen nur eine untergeordnete Rolle: Seine Lebensgeschichte, seine Familiengeschichte, seine Arbeitsgeschichte – all das, was dieses unverwechselbare Individuum ausmacht, kommt während der medizinischen Behandlung kaum zur Sprache.

Ebensowenig die Gefühle, mit denen ein Mensch auf eine solche Erkrankung reagiert: Die Befürchtungen und die Hoffnungen, die Phantasien, die einen beinahe Tag und Nacht beschäftigen, sie spielen für die medizinische Behandlung nur eine nebensächliche Rolle. Alle Energie konzentriert sich darauf, die spezifische Erkrankung exakt zu diagnostizieren, zu lokalisieren und sie gezielt mit chemischen oder chirurgischen oder sonstigen Mitteln zu behandeln.

Die häufig beklagte emotionale Kälte des modernen Krankenhauses hat primär mit dieser vom naturwissenschaftlichen Ansatz her strukturell notwendigen Trennung von Krankheit und Person zu tun und erst in zweiter Linie damit, daß medizinisches und pflegerisches Personal überfordert sind (gerade jetzt, in den Zeiten des schlimmen Pflegenotstandes), oder damit, daß sich das Personal emotional schützen muß, also eigene Betroffenheit auch abwehren muß.

Seelsorge hat demgegenüber einen umfassenderen Auftrag: Sie will und kann nicht zwischen Person und Krankheit trennen, sondern sie versteht das eine als Auslegung des anderen und ist darin in ihrem Denkansatz der Psychosomatik sehr ähnlich. Seelsorge geht es nicht um das Phänomen „Krankheit“, sondern um die sich krank und hilfsbedürftig fühlende Person. Wenn eine(r) ins Krankenhaus kommt, sei es mit einer bedrohlichen Herzerkrankung, sei es mit einer nach außen so problemlos erscheinenden Sache wie einem Beinbruch – da ist ein Mensch,

- der aus seinen gewohnten Lebensbezügen hinausgeworfen ist,
- der von seiner Familie, von seiner Arbeit getrennt ist,
- der plötzlich abhängig ist von anderen, die ihm völlig fremd sind,
- der nicht mehr mit eigener Anstrengung so kann, wie er will,
- der, wenigstens für kurze Zeit, an Grenzen gestoßen ist,
- der Schmerzen und, vielleicht schlimmer noch, Angst und Erschrecken gespürt hat,
- der sich Gedanken gemacht hat über sein Leben, ob es so weiter geht wie bisher,
- der sich Gedanken über sein Sterben macht usw.

Seelsorge versucht, einen Menschen im Krankenhaus im Geflecht dieser vielfältigen Bezüge zu sehen und zu verstehen. Seelsorge muß nicht, wie die Medizin, ihre Perspektive auf die organische Dimension fokussieren und damit notwendigerweise vereinseitigen; sie kann, wie das schon im AT angedeutet wird, die Niere oder das Herz auch als Sitz der Emotionen verstehen und von daher eine Ahnung gewinnen, was in einem Menschen vorgehen muß, der an diesen wichtigen Organen, d.h. in seinem eigenen Zentrum, erkrankt ist. Dieser andere und erweiterte Blickwinkel ist die große Chance der Seelsorge im Krankenhaus – und gleichzeitig ihre Gefahr.

Die *Chance* besteht darin, daß sie die erwähnte notwendige Ergänzung und Korrektur der medizinischen Perspektive sein kann. Das kann sie aber nur, wenn sich SeelsorgerInnen wirklich auf einzelne Menschen, auf einzelne Patienten einlassen, sich Zeit und Energie für diese wenigen nehmen, um eben die Menschen hinter und in der Krankheit wahrzunehmen.

Die *Gefahr* ist eine doppelte: Zum einen, daß Seelsorge mit diesem Ansatz so unspezifisch ist, daß sie dadurch kein Profil gewinnt gegenüber den anderen Berufsgruppen und auch gegenüber den Patienten und daß sie gleichzeitig so hohe Anforderungen an die Person des Seelsorgers/der Seelsorgerin stellt, daß diese damit häufig überfordert sind; zum anderen, daß die traditionelle Ausrichtung der Seelsorge, flächendeckend arbeiten zu müssen, also möglichst jeden anzusprechen, ein solches Sich-Einlassen auf einzelne genau verhindert. Da gleicht die Seelsorge dann einem, der das Wasser seiner Gießkanne tropfenweise auf ein ganzes Feld vergeudet, statt sich angesichts der Begrenztheit seiner Mittel darauf zu konzentrieren, zwei oder drei Pflanzen wirklich zum Wachsen zu verhelfen.

