

JANUSZ SURŻYKIEWICZ
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Philosophisch-Pädagogische Fakultät

Krankensalbung ein Zeichen der Zuwendung und Heilzusage: vorläufige Ergebnisse einer Studie

Die Heilsbotschaft und das Handeln Jesu selbst im Umgang mit kranken Menschen und ihrer sozialen Umwelt fundieren den seelsorgerischen Auftrag der Kirche und des ganzen Christentums. Eine ganz besondere Rolle, sowohl in der theologischen Reflexion über die heilende Dimension des Glaubens, als auch in der Bedeutung der pastoralen Praxis der Krankenseelsorge, kommt dabei der Spendung der sogenannten „stärkenden Sakramente“, die sich vor allem im Versöhnungssakrament und der Eucharistie und ganz besonders in der Krankensalbung klar im Leben des Menschen an Wendemomenten bzw. Grenzen seiner kritischen Grunderfahrungen platzieren: zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischen Leben und Tod. Gerade die rituelle Einbettung von Krankheit und Abschied ist es nämlich, die sowohl dem Betroffenen als auch seinen Angehörigen einen möglichen Weg eröffnet, die ungewohnte, krisenhafte Situation im Glauben betrachten und bewältigen zu können.

Die Liturgie des Krankensakraments verbindet die horizontale Dimension eines Zeichens – die heilende Berührung mit Öl und menschlicher Nähe – mit dem heilsspendenden Wirken Jesu als vertikale Bindung an Gott. Im sakramentalen Geschehen wird der Erkrankte ganzheitlich sowohl anthropologisch als auch theologisch angesprochen, indem er psychophysisch und sozial aufgerichtet wird und auch eine ganzheitliche spirituelle Heilung erfährt. Im terminalen Erkrankungszustand wird dies durch die Zusage ergänzt, dass der Kranke, selbst in seinem letzten Schritt des Lebens, auf Gottes Nähe zählen darf (Grillo, Saporì 2005; Prétot 2006; Ziegenaus 2006; Böntert 2008; Kröger 2009; Bärsch 2012).

Gerade in einer Zeit, in der eine gewisse Affinität für Rituale im Krankheitsfall wie auch im alltäglichen Leben zu verzeichnen ist, sollte dieses Potential der Krankensalbung eigentlich eine außergewöhnliche Positionierung und Wertschätzung in der Wahrnehmung und dem Wunschempfang der Gläubigen sichern. Doch scheint dies im Alltagsgeschehen nicht der Regelfall zu sein, wie es Beobachtungen der Seelsorge, Meinungsumfragen unter Beschäftigten im Gesundheitswesen wie auch Äußerungen der Gläubigen selbst zu belegen vermögen. Leider fehlt es hier an empirischen Studien und Erhebungsdaten, um diesbezüglich gesicherte Aussagen treffen zu können, wenngleich das Interesse für alternative Rituale und symbolhafte Heilmethoden in den letzten Jahren stark gestiegen ist und auch in der Medizin und Psychotherapie zu einer Neuentdeckung des Religiösen und Spirituellen geführt hat (Wacker 2009; Windisch 2010; Nocke 2011; Mateja 2016; Kopp 2019).

Ausgehend von der bereits angesprochenen Diskrepanz zwischen theologischer Bedeutung und nur geringer Nachfrage schließt sich eine eigene empirische Studie zur Untersuchung der Wahrnehmungen von Gläubigen bezüglich Krankheit und Krankensalbung an.

Theologie und Seelsorgeverständnis bei der Spendung der Krankensalbung

Lebensbedrohliche Krankheitserfahrungen zwingen den Betroffenen und seine soziale Umwelt dazu, über Bedeutung und Sinn der Erkrankung nachzudenken und sich mit dem Wesentlichen des eigenen Lebens und Sterbens auseinanderzusetzen. So wird Krankheit nicht nur zu einer existenziellen, sondern auch zu einer religiösen und spirituellen Herausforderung, auch wenn die theologische Bedeutung und Gottesfrage nicht immer explizit thematisiert wird (Koenig 2018; Pargament et al. 2013; Puchalski 2012; Büssing et al. 2012; Jeserich 2011).

Eine ganz besondere Berechtigung erfährt dieses Anliegen angesichts der gerade in jüngster Zeit zu beobachtenden Annäherung zwischen medizinischen und theologischen Zugangsweisen zum Verständnis menschlicher Gesundheit und Krankheit (O'Brien 2013; Puchalski 2013; Lucchetti, Lucchetti 2014).

Diesen Trends folgend wird sowohl von Medizinern als auch Theologen immer öfter eine komplementäre Sichtweise begrüßt. „Heil“ und „Heilung“ werden dabei nicht nur als Gesundheit bzw. Abwesenheit von Krankheitssymptomen verstanden, sondern vielmehr in einem ganzheitlichen Verständnis betrachtet, das sowohl individuelle und soziale, als auch transzendente Aspekte umfassen kann. Daher wird zunehmend an eine ganzheitliche Patientenversorgung angedacht, die auch die besondere Bedeutung von Spiritualität und

Religiosität für die Krankheitsbewältigung und Sinnfindung in der Begleitung der Patienten ernsthaft berücksichtigt (Schneider-Harpprecht, Allwinn 2010; Puchalski 2013; Pargament et al. 2013; Koenig, Al Shohaib 2014). Diesem Trend folgend wurden seit 90-er Jahre in verschiedenen Ländern in Medizin- und Therapieausbildung entsprechende Programme eingerichtet, die sich mit der Erfassung und Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse, vor allem von Palliativpatienten, wie auch anderer schwer erkrankter Menschen beschäftigt (Narayanasamy 1993; Emblen, Halstead 1993; Jim et al. 2015; Büssing, Pilchowska, Surzykiewicz, J. 2015).

Auch auf kirchlicher Seite wird der Umgang mit Krankheit und Gesundheit als wichtiger Bestandteil einer interdisziplinär geführten Pastoral geschätzt und in neuen Ansätzen zur diakonischen Seelsorge bzw. Sozialpastoral entsprechend priorisiert. So etwa begründet die Krankenhausfürsorge die partnerschaftlich geführte spirituelle Betreuung der Patienten wie auch die spirituelle Begleitung des Personals (Puchalski 2013; Fischer 2010; Guinan, Zabiega, Zainer 2010; Roser 2009; Groen 2005; Grillo 2005). Darüber hinaus wurden in jüngster Zeit neue pastoral-theologische Studiengänge und Hochschulprofile, wie z.B. die Hochschule für Sozialarbeit, Gesundheit und Pflege usw.