Nebenbei gesagt: Natürlich ist diese Alternative von flächendeckender Arbeit und Konzentration auf einige wenige unbefriedigend. Sie ist aber m.E. nicht lösbar über die Personen der hauptamtlich in der Krankenhauseselsorge Tätigen, sondern nur über die Mitarbeit von ehrenamtlichen Besuchsdienstgruppen.

Das Krankenhaus versucht mit allen Mitteln, eine Krankheit zu beseitigen – wenn das nicht gelingt, erleben vor allem die Ärzte das häufig als Niederlage; Seelsorge geht es vorrangig darum, daß Menschen lernen, ihre Krankheit zu deuten, zu verstehen, sie ihrem Leben und Glauben zuzuordnen, in ihr einen Sinn zu finden.

Die erwähnte Trennung von Person und Krankheit in der naturwissenschaftlichen Medizin hat zur Folge, daß die Krankheit mit

beinahe allen Mitteln beseitigt werden muß. Krankheit ist ja in dieser Sicht immer eine Störung der Person, eine Einschränkung und Behinderung ihrer Funktionsfähigkeit. Da spätestens seit der Industrialisierung Menschen immer mehr nach ihrer Funktionsfähigkeit beurteilt werden, müssen solche Einschränkungen und Behinderungen beseitigt werden, um den einzelnen eine Existenzberechtigung zu geben und die Funktionsfähigkeit der Gesellschaft als ganzer zu stärken.

Es kommt dann zu der bekannten militärischen Terminologie in der Medizin, angefangen von der „invasiven Diagnostik“ bis hin zum Bekämpfen der eingedrungenen Viren durch aggressive Chemotherapie etc. Der Kranke wird zum Schlachtfeld, auf dem sich Krankheitserreger und Medizin eine Schlacht nach der anderen liefern – wenn er nicht gesund wird, hat nicht nur er selbst, sondern vor allem auch der Arzt häufig das Gefühl, eine Niederlage erlitten zu haben.

Seelsorge hat das Glück, nicht solche eng umschriebenen Ziele verfolgen zu müssen.

Es gibt eine Definition von Seelsorge, die mir in diesem Zusammenhang wichtig und sinnvoll erscheint: Seelsorge kann verstanden werden als Hilfe zur Rekonstruktion von Lebensgeschichte – das hat Seelsorge mit Psychotherapie gemeinsam – im Horizont der Geschichte Gottes mit den Menschen – durch diesen Deutungshorizont unterscheidet sich Seelsorge von Psychotherapie.¹¹

Menschen haben das Bedürfnis, ihr Leben, ihre gegenwärtige Situation, gerade die Krise einer Krankheit zu verstehen, sie zu ihrer bisherigen Biographie in Beziehung zu setzen, ihre zukünftigen Konsequenzen abzuschätzen und in alledem so etwas wie einen Sinn zu finden. Wie häufig ziehen Menschen im Krankenhaus Bilanz; die Bedrohlichkeit der Krankheit ist Anlaß, sich Rechenschaft zu geben über das, was gewesen ist. Sie blicken zurück auf ihr bisheriges Leben, auf erfreuliche und schwierige Ereignisse und manchmal erscheint dann der Ausbruch dieser Krankheit wie ein wichtiger, längst fälliger Anlaß, der plötzlich eine neue Lebensorientierung ermöglicht: Der bisherige Lebensstil muß verändert werden, die Arbeit geht so nicht mehr weiter, eine wichtige Beziehung zerbricht oder bekommt eine neue Basis:

„Als ich die Diagnose bekam, war ich erst einmal erleichtert“, sagte eine 35jährige Frau nach der Operation wegen Brustkrebs.

„Ich wußte, daß etwas passieren würde, denn so konnte es nicht

mehr weitergehen. Ich bin tausend Sachen hinterhergerannt und nirgendwo mehr mitgekommen. Ich war total gefangen im Streß und kam nicht mehr heraus...“¹²

Eine andere Frau mit Brustkrebs sagte in einer Gruppe beim Thema, was jemandem die Krankheit nützen könne: „Die Krankheit war mein Wecker“ – und sie meinte damit, daß sie erst durch diese Erfahrung wirklich zu sich selbst aufgewacht war.¹³

Solche Begegnungen sind vielleicht eher die Ausnahme, und doch stellen sie idealtypisch dar, was tendentiell in jeder Krankheit geschieht.