Im Alltagsverständnis der Kirche jedoch ist gerade die sakramentale Krankensalbung eine grundlegende, wenn nicht sogar, theologisch betrachtet, die wichtigste Form eines ganzheitlichen Zuspruchs am Krankenbett, die die Kirche und die Gläubigen im Auftrag Jesu praktizieren. So lesen wir in der Instruktion über die Gebete um Heilung durch Gott (2000): „Das Gebet der Gläubigen, die um die eigene Heilung oder die Heilung anderer bitten, ist lobenswert. Auch die Kirche bittet den Herrn in der Liturgie um die Gesundheit der Kranken. Sie hat vor allem ein Sakrament, das ganz besonders dazu bestimmt ist, die durch Krankheit Geprüften zu stärken: die Krankensalbung“ (Kongregation für die Glaubenslehre, 2000, S.9). Auch im Katholischen Katechismus werden die Sakramente der Krankensalbung und der Buße als „Sakramente der Heilung“ hervorgehoben (Kath. KK, N. 1421). So glaubt die Kirche in der sakramentalen Handlung mit dem kranken Christen, dass dieser nicht allein durch seine Überzeugung im Kampf gegen sein Leiden gestärkt, sondern vor allem auch von Gott und der Gemeinschaft der Gläubigen getragen wird. Dadurch ist die Krankensalbung mehr als ein reiner sinn- und hoffnungsstiftender Ritus. Das Sakrament findet sein Ziel in der „gesamtmenschlichen Stärkung der Hoffnung, die dem Gläubigen in der sakramentalen Begegnung mit Christus, der in seiner Kirche wirkt, geschenkt wird (Martimort 1988; Casel 1986; Kleinheyer 1989; Leijssen 1995; Gerhards 2000; Błaszczuk 2016).

Dieses Verständnis der Krankensalbung ist jedoch mit Blick auf seine Geschichte kein selbstverständliches. Aus historischer Perspektive betrachtet durchlief die Krankensalbung nämlich mehrmalige grundsätzliche Bedeu-

tungswandel von einem Stärkungssakrament zum Sterbesakrament bis hin zu einem „therapeutischen Sakrament“. Diese Wandlungsprozesse sind bis heute aktiv, sowohl in Bezug auf die Bedeutung des Sakraments, als auch auf seine Feier (Alois 1987; Martimort 1988; Kaczynski 1992; Bärsch 2012). Dieser sakramentale Zuspruch vermittelt dem Kranken die Zusage der Nähe Gottes, die ihn in die Gemeinschaft einbindet und es ihm so ermöglicht, seine Beziehung zu Gott und ganze Umwelt neu zu ordnen. So begründet sich auch die heilende Wirkung des Sakraments, die jedoch nicht notwendigerweise als physische bzw. psychoemotionale Genesung, sondern mitunter auch als mitleidendes Erlösen von religiösen und spirituellen Nöten zu verstehen ist (Böntert 2008; Müller 2006; Larson-Miller 2005; Greshake 1997; Leijssen 1995; Kaczynski 1992; Traets 1990).

Basierend auf diesen Grundlagen lassen sich in der Deutung des Sakraments zwei grundlegende Auffassungen unterscheiden: eine heilende Dimension und eine, die auf dem letzten Weg Begleitung, Nähe und Beistand vermittelt. Wenngleich eine gleichgewichtige Betrachtung beider Optionen von grundlegender Bedeutung und Notwendigkeit für das Verständnis der Krankenheilung wäre (Power 1991; Leijssen 1995; De-Poortere 1998; Schulz 2001; Kröger 2009; Peters 2012), sind Diskussionen um das rechte Verhältnis beider Dimensionen bis heute nicht beigelegt (Gerhards 2000; Fuchs 2002; Donovan 2004; Revel 2009; Mette 2010; Bärsch 2012; Kumor 2016).

Eingebunden in die scholastische Tradition wird in der traditionellen Auslegung vor allem der Aspekt der Versehung akzentuiert (Kaczynski 1992). Von Amtswegen ist die Sakramentspendung eher bei ernsthafteren Erkrankungsfällen angezeigt. So etwa wären nach Auffassung der offiziellen kirchlichen Meinung die allgemeine Gebrechlichkeit des Alters oder eine nur bedingt schwerwiegende Erkrankung noch kein Grund, die Spendung der Krankensalbung vorzunehmen. Nach dieser Auffassung lässt sich ein gläubiger Christ das Sakrament nur, weil er punktuell erkrankt ist, sicherlich nicht spenden.

Während im vorkonziliaren Verständnis dabei eine eher formgerechte Betrachtung der Heilskraft des Sakraments, symbolisiert im Interaktionsprozess zwischen der Kirche (bzw. dem Priester) und dem erkrankten Menschen, betont wurde, rückte mit der Liturgiereform eine deutlich akzentuierte, vor allem eine existenziell-personale Dimension des Sakraments in den Vordergrund: sakramentale Begegnung mit Christus als Zeichen der Stärkung. Im Krankensalbung ist es Jesus selbst, der den Kranken Heilung schenkt. Dieses Heilsgeschehen ist eingebettet in die Lebensrhythmen der Menschen. Darin begründet sich auch die soteriologisch-eschatologische Dimension des Sakraments (Greshake 1980; Richter 1993; Kranemann 1992; Leijssen 1995; Rouillard 2000; Müller 2002; Grillo 2005). Diese Ausrichtung, vor allem der eschatologische Aspekt, wirkt heutzutage, infolge der immer stärkeren Tabuisierung des

Sterbens und des Todes in unserer Gesellschaft, in einer gewissen Form provozierend. Dies gilt für junge wie für alte Menschen, für Kranke und ihre Angehörigen, aber auch für die kirchlichen Seelsorgemitarbeiter und das Personal in Krankenhäusern und Heimen. Andererseits jedoch ist auch eine zu restriktive Sakramentspendung kritisch zu betrachten. In diesem Fall nämlich werden beispielsweise chronisch kranke Schmerzpatienten daran gehindert, die Wirklichkeit des lebendigen Gottes zu erfahren, der ihnen das persönliche Angebot der Vergebung und der Liebe macht und auf ihre persönliche Antwort wartet (Mick 2007; Drumm 2002; Kaczynski 1980; Greshake 1980; Moiola 1978).

Die zweite Form der Auslegung, deren Wiederentdeckung vor allem liturgiewissenschaftlichen und theologiehistorischen Forschungsarbeiten zu verdanken ist, fokussiert in erster Linie den heilwirkenden, „therapeutischen Charakter“ des Sakraments. Infolge dieser Reflexionen beschloss auch das Zweite Vatikanische Konzil (1962-1965), die Praxis der „letzten Ölung“ zu reformieren und durch eine Umbenennung des Sakraments in „Krankensalbung“ (*unctio infirmorum*) die therapeutisch-heilende Dimension des Sakraments verstärkt in den Vordergrund zu rücken (SC 73-75). Dies hatte auch bedeutsame Auswirkungen auf die Gebrauchspraxis des Sakraments, das fortan nicht mehr nur Sterbenden vorbehalten ist. So sollte es vermehrt auch Kranken und Senioren gespendet werden, die in bedrohlichere Lebenssituationen geraten (Kaczynski 1992; Jorissen, Meyer 1974; Knauber 1978; Kohlschein 1989; Lustiger 2001; Błaszczuk 2016; Sobeczko 2016).