Seelsorge will dabei mithelfen, daß Menschen besser verstehen, was da in der Krise der Krankheit mit ihnen geschieht. Sie tut das auf verschiedene Art und Weise:

SeelsorgerInnen versuchen zuzuhören und dem Erzählenden zu helfen, seine Geschichte zu sortieren, zu ordnen, in sinnvolle Zusammenhänge zu bringen. Es macht ja einen großen Unterschied, ob man allein über eine Erfahrung nachgrübelt und dabei meistens nicht aus dem Labyrinth der eigenen Ängste und Befangenheiten herauskommt oder ob man einem interessierten Gegenüber erzählt, einem Gegenüber, der nachfragt, eigene Reaktionen und Beobachtungen mitteilt und dann auch eigene Deutungen, etwa in Form von biblischen Symbolen oder Geschichten, anbietet.

In diesem Prozeß verfolgt Seelsorge eine paradox anmutende Zielsetzung: Dietrich Stollberg hat sie in den Buchtitel „Wahrnehmen und Annehmen“ gefaßt; häufig wird sie in Form eines fernöstlichen Sprichwortes zitiert, das ich aber auch für gut christlich halte, nämlich: „Nur was du annimmst, kannst du verändern.“ Das heißt:

Am Anfang steht das genaue Wahrnehmen dessen, was ist: also der Krankheit mit all ihren Facetten, der eigenen Gefühle von Angst, Unsicherheit, Verzweiflung und Wut, der Reaktion der Verwandten und Freunde usw. All dieses in einem schmerzlichen Prozeß wahrzunehmen, es immer wieder anzuschauen mit Hilfe eines Menschen, der dabei steht und nicht wegläuft, ist ein erster, wichtiger Schritt, das Wahrgenommene dann auch anzunehmen; zu sagen: So ist es im Moment; so bin ich im Moment! – um dann vielleicht zu erleben, wie aus dieser Annahme eine veränderte Einstellung wächst, die schließlich auch äußerliche Veränderungen ermöglicht.

Und schließlich kann der oder die Zuhörende eigene Deutungen anbieten, etwa orientiert am Leben und Verhalten Jesu. Im Alltag sind wir gewohnt, davon auszugehen, daß ein bestimmtes Verhalten

entsprechende Konsequenzen zeitigt: Wer sich daneben benimmt, muß die Konsequenzen tragen; wer zu spät kommt, den bestraft das Leben etc. In der Anschauung von Krankheit ist es nicht anders: Früher glaubten Menschen häufig, daß Krankheit eine Strafe Gottes für ein Vergehen sei. Heute haben wir es oft mit der säkularisierten Version derselben Einstellung zu tun: Da kriegt eine Krebs, weil sie ein Kindheitstrauma nicht verarbeitet hat; da hat einer einen Herzinfarkt, weil er nicht aus der täglichen Streßmühle herausgefunden hat usw.

Natürlich sind diese Deutungen nicht ganz falsch; aber in ihrer Simplizität sind sie irreführend und unbarmherzig. Wie soll denn eine Frau weiterleben, wenn sie auch noch selbst für ihren Krebs verantwortlich ist?

Jesus deutet Krankheit, deutet Leben überhaupt anders: Es geht ihm nicht darum, Menschen für Vergangenes zu behaften und zu bestrafen, sondern ihnen in der verfahrenen Situation Umkehr, neues Leben zu ermöglichen: Er geht zu denen hin, zu denen sonst kaum jemand geht, er spricht und ißt mit ihnen; er gibt ihnen ein Gefühl, wertvolle, liebenswerte Menschen zu sein und er sagt manchmal so einen Satz wie: „Geh und sündige hinfort nicht mehr!“

Sie sehen aus dieser knappen, eher formalen Beschreibung, wie sehr Seelsorge sich unterscheidet von der medizinischen Arbeitsweise des Krankenhauses: dort die Trennung von Person und Krankheit, um die Krankheit gezielt und zügig mit allen Mitteln angehen und beseitigen zu können – hier die Ausweitung der Perspektive auf die ganze Person, auf eine viel Zeit und Geduld erfordernde Begleitung mit dem Ziel, das, was ist, nicht gleich wegmachen zu wollen, sondern es anzuschauen, es wertzuschätzen und in seiner Bedeutung für das jeweilige Leben zu begreifen.