In der ekklesiologischen Konstitution *Lumen Gentium* ist zu lesen: „Durch die heilige Krankensalbung und das Gebet der Priester empfiehlt die ganze Kirche die Kranken dem leidenden und verherrlichten Herrn, dass er sie aufrichte und rette (vgl. Jak 5, 14-16), ja sie ermahnt sie, sich bewußt dem Leiden und dem Tode Christi zu vereinigen und so zum Wohle des Gottesvolkes beizutragen“ (LG 11). Mit den Worten „aufrichten“ und „retten“ knüpft das Konzil an den biblischen Sprachgebrauch und spricht sich deutlich für den Heilscharakter des Sakraments in seiner „therapeutischen Funktion“ aus. Auch in der Liturgiekonstitution *Sacrosanctum Concilium* heißt es: „Die ‚letzte Ölung‘, die auch – und zwar besser – ‚Krankensalbung‘ genannt werden kann, ist nicht nur das Sakrament derer, die sich in äußerster Lebensgefahr befinden. Daher ist der rechte Augenblick für ihren Empfang sicher schon gegeben, wenn der Gläubige beginnt, wegen Krankheit oder Altersschwäche in Lebensgefahr zu geraten... Die Zahl der Salbungen soll den Umständen angepasst werden; die Gebete, die zum Ritus der Krankensalbung gehören, sollen so revidiert werden, dass sie den verschiedenen Verhältnissen der das Sakrament empfangenden Kranken gerecht werden.“ (SC 73/75). Laut dem offiziellen römischen Formular *Ordo unctionis infirmorum* (1972) ist die Krankensalbung für jene Gläubigen bestimmt, die durch Krankheit und Alter geschwächt

sind, und soll vor allem dem Aufgerichtet-Werden im breiten Sinne des Wortes dienen. Die Krankensalbung kann auch mit Sterbenden gefeiert werden, wobei dann die Aspekte der Erleichterung, Milderung und Ruhe akzentuiert werden. Grundlegend jedoch möchte das Sakrament im „Bestehen“ der Krankheit unterstützen und jenen Menschen Hilfe schenken, die infolge ihrer unheilvollen Lebenssituation in ihren Möglichkeiten entscheidend behindert und beeinträchtigt sind. Ähnlich und sogar noch stärker findet die therapeutische Option des Sakraments in der liturgischen bzw. pastoral-theologischen Fachliteratur Ausdruck. Hier wird explizit eine Distanzierung von der restriktiven Praxis gefordert. Vielmehr solle das Krankensakrament in jeder ernsthaften Erkrankung gespendet werden, die eine ernsthafte Beeinträchtigung des gesamt menschlichen Befindens darstellt, und könne folglich auch mehrmals im Leben oder wiederholt innerhalb einer fortschreitenden Krankheit empfangen werden. Dieser theologische Paradigmenwechsel wird auch von Liturgiewissenschaftlern hervorgehoben, die sich gegen ein zu einseitiges Verständnis der Krankensalbung sowohl bezüglich einer rein soteriologisch-eschatologischen, als auch einer rein therapeutischen Auffassung aussprechen. Vielmehr betonen sie die Kernbedeutung des Sakraments als heilswirkende Nähe Gottes in allen Lebensbereichen des Kranken (Sobeczko 2016; Bärsch 2012; Böntert 2008; Revel 2009; Prétot 2006; Gerhards 2000, Kaczynski 1993; Mélia 1983). Dieses Verständnis zeigt sich auch in der ökumenischen Theologie und Praxis (Glawatzki 2007; Jordahn 2005; Zimmerling 2002; zu Lenzinghausen 1999).

In dieser Tradition wird auch die ekklesiologische Dimension der Krankensalbung als Verwirklichung der Funktion der Kirche als Grundsakrament hervorgehoben. Das Aufrichten, Stärken und Begleiten des Christen ist Ausdruck der Sorge Jesu in seiner Kirche um den Gläubigen. Die Krankensalbungsliturgie ist somit ein grundlegendes Zeugnis der christlichen Nächstenliebe und begründet daher im weiteren Sinne den diakonischen Sendungsauftrag der Kirche in der Welt (Greshake 1983; 1998; Borobio 1991; Grillo 2005; Groen 2005; Kranemann 2009; Mateja 2016).

Die Krankensalbung in der Alltagspraxis

Die Krankensalbung, ähnlich wie das Versöhnungssakrament wird im Alltagsleben von Katholiken immer seltener wahrgenommen. In gewisser Hinsicht könnte man beide Sakramente gar als vergessene Sakramente bezeichnen, wobei gerade die Krankensalbung das „stillste der sieben Sakramente“ zu sein scheint (Karrer 2009). Denn trotz der Freude über die nachkonziliare Erneuerung der Krankensalbung kam es in der pastoralen Praxis schnell zu einer großen Ernüchterung (Windisch 2010).

Die Einstellungen der Gläubigen zur Krankensalbung sind in der Praxis von verschiedenen Faktoren bedingt, die unter anderem auf Traditionen und Gewohnheiten sowie strukturbedingte Wahrnehmungen zurückzuführen sind. Dies gilt auch für die innerhalb der praktischen Theologie relativ unsichere theologische Auffassung zur Rolle der Krankensalbung im Krankheits- und Heilungsverständnis, die ebenso die Wahrnehmung des Sakraments durch die Gläubigen prägt, wie auch möglicherweise eine vernachlässigte Positionierung der Krankensalbung in der Seelsorgelandschaft selbst erkennen lässt. Nicht selten sehen sich Seelsorger mit dem Problem konfrontiert, dass Angehörige eines Erkrankten mit folgender Bitte vor sie treten: „Herr Pfarrer, bitte spenden Sie meiner Mutter die Krankensalbung – aber so, dass sie davon nichts merkt“. In diesem Phänomen wird deutlich, dass das Krankensakrament von Gläubigen zwar gewünscht, aber nicht verstanden, sondern vielmehr gefürchtet wird. So scheinen viele Christen auch heute noch dem tradierten Denkschema der Krankensalbung als Abschiedssakrament unterlegen zu sein, nach dem Motto: „Wenn der Priester kommt, dann geht es zu Ende...“

Hier wird ein nicht unbedeutendes theologisches und pastorales Dilemma deutlich: zwar wurde das Krankensakrament seit dem II. Vatikanischen Konzil von „letzter Ölung“ in „Krankensalbung“ umbenannt, doch scheinen die Gläubigen trotz Aufklärung und Katechese das neue Verständnis des Sakraments mehrheitlich nicht anzunehmen. So gilt auch heute noch, was schon während der postkonziliaren Reformzeit erkannt wurde: „Es gibt kein anderes Sakrament, das infolge einseitiger geschichtlicher Entwicklung in seiner Praxis so sehr in eine Sackgasse geraten ist wie die Krankensalbung. Daran hat auch die Umbenennung von ‚Letzte Ölung‘ in ‚Krankensalbung‘ immerhin schon im Katechismus von 1955 leider nichts geändert. Zu tief saß die alte Gewohnheit, den Priester erst zu rufen, wenn nichts mehr zu hoffen war.“ (Probst, Richter 1975, S. 5).

Die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben dazu geführt, dass sich in einem Großteil der Gemeinden die allgemeine Spendepraxis der Krankensalbung üblicherweise auf eine eher punktuelle Anwendung an der kritischen Grenzsituation zwischen Leben und Tod beläuft. Mitunter kann es jedoch auch bis hin zu einem inflationären Gebrauch kommen, etwa im Rahmen regulärer Sonntagsgottesdienste und liturgischer Sonderfeiern, in denen die Krankensalbung als Zeichen der Stärkung und des Vertrauens auf Gottes heilende Kraft für alle Gläubigen angeboten wird. Auch in der Seniorensorge werden mitunter Krankensalbungsgottesdienste gefeiert, ohne ersichtlich akuten, gesundheitlichen Handlungsbedarf. Derartige Praxisentwicklungen können zu einer Art Bedeutungs-inflation in der Wahrnehmung von Heilssinn und Heilspotenzial des Sakraments führen.

Letztlich jedoch tragen wohl beide Praxisauffassungen in einer nicht reflektierten Form – d.h. ein sowohl zu restriktiver Gebrauch, als auch ein zu diffuses Verständnis – latent dazu bei, dass das Sakrament der Krankensalbung

von den Gläubigen immer seltener wahrgenommen und erfragt wird bzw. mit anderen Ritualen verwischt oder möglicherweise sogar ersetzt wird. Diese negative Dynamik ist in einer ohnehin relativ seltenen pastoralen Anwendungspraxis ernst zu nehmen, spiegelt sie sich doch ebenso in einem deutlich sinkenden „Spendungsbedarf“ im Sinne einer nur mangelnden Nachfrage seitens der Gläubigen wider, wie auch umgekehrt in einem nur unzureichenden seelsorgerlichen Angebot seitens der Pastoral.

Diese Entwicklungen lassen sich jedoch nicht nur im Gemeindegeschehen beobachten. Auch in den Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge und Altenpflege lässt sich eine ähnlich problematische Entwicklung beobachten. Eine mögliche Ursache könnte die Tatsache darstellen, dass das Angebot der Krankensalbung in den Einrichtungen oftmals nicht aktiv im Sinne einer offenen Einladung unterstützt wird. Viele Kliniken informieren zwar durch Flyer über ihr seelsorgerisches Angebot, auch speziell über die Spendung der Krankensalbung. Doch liegt es nicht selten trotzdem im Eigenengagement der Patienten oder ihrer Angehörigen, den Spendungswunsch beim Pflegepersonal kundzutun. Früher hingegen war es in katholischen Krankenhäusern üblich, dass Patienten und ihre Angehörigen aktiv vom geistlichen Personal über die Krankensalbung aufgeklärt und zu einem Sakramentenempfang eingeladen wurden. Heute ist dies zu einer Seltenheit geworden, nicht zuletzt, um den Patienten bzw. die Angehörigen nicht zu beunruhigen.

Selbst im Idealfall jedoch, bei dem die Krankensalbung aktiv von Seiten Schwerkranker gewünscht wird, kann sie heutzutage strukturell nicht mehr garantiert werden. Dies gilt nicht nur für Pfarrgemeinden, sondern auch für die strukturell noch besser versorgten Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Selbst hier ist die Selbstverständlichkeit der Sakramentenspendung, insbesondere der Krankensalbung, oftmals nicht mehr übergreifend gesichert. Ein hierzu bedeutsamer Aspekt ist sicherlich, dass die Spendung der Krankensalbung kirchenrechtlich nur einem Priester vorbehalten ist (Canon 1003, §1), was angesichts des bestehenden Priestermangels den Zugang der Gläubigen zum Krankensakrament zusätzlich erschwert (Dufour 1989; Ziegenaus 1996; Kumor 2016). Hinzu kommen in westlichen Kirchen die gegenwärtigen Umstrukturierungsmaßnahmen von Pfarrgemeinden in Pfarrverbände bzw. Pfarreigemeinschaften (Karrer 2009). Dies betrifft auch die Krankenhausseelsorge, infolgedessen in Großstädten oftmals ökumenisch arbeitende Seelsorgeteams eingesetzt werden, die jedoch nur einen Krankensegen spenden dürfen.

Dieser Zustand weckt vor allem unter Theologen die berechnete Sorge, ob in diesem Falle neben den vielfältig bedingten Erschwernissen der Sakramentenspendung auch eine kircheninstitutionelle Gefährdung zu befürchten ist – und das, obwohl gerade die Sorge um Kranke zum Grundsendungsauftrag der Kirche gehört (Windisch 2010; Karrer 2009; Köster 2010).

Den Umfang der tatsächlichen Spendepraxis der Krankensalbung in den Gemeinden und Krankenhäusern einzuschätzen ist schwierig, fehlen doch systematisch erhobene, empirische Daten. Empirische Studienberichte sind eher selten und ermöglichen nur rudimentäre Einblicke in einen eher beunruhigenden Entwicklungstrend, auch in traditionell katholischen Länder, wie z.B. Polen (Wielebski 2007a; 2007b; 2015; Zdaniewicz 2014; Mateja 2016; Jamroch 2006) und Schottland (Carey, Cobb, Equeall 2005). Die schottische Studie zeigte, dass die Krankenhausseelsorger im Rahmen von insgesamt 13.502 Seelsorgekontakten das Sakrament der Krankensalbung nur 38mal gespendet und nur 153mal eine nichtsakramentale Salbung durchgeführt hatten. Anstelle dessen dominierten Handlungen der spirituellen Unterstützung (4740mal), Begrüßungsgespräche und Ersteinschätzungen (2013mal), die Verteilung der Heiligen Kommunion (1920mal) und Seelsorgebesuche mit Gebet (1283mal). Das Versöhnungssakrament wurde 5mal gespendet. Die im Rahmen dieser Studie herangezogenen Kontaktkategorien unterscheiden sich von der Kodierung für pastorale Interventionen (WHO-PI Codings) des international eingesetzten Evaluationsbogens der Weltgesundheitsorganisation zur Qualitätssicherung der Klinikseelsorge (WHO 2002). Nach den hier zugrunde gelegten Systematisierungskriterien würden die im Rahmen der schottischen Studie registrierten 13.502 Seelsorgekontakte wie folgt aufgeschlüsselt: „Seelsorgerische Betreuung 96187-00“ (35%), „Seelsorgerituale und liturgische Gebete 96109-00“ (35%), „Pastorale Einschätzung 96186-00“ (30%) und „Seelsorgerische Beratung und pastorale Bildung 96087-00“ (0%). In dieser Gegenüberstellung beider Kategorisierungssysteme konnte die schottische Studie die Notwendigkeit einer stärkeren Präzisierung der Kategoriensysteme zur Erfassung seelsorgerlicher Handlungen aufzeigen. So etwa wird das Sakrament der Krankensalbung als zentraler Handlungsschwerpunkt der Krankenseelsorge im Erhebungsinstrument der WHO nicht differenziert betrachtet. Vielmehr kommt es mit der Kategorie „Seelsorgerituale und liturgische Gebete“ zu einer Gleichsetzung und Verwischung der sakramentalen Seelsorge mit anderen Ritualen (z.B. Segnungen mit Weihwasser oder Öl), die nicht nur aus pastoraler Sicht, sondern auch im Bestreben nach empirisch gesicherten Daten als kritisch zu bewerten ist.