Ich möchte mit dieser Gegenüberstellung nicht sagen, daß das eine Verfahren, das medizinische oder das seelsorgerliche, besser ist als das andere. Ich wünsche mir vielmehr, daß beide Seiten sehen, wie sie einander brauchen: daß die Seelsorge sieht, wieviel Gutes die naturwissenschaftliche Medizin bewirkt – trotz der vielen impliziten Probleme – und daß die Medizin sieht, wie sehr sie Seelsorge zur Kompensation und Ergänzung ihrer eigenen Defizite braucht.

Das Krankenhaus hat als oberstes Ziel die Wiederherstellung der Gesundheit. Gesundheit ist dabei einerseits ganz eng verstanden als Funktionsfähigkeit des Körpers, andererseits verbirgt sich dahinter ein ungeheurer Anspruch auf Glück und Vollkommenheit. Seelsorge

versteht unter Gesundheit auch die paradox anmutende Bereitschaft und Fähigkeit, mit Krankheit und Leiden zu leben und sich der Grenzen des Lebens bewußt zu sein.

Die WHO hat Gesundheit definiert als „Zustand des vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlergehens“; ein Gewerkschaftsinstitut sagt: „Unter Gesundheit ... ist das Vermögen jedes Menschen zu verstehen, gegenwärtig und ungefährdet zukünftig diejenigen Funktionen störungsfrei zu erfüllen, die ihm im Rahmen seiner gesellschaftlichen Bezüge zukommen.“¹⁴

In beiden Definitionen wird deutlich, welch umfassender Anspruch mit dem Gesundheitsbegriff verbunden ist: Ist ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens nicht eine andere Umschreibung für Glück? Ist die Vorstellung, die menschlichen Funktionen „störungsfrei“ erfüllen zu können (und zu müssen), nicht eine Utopie? Und warum wird hier die Begrenztheit menschlichen Lebens und menschlicher Gesundheit verschwiegen? Es gibt doch keine störungsfreie, vollkommene Gesundheit: Schon die kleinen Wehwehchen des Alltags, Schnupfen oder Husten, nicht zu reden von wirklichen Krankheiten, von Behinderungen, vom Alt- und Gebrechlich-Werden führen uns doch deutlich vor Augen, daß Gesundheit immer eine relative, bedingte, fragmentarische Angelegenheit ist.

Aber indem diese Aspekte bereits in den Gesundheitsbegriffen verschwiegen und große Utopien aufgebaut werden, verstärken sie natürlich die populäre Illusion vom immer jungen und aktiven, allseits fiten, durchtrainierten Menschen und vom Krankenhaus als der Gesundheitsfabrik, in der man sich selbst mit dem erkrankten Organ gewissermaßen abgibt und am Ende wieder gesund herauskommt.

Es gibt Gesundheitsbegriffe, die deutlich andere Akzente setzen, z.B. den des Psychosomatikers Fritz Hartmann:

„Gesund ist ein Mensch, der mit oder ohne nachweisbare oder für ihn wahrnehmbare Mängel seiner Leiblichkeit allein oder mit Hilfe anderer Gleichgewichte findet, entwickelt und aufrechterhält, die ihm ein sinnvolles, auf die Entfaltung seiner persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglichen, so daß er sagen kann: mein Leben, meine Krankheit, mein Sterben.“¹⁵

Die entscheidende Akzentverschiebung ist die, daß hier Gesundheit nicht davon abhängig gemacht wird, daß jemand keinerlei körperlich-organische Mängel aufweist, sondern daß er/sie allein oder mit

Hilfe anderer, in seinen/ihren Grenzen ein zufriedenstellendes Gleichgewicht findet, das ihm/ihr erlaubt, das Leben, die Krankheit, das Sterben als das eigene anzuerkennen und anzunehmen. Dieser Satz, der natürlich wieder einen hohen Anspruch enthält, ist für mich schon ein paar Mal konkret geworden in der Begegnung mit behinderten Menschen in Bethel – ich denke an einen anfallskranken Rollstuhlfahrer oder an eine psychisch kranke Frau aus dem sogenannten Langzeitbereich Psychiatrie –, wo ich den Eindruck hatte, daß sie in vieler Hinsicht „gesünder“ sind, d.h. besser im Gleichgewicht als so mancher, der offiziell als gesund gilt.