Auch in Deutschland gibt es Bestrebungen, spezifisch christliche Werte in das Qualitätsmanagement von Einrichtungen einzubeziehen. Dies gilt vor allem für konfessionell geführte Kliniken, die das Zertifikat proCumCert erwerben können¹, das neben zahlreicher anderer Qualitätskriterien auch Seel-

¹ <http://www.procumcert.de/>; die proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft mit Sitz in Frankfurt/Main wurde 1998 auf Initiative des Katholischen Krankenhausverbandes gemeinsam mit dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband, der Caritas, der Diakonie und der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH gegründet. Ihre Zielsetzung ist es, christliche Werte in das Qualitätsmanagement von Kliniken einzubeziehen und in ihrer Organisation zu verankern. Zu diesem Zweck

sorgeleistungen als relevante Kategorie berücksichtigt. Die jährlich von den proCumCert-zertifizierten Kliniken vorgelegten Qualitätsberichte beschreiben unter Punkt 7 „Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus“ (7.A pcc 7A) unter anderem die in der Klinik verfügbaren „Angebote in der Seelsorge“. Im Rahmen dieses Unterpunkts wäre auch die Spendung der Krankensalbung einzuordnen, die jedoch in der Mehrzahl der erstellten Qualitätsberichte nicht explizit als Seelsorgeleistung erfasst wurde. Diese fehlenden Angaben erheben die Frage, ob die Krankensalbung tatsächlich so selten gespendet wird, dass dieses als nicht erwähnenswert gilt, oder ob sich hierin vielmehr eine fehlende Wertschätzung der Sakramentenseelsorge und insbesondere der Krankensalbung ausdrückt. Studien aus den USA wie auch eine Replikationsstudie aus der Schweiz belegen in diesem Zusammenhang, dass Verantwortliche im Gesundheitswesen, die für die Sicherung der Qualitätskriterien Sorge tragen, dem Sakrament der Krankensalbung als Unterstützungsfaktor in der Krankheitsbewältigung eine eher niedrige Rolle zuschreiben. Zwar muss man diese Ergebnisse entsprechend ihrer jeweiligen soziokulturellen und ökonomischen Kontexte, die maßgeblich die Meinungen gesundheitsbezogener Berufsgruppen über die Rolle der Krankenhauseelsorge prägen, differenziert betrachten. Dennoch aber zeigen die Ergebnisse eindeutige Trends auf. So etwa wurden im Rahmen einer landesweiten Untersuchung in den USA 494 Verwaltungsdirektoren von Krankenhäusern um eine Einschätzung der seelsorglichen Aufgaben in ihren Einrichtungen gebeten (Flannelly et al. 2005). Dabei wiesen die Befragten der emotionalen Unterstützung der Patienten und ihren Angehörigen die höchste Wichtigkeit zu, während das liturgische Angebot am unwichtigsten eingeschätzt wurde. Ebenso wurde deutlich, dass seelsorgerliche Aufgaben umso höher eingeschätzt wurden, je religiöser die Befragten selbst waren. In einer zweiten nationalen Studie wurde die Wichtigkeit unterschiedlicher Rollen Aspekte der Krankenhauseelsorge durch die vier Berufsgruppen Pflege, Sozialarbeit, Mediziner sowie Krankenhauseelsorger beurteilt. Alle vier Gruppen schätzten die Sterbebegleitung, das Gebet sowie die emotionale Unterstützung in der Krankenhauseelsorge als „sehr wichtig“ ein, während Aufgaben wie die Vermittlung eines Gemeindekontakts, das Gottesdienst- oder Ritualangebot als weniger wichtig eingeschätzt wurden (Flannelly et al. 2006; Weinberger-

wurden dem KTQ-Manual mit derzeit 70 Kriterien 33 weitere Qualitätskriterien zugefügt, sodass das KTQ-Manual den vollumfänglichen Bestandteil des proCumCert-Qualitätshandbuches bildet. Um das pCC-KTQ®-Zertifikat zu erhalten, muss eine Klinik neben allen Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat zusätzlich auch die proCum Cert-Anforderungen nachweisen. Diese umfassen unter anderem auch die Position „Seelsorge im konfessionellen Krankenhaus“, die sich in folgende Kriterien unterteilt: „Integration der Seelsorge im Krankenhaus“, „Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge“, „Angebote der Seelsorge“, „Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden von Ort“. Bislang wurden rund 180 Krankenhäuser nach dem pCC-Verfahren inkl. KTQ zertifiziert. Diese Form der Zertifizierung wird auch von den Deutschen Bischöfen empfohlen.

Litman et al. 2010). Unter Zugrundelegung des Untersuchungsinstruments der Forschergruppe um Flannelly und Kollegen (2005, 2006), gingen Winter-Pfändler, Morgenthaler (2010) auch in der Schweiz der Frage nach, welche Bedeutung seelsorglichen Aufgaben von Pflegenden beigemessen wird. Dabei ergaben sich vergleichbare Trends. So wurde die Sterbe- und Trauerbegleitung von den Stationsleitungen als wichtigster Bereich der Seelsorge genannt. Traditionell religiös-spirituelle Handlungen hingegen wie Gottesdienstfeiern, Rituale oder Sakramentspendung, Gebete mit Patienten und Angehörigen wie auch die Kontaktpflege zur örtlichen Kirchengemeinde wurden sogar hinter der psychosozialen Aufgabe der emotionalen Begleitung und Unterstützung von Patienten angesichts von Lebens- und Krankheitssituationen eingestuft.

Die genannten Studien differenzierten zwar nicht zwischen parasakramentalen Ritualen und sakramentalen Handlungen, weisen nichtsdestotrotz aber auf deren prinzipielle Geringschätzung aus Sicht des Krankenhauspersonals hin, was somit auch das Sakrament der Krankensalbung betrifft. Gerade die befragten Berufsgruppen sind es jedoch, die für die Patientenbetreuung zuständig sind und somit einen wesentlichen Einfluss auf den strukturell bedingten Gebrauch des Sakraments haben. Zugleich weisen Forschungsergebnisse nachdrücklich auf die Bedeutung und Sinnhaftigkeit ritueller Handlungen, vor allem in der letzten Phase des Lebens, hin (van Leeuwen et al. 2007; Senders et al. 2012; Jeggler-Merz 2012; O'Brien 2013; Soffner 2015; Schroeter-Wittke 2018; Ruppert, Heindl 2019).

Möglicherweise sind diese Erkenntnisse Effekte eines Teufelskreises, indem die heute zumeist nur punktuelle Spendepraxis am Ende eines Lebens dem Krankenhauspersonal möglicherweise ein eher traditionelles Verständnis der Krankensalbung als „letzte Ölung“ vermittelt und die spirituelle, kraftspendende Wirkung eher in den Hintergrund drängt. So wird die Notwendigkeit deutlich, unter dem Krankenhauspersonal verstärkte Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit über Sinn und Heilspotential der Krankensalbung zu leisten und somit die Grundeinstellungen gegenüber der Krankensalbung zu verändern.

In dieser Problematik spiegeln sich möglicherweise auch Bedenken hinsichtlich einer vorschnellen Begeisterung für eine „billige“ Heilung im Kontext des allgemeinen Gesundheitskults wider, wie es etwa die in den letzten Jahren immer häufiger gefeierten Heilungs-, Segnungs- oder Salbungsgottesdienste wie auch der breitgefächerte religiös-spirituelle Publikationsmarkt vermuten ließen (Lutz 2005; Hilpert 2009; Poovathanikunnel 2012). Auch in der „Instruktion über die Gebete um Heilung durch Gott“ von der Kongregation für die Glaubenslehre (2000) werden diese Unsicherheiten thematisiert, indem hier das rechte Verhältnis von Heilungsgebeten bzw. -gottesdiensten und sakramentlichen Feiern behandelt wird. Hintergrund ist möglicherweise die

Befürchtung, dass die Tendenz zur Neuentdeckung von Heilungsritualen, die Kranke mit anderen oder sogar mit sich selbst durchführen können, zu einer Art „rituellen Selbsterlösung“ führen könnte.

Wer schweres Leid zu tragen hat und dieses bei vollem Bewusstsein aushalten muss, ist vielfach nicht zufrieden mit der „Ersatz-Transzendenz menschlicher Fürsorge“. Letztendlich wird vielmehr die Grenzerfahrung der persönlichen Hingabe und des Loslassens in Gottes Hand Maßstab für das Verständnis von Krankheit und Heilung sein. Hierin wird die Notwendigkeit einer theologischen Grundlagenforschung deutlich (Hoff, Klein, Volkenandt 2010; Frick, Haagen 2009).

Diese Problematik wird unter anderem auch von Rahner (1980) direkt thematisiert, indem er die Zeichen des Wirkens Gottes als „Ausbrüche ... der innersten, immer gegebenen Begnadetheit der Welt mit Gott selbst in die Geschichte hinein [...]“ versteht (S.230). In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, „[...] dass der Gottesdienst die ausdrückliche Feier der göttlichen Tiefe ihres Alltags ist, dass in ihm deutlich erscheint und darum entschiedener in Freiheit angenommen werden kann, was sich immer und überall im alltäglichen Vollzug des Lebens ereignet“ (S.236).

Unter dieser Prämisse besteht die Frage, wie eine neue Wertschätzung der sakramentalen Krankensalbung erreicht werden kann. Inwiefern dies tatsächlich durch eine Betonung der „Heilsnotwendigkeit“ bzw. des „Gebots“ realisiert werden kann, oder das Angebot der Krankensalbung nicht doch eher als schöne und hilfreiche Begegnung mit dem stärkenden und heilenden Gott gefeiert werden sollte, ist zu erwägen. So wird der Gläubige im konkreten Alltagsleben in seiner Mündigkeit des christlichen Lebens letztlich selbst entscheiden, ob er dieser freudigen und heilenden Botschaft der Krankensalbung folgen wird.

Zusammenfassend stellt sich die Frage, ob somit sowohl eine zu einseitige und starke Betonung der soteriologisch-eschatologischen Dimension des Krankensakraments bei gleichzeitiger Vernachlässigung seiner therapeutisch-heilenden Perspektive, als auch die strukturbedingten Entwicklungen, und hier insbesondere die unzureichende Personalsituation, letztlich dazu beitragen, dass die Anwendung der Krankensalbung in den Gemeinden und Krankenhäusern auch auf systemischer Seite unterbunden bzw. nicht gefördert wird (Windisch 2010).

Dies verwundert, gerade angesichts der kontinuierlich steigenden Nachfrage in der Gesellschaft an religiösen bzw. spirituellen Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung. Einhergehend mit dem gestiegenen individuellen Bedarf der Gläubigen erfahren Religiosität und Spiritualität etwa auch in der medizinischen Praxis eine gestiegene Wertschätzung. Auch werden spirituelle und religiöse Rituale und Praktiken häufig ausgeübt.

Die Popularität der Krankensalbung scheint von diesen Tendenzen jedoch unberührt. Diese Diskrepanz weckt zum einen die fundamentaltheologische und liturgische Frage nach der Effektivität der Vermittlung des allgemeinen Verständnisses der Heilungsrolle des Sakraments sowie zum anderen die Notwendigkeit, die pastorale Gebrauchspraxis des Sakraments in der Kirche in Bezug auf die ihr anvertrauten Gläubigen kritisch zu hinterfragen. Dabei ist auch offen, inwiefern die nur geringe Nachfrage des Krankensakraments ein unzureichendes Wissen der Gläubigen über das ganzheitliche Verständnis des Sakraments widerspiegelt, oder vielmehr ein Verkennen der zugleich auch therapeutisch wirkenden Heilsfunktion des Sakraments offenbart.

Hinzu kommt noch ein weiterer Aspekt: um die Krankensalbung als wohltuend und heilvoll schätzen zu können und annehmen zu wollen, muss man sie als solche zuerst kennengelernt und erfahren haben. Daher besteht die Frage, ob die liturgische Pastoral im Anlass und in der Art der Feier der Krankensalbung nicht selbst hinderlich dafür sein könnte, indem sie gerade die Menschen in ihrer Betroffenheit und ihrem Selbstverständnis nicht dort abzuholen vermag, wo sie sich gerade befinden. Müsste die Seelsorge im Rahmen der Spendepraxis der Krankensalbung Menschen nicht viel direkter in ihrer Befindlichkeit und ihren Lebensgeschichten, ihren Erfahrungen des Krankseins und des Todes begegnen? So könnte ihnen möglicherweise die stärkende, tröstende und heilende Liebe Gottes viel deutlicher und sogar auch über den Tod hinaus zugänglich gemacht werden.

Möglicherweise sehen wir uns folglich mit einer systemisch begründeten, ungünstigen Konstellation an negativen Bedingungsfaktoren konfrontiert, die nicht nur die individuelle Nachfrage nach der Sakramentenspendung ungünstig beeinflusst, sondern auch auf die Angebotspraxis der Seelsorge prägt. Und das gerade in einer Zeit, die Rituale insbesondere im Vernetzungsgefüge von Gesundheit und Krankheit als wichtige Einflussquelle erkannt hat. Angesichts dessen stellt sich die Frage, wie die Gläubigen selbst das Sakrament der Krankensalbung wahrnehmen, das gerade in Anbetracht von Krankheit und Leiden Stärkung und Heilung vermitteln und auch auf dem letzten Weg Zuspruch und Nähe schenken soll.

Ziel und Fragestellung der eigenen Untersuchung

Wenn auch die Frage um die therapeutisch und/ oder soteriologische-eschatologische Dimension des Krankensakraments Gegenstand einer offenen pastoral-theologischen Diskussion bleibt, wird heute in der praktischen Theologie vermehrt die Gesamtstärkung des Menschen betont (Nocke 2011; Bärsch 2012). Entsprechend wird dieses Verständnis der Krankensalbung auch im Re-

ligionsunterricht, der Gemeindekatechese und in themenspezifischen Verkündigungen vermittelt. Die hier explizierten Lern- und Verkündigungsziele sollten eine gewisse Vertrautheit der Gläubigen mit dem heutigen Verständnis der Krankensalbung ebenso umfassen, wie die Fähigkeit zu einer kritischen Reflexion und Abgrenzung von ihrer ursprünglichen Bedeutung als „letzte Ölung“ bzw. Sterbesakrament. Auch sollten die Gläubigen zwischen der besonderen Bedeutung der Krankensalbung als Sakrament und alternativen Heilsritualen (z.B. in sog. Erneuerungsbewegungen) unterscheiden können, infolge dessen ihre persönliche Motivation, das Sakrament zu erbitten, auf einer überzeugten und aufgeklärten Haltung gründen sollte.

In der Alltagspraxis jedoch scheinen diese Voraussetzungen bei den Gläubigen eher selten zuzutreffen. Wie aus den vorausgegangenen theoretischen Betrachtungen hervorging, sehen wir uns nicht nur mit einer ständig rückläufigen Spendepraxis der Krankensalbung konfrontiert. Vielmehr erscheint es auch so, als ob die Gläubigen weiterhin ein eher traditionelles Verständnis der Krankensalbung als Abschiedsakrament vertreten. Auch eine fehlende Wertschätzung der besonderen sakramentalen

Bedeutung könnte eine mögliche Ursache für die fehlende Nachfrage nach der Spendung der Krankensalbung seitens der Gläubigen sein. Dies geht etwa aus den wenigen empirischen Untersuchungen hervor, die sich zwar überwiegend an das Klinikpersonal richteten, jedoch auch die allgemeingesellschaftliche Haltung widerspiegeln könnten.