Man kann diese Sichtweise noch mehr zuspitzen, wenn man hinzunimmt, daß Karl Barth Gesundheit eine „Kraft zum Menschsein“ genannt hat.¹⁶ Das heißt: Gesundheit ist kein letzter Wert in sich, sondern sie ist ein Baustein auf dem langen und immer schwierigen Weg zum Menschsein. Neben dem Baustein Gesundheit gibt es andere, z.B. auch die Erfahrung von Krankheit, Schmerz und Leiden. Die Erfahrung von Leiden kann Menschen sensibel machen für das, was wirklich wichtig und was eher unwichtig ist im Leben und sie dadurch menschlich werden lassen.

Dazu paßt das berühmte Zitat von A.Gide:

„Ich glaube, daß die Krankheiten Schlüssel sind, die uns gewisse Tore öffnen können. Ich glaube, es gibt gewisse Tore, die einzig die Krankheit öffnen kann. Es gibt jedenfalls einen Gesundheitszustand, der es uns nicht erlaubt, alles zu verstehen. Vielleicht verschließt uns die Krankheit einige Wahrheiten; ebenso aber verschließt uns die Gesundheit andere oder führt uns davon weg, so daß wir uns nicht mehr darum kümmern. Ich habe unter denen, die sich einer unerschütterlichen Gesundheit erfreuen, noch keinen getroffen, der nicht nach irgendeiner Seite hin ein bißchen beschränkt gewesen wäre; wie solche, die nie gereist sind ...“¹⁷

Natürlich gibt es Krankheits- und Leidenserfahrungen – das muß man hier schnell hinzufügen –, die Menschen kaputtmachen, denken Sie nur an schnell wachsende Krebsformen oder an schlimme Unfälle, wo es nichts wahrzunehmen und schon gar nichts zu lernen gibt. Aber dem steht das andere Extrem der Apathie gegenüber, von dem D.Sölle gesagt hat: „Das Ideal des leidfreien Lebens, die Illusion der Schmerzlosigkeit zerstört Menschen bis in ihre Wahrnehmungsorgane hinein“¹⁸ – so daß H.E. Richter in unserer westlichen Gesellschaft schon die Krankheit, nicht leiden zu können, diagnostiziert hat.¹⁹

Das Kreuz Jesu Christi, sein Leiden und Sterben, sind im christlichen Glauben die zentralen Symbole, die für unseren Zusammenhang deutlich machen, daß Leiden und Sterben nicht nur Scheitern und Ende bedeuten, nicht nur Erfahrungen sind, denen man um jeden Preis aus dem Weg gehen sollte, sondern daß sie auch einen neuen Anfang, eine neue Sicht des Lebens beinhalten können.

Ich glaube, daß es vor diesem Hintergrund eine ganz wichtige Funktion der Seelsorge ist, diese Sicht von Gesundheit und Krankheit im Krankenhaus immer wieder zu artikulieren: im Gespräch mit einzelnen Patienten oder Patientengruppen, in der Zusammenarbeit mit pflegerischem und ärztlichem Personal, in der Fortbildung oder in Ethikkommissionen.

Das könnte konkret heißen, immer wieder auch die Werte und Ziele zu betonen und ins Gespräch zu bringen, die im Krankenhaus zunächst nicht im Vordergrund stehen:

- was es besagt, Patienten zu begleiten, d.h. einmal nichts zu tun, sondern einfach bei ihnen zu sein, da zu sein, still zu sein, zuzuhören;
- welche Bedeutung es hat, einem Menschen auch körperlich nahe zu sein, seine Hand zu halten, über die Stirn zu streichen, segnend die Hand aufzulegen;
- wie wichtig es ist, hinter der Erkrankung eines Organs den Menschen mit seiner ganzen Biographie, d.h. auch mit seiner sozialen Einbindung (Familie, Stadtteil, Arbeitsplatz etc) zu sehen;
- auch das Stichwort „Grenzen“ ins Gespräch zu bringen: Die Grenzen ärztlichen Handelns und die Grenzen dessen, was jemandem zuzumuten ist;
- daran zu erinnern, daß Menschen trauern und Abschied nehmen müssen: Abschied von einer Lebensphase, von einem bestimmten Stand ihrer Gesundheit, von anderen Menschen, schließlich vom eigenen Leben;
- nicht zu vergessen, daß Menschen weinen, klagen, ja schreien müssen, um sich mit dem, was da auf sie zukommt, nicht nur abfinden zu können, sondern es als ihren Weg anzunehmen.