Angesichts dieser Vermutungen und dem gleichzeitigen Fehlen an empirischen Studien mit einer schwerpunktmäßigen Betrachtung der Krankensalbung setzte sich die vorliegende empirische Untersuchung zum Ziel, mögliche Ursachen und Hintergründe für die bestehende Diskrepanz zwischen den pastoraltheologischen Voraussetzungen zur Krankensalbung und den tatsächlichen Haltungen und Einstellungen der Gläubigen gegenüber dem Sakrament zu erheben.

Ziel der Untersuchung war es somit, einen ersten Zugang zur gesellschaftlichen Wahrnehmung und Wirklichkeit des Sakraments unter Gläubigen zu erarbeiten, relevante Erklärungsmechanismen aufzudecken sowie mögliche pastorale Implikationen abzuleiten. In diesem Zusammenhang wird in einem ersten Schritt der Frage nachgegangen, inwiefern die Befragten Glauben und Religiosität ein gesundheitsförderliches und heilendes Potential zuschreiben (*Hypothese 1*). Diese Grundhaltung gilt als Voraussetzung dafür, dass die Krankensalbung von den Befragungsteilnehmern überhaupt als Option erkannt wird. Auf dieser Prämisse aufbauend wird vermutet, dass die Vernetzung von Glaube und Heilung insbesondere im konkreten Krankheitsfall deutlich wird (*Hypothese 2*). Getragen vom Vertrauen auf Gott sollten im Falle von Krankheit nicht Verzweiflung, sondern vielmehr der Gedanke an Heilung aus

dem Glauben im Vordergrund stehen (*Teilhypothese 2.1*). Wenn auch das allgemeine Ausmaß an Verzweiflung im Glauben infolge der Erkrankung punktuell zuzunehmen vermag (*Teilhypothese 2.2*), sollte der Erkrankte, verankert in seinem Glauben, gerade in religiösen Praktiken verstärkt Heilung und Trost suchen (*Teilhypothese 2.3*). Diese Grundvoraussetzungen sollen nun auf die sakramentale Krankensalbung angewandt werden. In diesem Kontext wird angenommen, dass im Falle von Krankheit selbst im Glauben gefestigte Christen die theologische Gewichtung des Sakraments verkennen (*Hypothese 3*) und infolgedessen alternativen religiösen Praktiken deutlich häufiger folgen, als die Krankensalbung zu ersuchen (*Teilhypothese 3.1*). Diese Vernachlässigung des Sakramentes wird in erster Linie auf ihre negative Wahrnehmung im kirchlichen Alltagsverständnis als Abschiedssakrament zurückgeführt (*Teilhypothese 3.2*), demzufolge auch die subjektiv mit der Krankensalbung verbundenen Erwartungen und Zielsetzungen der Betroffenen auf eine eschatologische Dimension hin ausgerichtet sein sollten (*Teilhypothese 3.3*).

Methodische Grundlagen

Beschreibung der Stichprobe

Mit der Zielsetzung, eine möglichst große Stichprobe zu rekrutieren, wurde die Fragebogenuntersuchung in verschiedenen Pfarrgemeinden im Großraum München, Ingolstadt, Eichstätt und Augsburg durchgeführt. Zusätzlich wurden auch Studierende der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt wie auch ein Gymnasium und eine Hauptschule in München in die Befragung einbezogen. Auf diese Weise wurden rund 1000 Fragebögen verteilt. Von diesen Fragebögen wurden 417 Bögen zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von etwa 42% entspricht. Insgesamt konnten 402 Fragebögen in die statistischen Auswertungen einbezogen werden.

Basierend auf der Annahme, dass selbst Gläubige und aktive Christen der Krankensalbung in eher kritischer Haltung gegenüberstehen, wurde bei der Rekrutierung explizit versucht, auch eine kirchlich sozialisierte Stichprobe einzubeziehen. Dieser Stichprobenausschnitt von 276 Personen soll mit Blick auf die gestellten Hypothesen nachfolgend genauer analysiert werden. Hierbei lassen sich zwei Befragungsgruppen differenzieren: So setzt sich dieser Stichprobenausschnitt zum einen aus *Gottesdienstbesuchern* zusammen (180 Personen, 65.2%), die über kein fundiertes theologisch-fachliches Wissen verfügen und infolgedessen als Laiengruppe bezeichnet werden kann. Zum anderen wurden ausgebildete Seelsorger (u.a. Pastoralreferenten, Religionspädagogen; 36 Personen, 13.1%) und Studierende der Religionspädagogik und Theologie (60 Personen, 21.7%) befragt. Diese zuletzt genannten Befragungsteilnehmer,

die eine theologische Profession ausüben bzw. eine theologische Ausbildung absolvieren, sind sowohl hinsichtlich ihres Wissens, als auch ihrer grundlegenden Glaubenshaltung als *Expertengruppe* zu betrachten. Insgesamt umfasst diese Gruppe 96 Personen (34.8%).

Ihrer kirchlichen Sozialisierung entsprechend, geben die 276 Befragungsteilnehmer auf einer fünfstufigen Likertskala (1: „überhaupt nicht“ bis 5: „voll und ganz“) im Mittel eine starke proreligiöse Grundhaltung an ($M = 4.27$; $SD = .58$). Dabei ergibt sich für die Expertengruppe eine mittlere Religiosität von $M = 4.51$ ($SD = .43$; $N = 96$). Auch in der Gruppe der Gottesdienstbesucher ist die Religiosität mit einem Mittelwert von $M = 4.13$ ($SD = .61$; $N = 180$) sehr hoch ausgeprägt, wenn auch dieser Wert verglichen mit der Expertengruppe signifikant niedriger ausfällt ($F(1, 258) = 28.90, p < .01$).

Die *Altersverteilung* sollte möglichst breit streuen, um auf diese Weise gezielt die Haltungen jüngerer und älterer Christen vergleichen zu können. Mit einem mittleren Alter von $M = 48.1$ Jahren und einer Standardabweichung von $SD = 20.7$ konnte dieser Vorsatz zufriedenstellend realisiert werden. So variiert das Alter der Teilnehmer zwischen 18 und 93 Jahren. Die *Geschlechterverteilung* der Gesamtstichprobe setzt sich aus 200 Frauen (72.5%) und 76 Männern (27.5%) zusammen.

Hinsichtlich des *Bildungsniveaus*, das durch eine Abfrage des höchsten erworbenen Schulabschlusses erhoben wurde, gaben 86 Personen (31.2%) ein abgeschlossenes Studium an. Ebenfalls 86 Personen (31.2%) haben das (Fach-)Abitur abgelegt. 60 Personen (21.7%) schlossen die Schule mit der Mittleren Reife ab, 42 Personen (15.2%) mit dem Qualifizierenden Abschluss. Zwei Befragungsteilnehmer enthielten sich der Angaben.