3. Zum Selbstverständnis der Seelsorge im Krankenhaus

Welche Konsequenzen ergeben sich aus dieser so beschriebenen Situation für die berufliche Identität der SeelsorgerInnen im Krankenhaus?

Ich habe versucht, eine Spannung zu markieren, u.zw. dergestalt, daß Seelsorge vom naturwissenschaftlich-technischen Denkansatz der Medizin und des Krankenhauses her gesehen überflüssig ist, daß sie andererseits von den anthropologischen Bedürfnissen und Gegebenheiten der Menschen im Krankenhaus her gesehen wichtig und notwendig ist.

In dieser Spannung eine Identität zu finden, kann m.E. nur gelingen, wenn man die Notwendigkeit einer *doppelten Loyalität*, nämlich sowohl gegenüber der Kirche als auch gegenüber dem Krankenhaus, anerkennt. Die Kirche ist in der Regel der Anstellungsträger, sie gibt den Auftrag zur Seelsorge. Das Krankenhaus ist der Ort, an dem diese Seelsorge stattfindet; und dieser Ort mit seinen besonderen strukturellen Vorgaben - das habe ich in den beiden ersten Abschnitten zu zeigen versucht - verändert den ursprünglichen Auftrag in erheblichem Maß und bestimmt auch die Zielsetzung mit. Die Zielsetzung der Seelsorge im Krankenhaus kann m.E. nicht nur aus dem christlichen Auftrag erwachsen, sie muß sich auch aus der genauen Kenntnis der Struktur des Krankenhauses ableiten. Und nur wer gegenüber beiden Auftraggebern loyal ist, kann den Menschen in dieser Institution gerecht werden.

Nun kommt aber noch erschwerend hinzu, daß die doppelte Loyalität der KrankenhausseelsorgerInnen beide Male in sich gebrochen oder distanziert ist: Dem Krankenhaus gegenüber sind sie kritisch, eben nicht nur, weil die Kirche der Anstellungsträger ist, sondern vor allem, weil sie eine andere anthropologische Perspektive und damit andere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit mitbringen, wie ich das vorhin zu zeigen versuchte. Und der Kirche gegenüber sind sie häufig distanziert, weil sie im Krankenhaus das Ausmaß der Säkularisierung unserer Gesellschaft noch viel konzentrierter und geballter erleben als viele Gemeindepastoren und sich deshalb nicht mehr so leicht mit den traditionellen volkscirchlichen Angeboten identifizieren können.

Diese doppelte distanzierte Loyalität macht die Identität der SeelsorgerInnen im Krankenhaus so schwierig und anspruchsvoll, gleichzeitig voller Chancen und Möglichkeiten. Sie erfordert immer wieder einen *Balanceakt*, ein dauerndes Auspendeln der verschiedenen Ansprüche und Erwartungen:

- Mitarbeiter im Krankenhaus – Vertreter der Kirche;
- Teil des therapeutischen Teams – Anwalt der Patienten;
- dazugehören – sich abgrenzen;
- sich engagieren – für nichts zuständig sein;
- wichtig sein – sich überflüssig fühlen;
- den ganzen Menschen begleiten wollen – auf die religiöse Dimension reduziert werden etc.

Es scheint mir wichtig, daß KrankenhauseelsorgerInnen versuchen, diese verschiedenen Spannungen, diesen Status des „Zwischen“ auszuhalten und sich nicht vorschnell auf eine Seite zu schlagen. Das ist eine schwere und anspruchsvolle Aufgabe. Sie enthält jedoch die Chance, daß es – wenigstens punktuell – zu einem Gespräch zwischen naturwissenschaftlicher Medizin und christlichem Glauben kommt – während Seelsorger da, wo sie die Spannung einseitig auflösen, entweder zu religiösen Spezialisten werden (und damit den vielen Spezialisten im Krankenhaus eine weitere Gattung hinzufügen) oder in den therapeutischen Diensten aufgehen.

Diese verschiedenen Spannungen auszuhalten und auszubalancieren - das ist meine Idealvorstellung von Krankenhauseelsorge - kann aber nur gelingen, wenn jemand das nicht als Einzelkämpfer machen muß, sondern, wie D. Stollberg das einmal genannt hat, eine *dritte Gruppe* als Basis hat: eine dritte Gruppe jenseits der Spannung von Patient vs. Mitarbeiter, von Krankenhaus vs. Kirche²⁰, eine Gruppe von Berufskollegen und -kolleginnen, in der jemand Unterstützung, die Möglichkeit zum Austausch und zur Bearbeitung von Problemen, also kritische Solidarität finden kann. Ich halte eine solche Basis für unverzichtbar und nicht für einen schönen, aber letztlich doch entbehrlichen Luxus.

Das sage ich mit Blick auf die vielen Einzelkämpfer unter den Krankenhauseelsorgern, um ihnen Mut zu machen, nach einer solchen „dritten Gruppe“ zu suchen. Und ich möchte es den Vertretern der Anstellungsträger sagen, die häufig nicht sehen, welche Bedeutung einer solchen Begleitung zukommt.

Ich glaube, daß in einer solchen dritten Gruppe auch viel von dem geschieht, was man traditionellerweise „Seelsorge an Seelsorgern“ nennt. Wer für andere SeelsorgerIn ist und sein will, wer andere begleitet in so kritischen Situationen wie in Krankheit und Sterben, sollte immer wieder – und nicht nur zu Beginn seiner Tätigkeit – in die Rolle des Ratsuchenden, des Hilfsbedürftigen kommen. Drei Aspekte sind mir dabei abschließend wichtig:

- Es besteht immer die Gefahr, daß sich bestimmte Verhaltensmuster sowohl im Blick auf die Beziehungen zu Ratsuchenden als auch im Blick auf den Umgang mit der Institution Krankenhaus einschleifen:

Eine Pastorin, die seit 5 Jahren als Krankenhausseelsorgerin gearbeitet hatte, stellte in einem Seelsorgekurs überrascht und erschreckt fest, daß ihre Gesprächsprotokolle immer mit demselben Satz begannen: „Ich bin Frau H, ich komme im Auftrag der Kirche. Ist es Ihnen recht, wenn ich Sie besuche?“ Im Gespräch darüber wurde ihr erst klar, daß sie bei jedem Besuch ganz stereotyp diesen Satz sagte – aus Angst und Unsicherheit in der Anfangssituation.

Solche eingeschliffenen Verhaltensmuster stehen einer offenen und differenzierten Wahrnehmung des Patienten und der Situation im Wege. Seelsorge oder Supervision kann helfen, solche Verfestigungen aufzulösen und abzubauen.

- Es besteht immer die Gefahr, daß eine(r) in langjähriger seelsorgerlicher Arbeit psychisch und spirituell ausbrennt, leer wird und nur noch oder kaum noch funktioniert.

Pfr. G. sucht einen älteren Kollegen in einem Nachbarkrankenhaus auf und vereinbart einige Gespräche mit ihm. Pfr. G. fällt seit einiger Zeit die Arbeit furchtbar schwer, es kostet ihn große Überwindung, auf eine Station zu gehen und Besuche zu machen. Er träumt von der Klinik, schon auf dem Weg morgens dorthin fühlt er sich angespannt und deprimiert, er sieht nicht, wie das weitergehen kann.

Seelsorge oder Supervision haben da die Funktion, Schwierigkeiten anzusprechen, ihre Ursachen zu verstehen, Erfahrungen von Solidarität zu vermitteln und auf diese Weise Identität und Glauben neu anzuregen, zu stärken und lebendig zu halten.

- Es besteht immer die Gefahr, daß einen eigene ungelöste Lebens- und Glaubensprobleme daran hindern, den anderen ein aufmerksamer und einfühlsamer Begleiter und Begegner zu sein. Eine junge Frau, die nebenamtlich in der Kinderseelsorge arbeitet, hat selber ein Kind bekommen. Plötzlich merkt sie, wie sie bei Besuchen bei kranken Kindern nicht mehr richtig zuhören kann, weil sie an ihr eigenes Kind denkt: Sie entwickelt Ängste, ihr Kind könnte auch krank werden und sie macht Gott Vorwürfe, daß manche Kinder so schlimm dran sind. Sie erlebt in der Supervisionsgruppe, wie gut es ihr tut, von diesen Problemen zu erzählen, auch wie legitim es ist, solche Ängste und auch Zorn gegenüber Gott zu haben. Und sie kommt dann an den Punkt, mit den anderen zu überlegen, daß sie in dieser Lebensphase, als junge Mutter, tatsächlich als Seelsorgerin im Kinderkrankenhaus nicht an der richtigen Stelle ist und sich nach einer anderen Arbeit umsehen sollte.

Da hat Seelsorge oder Supervision die Aufgabe, bei der Bearbeitung solcher Lebens- und Glaubensprobleme zu helfen und durch diesen Prozeß das Gespür dafür wach zu halten, wie schwer es ist, als professioneller Helfer selber Hilfe zu brauchen und wie notwendig es ist, sie in Anspruch zu nehmen.

Zum Schluß eine kurze chassidische Geschichte: „Rabbi Jizchak sprach: Die Losung des Lebens ist ‚Gib und nimm‘. Jeder Mensch soll ein Spender und ein Empfänger sein. Wer nicht beides in einem ist, der ist ein unfruchtbarer Baum.“²¹

Im Sinn dieser Geschichte ist es harte Arbeit, eine Identität als SeelsorgerIn im Krankenhaus zu finden – und gleichzeitig ist und bleibt eine solche Identität ein unverdientes Geschenk, das die einen bekommen und das den anderen versagt bleibt.

Anmerkungen

- 1 Vortrag vor der Fachtagung „Seelsorge“ des Bistums Aachen am 12.2.1992 in Mönchengladbach.
- 2 Zum folgenden vgl. M. Klessmann, Seelsorge im Krankenhaus: überflüssig – wichtig – ärgerlich!, in: Wege zum Menschen 42(1990), 421ff.
- 3 Vgl. J.J. Rohde, Soziologie des Krankenhauses, Düsseldorf 1974, 88.
- 4 Vgl. Engelhardt/Wirth/Kindermann, Kranke im Krankenhaus, Stuttgart 1973, 208. Darin das Zitat eines Mediziners aus der Zeit um die Jahrhundertwende: „Die Medizin wird eine Naturwissenschaft sein oder sie wird nicht sein.“

- 5 Vgl. J. Siegrist, Arbeit und Interaktion im Krankenhaus, Stuttgart 1978, 4ff.
- 6 Vgl. dazu R. Gestrich, Am Krankenbett. Seelsorge in der Klinik, Stuttgart 1987, 152ff.
- 7 Vgl. dazu J. Mayer-Scheu, Seelsorge im Krankenhaus, 1977, 57: „Er ist zunächst ein Mitarbeiter ohne sichtbares Instrumentarium und steht mitunter recht wehr- und hilflos vor dem Patienten, an (!) dem er ja ‚nichts zu messen, zu fühlen, zu injizieren, zu reiben, zu stechen, zu reißen, zu füttern, zu klopfen, kurzum nichts zu hantieren hat.“
- 8 Vgl. M. Klessmann, Aggression in der Seelsorge, in: Wege zum Menschen 38 (1986), 410ff.
- 9 Ein Krankenhauseelsorger erzählte mir, wie er sich einen genauen Wochenplan aufzeichnete, aus dem hervorging, auf welchen Stationen er zu welchen Zeiten Besuche machte und wie er diesen Plan bei verschiedenen Teamzusammenkünften vorlegte und erklärte und wie er seither auf viel mehr Verständnis stößt und längst nicht mehr so häufig den kränkenden Satz „Sieht man Sie auch mal wieder!“ hört.
- 10 Vgl. K.E. Rothschuh, Der Krankheitsbegriff, in: Ders.(Hg.), Was ist Krankheit?, Darmstadt 1975, 397ff.
- 11 Vgl. A. Grözinger, Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte, in: Wege zum Menschen 38 (1986), 178ff.
- 12 Zitiert bei W.E. Büntig, Krankheit als Chance, in: P.M. Pflüger, Die Suche nach Sinn heute, Olten-Freiburg 1990, 165.
- 13 ebd. 175.
- 14 Zitiert bei H.U. Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt 1987, 182f. Die WHO-Definition findet sich bei F.Teegen, Ganzheitliche Gesundheit, Hamburg 1987, 38.
- 15 MMG 11(1986), 171f.
- 16 KD III/4, 406.
- 17 Zitiert bei M. Nüchtern, Die Lebenskrise Krankheit im Spiegel biblischer Erfahrungen, Konstanz 1989, 66f.
- 18 D. Sölle, Leiden, Stuttgart 1973, 10.
- 19 H.E. Richter, Der Gotteskomplex, Reinbek b. Hamburg 1979, 127ff.
- 20 D. Stollberg, Wenn Gott menschlicher wäre..., Stuttgart 1978, 53.
- 21 M. Buber, Die Erzählungen der Chassidim, Zürich 1949, 709.