Untersuchungsinstrument

Zur empirischen Untersuchung der explizierten Forschungsfragen wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Mit Ausblick auf die zugrunde gelegten Hypothesen werden nachfolgend zwei thematische Abschnitte des Fragebogens näher aufgeschlüsselt, die für die Verfolgung der gestellten Forschungsfragen thematisch von Relevanz sind. Hierbei handelt es sich um fünf Skalen zum Thema Glaube, Gesundheit und Krankheit sowie um weitere drei Skalen zum Sakrament der Krankensalbung. Die Konstrukte wurden jeweils über Item-Listen unterschiedlicher Längen abgefragt und im Rahmen statistischer Analysen faktorenanalytisch zusammengefasst. Da bislang kaum empirische Untersuchungen zum Sakrament der Krankensalbung existieren, mussten die verwendeten Skalen durchwegs neu konzipiert werden. Die Bearbeitung sämtlicher Items erfolgte anhand einer fünfstufigen Likertskala mit den Polen

„überhaupt nicht“ (=1) bis „voll und ganz“ (=5), die in ihrer genauen Ausformulierung inhaltlich jeweils den einzelnen Fragestellungen angepasst wurde.

Mit dem Themenkomplex **Glaube, Gesundheit und Krankheit** wurde im Fragebogen die Zielsetzung verfolgt, Zusammenhänge zwischen Glaube und Religiosität einerseits und Gesundheitsförderung, Krankheitsbewältigung und Genesung andererseits aufdecken. Bezugnehmend auf die fünf Erhebungsskalen stellt Tabelle 1 die jeweils extrahierten Subskalen vor, die den faktorenanalytischen Untersuchungen entnommen wurden.

Tabelle 1

Extrahierte Faktorenlösungen der fünf Skalen zur Erfassung des Themenkomplexes *Glaube, Gesundheit und Krankheit*

Skala	Subskalen	Beispielitem	Itemzahl	Alpha-Cronbach
Typische Verhaltenspraktiken zur Gesundheitsförderung bzw. aktiven Krankheitsbewältigung	Religiöse Verhaltenspraktiken	<i>Ich nehme mir Zeit für religiöse Gedanken und Besinnung</i>	6	$\alpha = .86$
	Nicht-religiöse Verhaltenspraktiken	<i>Ich nehme kulturelle Angebote in Anspruch (Musik, Theater usw.)</i>	7	$\alpha = .63$
Wirksamkeit typischer Verhaltenspraktiken im Kontext Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung	Wirksamkeit religiöser Verhaltenspraktiken	<i>Gottesdienstbesuche</i>	7	$\alpha = .90$
	Wirksamkeit nicht-religiöser Verhaltenspraktiken	<i>Yoga oder andere Meditationen</i>	6	$\alpha = .71$
Persönliche Religiosität	Religiosität	<i>Würden Sie sich selbst als religiös bezeichnen?</i>	6	$\alpha = .89$
Überzeugungen zum Zusammenhang zwischen Glaube, Gesundheit, Krankheit	Salutogenetische Glaubenshaltung	<i>Mein Glaube lehrt mich, dass Krankheit und Leiden einen tieferen Sinn haben</i>	7	$\alpha = .88$
Persönliche Glaubenshaltungen in Konfrontation mit Krankheit oder anderen Schicksalsschlägen	Konstante Glaubenshaltung	<i>Gott wird einen Weg für mich finden</i>	5	$\alpha = .81$
	Zweifelhafte Glaubenshaltung	<i>Wie kann Gott mir das antun?</i>	4	$\alpha = .67$

In einem weiteren Abschnitt des Fragebogens stand das **Sakrament der Krankensalbung** im Mittelpunkt der Befragung. Basierend auf den allgemeinen Erkenntnissen zum Zusammenhang von Glaube, Gesundheit und Krankheit, sollten diese nun unmittelbar im Kontext des Sakraments reflektiert wer-

den. Abermals führten faktorenanalytische Untersuchungen der drei Skalen jeweils zur Herausbildung inhaltsspezifischer Subskalen (Tabelle 2).

Tabelle 2

Extrahierte Faktorenlösungen der vier Skalen zur Erfassung des Themenkomplexes *Sakrament der Krankensalbung*

Skala	Subskalen	Beispielitem	Itemzahl	Alpha-Cronbach
Grundhaltungen und damit verbundene Glaubensinhalte der Befragten zur Krankensalbung	Eschatologische Dimension der Krankensalbung	<i>Die Krankensalbung sollte nur in lebensbedrohlichen Situationen gespendet werden</i>	2	$\alpha = .61$
	Therapeutische Dimension der Krankensalbung	<i>Die Krankensalbung dient zur Stärkung und Ermutigung</i>	6	$\alpha = .74$
Quellen des Wissenserwerbs über das Sakrament der Krankensalbung	Wissensvermittlung durch gezielte Unterweisung	<i>Predigt im Gottesdienst</i>	4	$\alpha = .72$
	Indirekte Wissensvermittlung durch Gemeindegemeinschaft	<i>Thematisierung in Gemeindegemeinschaften</i>	4	$\alpha = .84$
	Wissensvermittlung durch allgemeine Informationsarbeit	<i>Internetseite der Kirchengemeinde</i>	2	$\alpha = .66$
Subjektive Assoziations- und Erwartungsspektren bei der Spendung des Sakraments der Krankensalbung	Therapeutische Zielsetzungen	<i>Ganzheitliche Heilung</i>	6	$\alpha = .74$
	Eschatologische Zielsetzungen	<i>Gottes Beistand im Sterben und Tod</i>	4	$\alpha = .69$

In einem weiteren Schritt wurden die Teilnehmer im Rahmen eines Einzelitems befragt, wie häufig sie bereits an einer Spendung des Krankensakraments teilgenommen haben. Die Erhebung erfolgte abermals anhand einer fünfstufigen Likertskala mit den Polen 1 („nie“) bis 5 („sehr oft“).

Der demographische Fragebogen umfasst – neben Angaben zu Alter, Geschlecht, Konfession, Familienstand und Schulbildung – auch einen Abschnitt zu bisherigen persönlichen lebensbedrohlichen und/ oder chronischen Krankheitserfahrungen.

Ergebnisse

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte überwiegend auf Basis varianz-analytischer Untersuchungen. Darüber hinaus werden im Rahmen deskriptiver Analysen die wichtigsten statistischen Kennwerte der einzelnen Konstrukte vorgestellt.

Religion und Gesundheit in der gesellschaftlichen Wahrnehmung

Im Rahmen einer situationsanalytischen Betrachtung widmet sich die *erste Hypothese* dem wahrgenommenen Zusammenhang von Glaube und Gesundheit. Deskriptive Analysen der Skala „Salutogenetische Glaubenshaltung“ ergeben auf der fünfstufigen Likertskala von „stimme überhaupt nicht zu“ (=1) bis „stimme voll und ganz zu“ (=5) eine mittlere Zustimmung von $M = 3.92$ ($SD = .55$). Mit Blick auf die Likert-Skalierung lässt sich dieser Wert hypothesenkonform als überzeugte Zustimmung („stimme zu“) interpretieren. Dies bestätigt eine enge Vernetzung von Glaube und Gesundheit in der Wahrnehmung der Befragten. Auf die einzelnen Befragungsgruppen aufgeschlüsselt treten dabei hochsignifikante Unterschiede in der mittleren Zustimmung auf ($F(1, 256) = 11.65, p < .01$), indem Gottesdienstbesucher mit einem Mittelwert von $M = 4.00$ ($SD = .56$) eine signifikant höhere mittlere Zustimmung zur salutogenetischen Funktion des Glaubens äußern, als die Expertengruppe ($M = 3.76, SD = .49$).

Der Glaube an Heilung im Krankheitsfall

Der *zweite Hypothesenkomplex* geht davon aus, dass der Zusammenhang von Glaube und Heilung gerade in Momenten kritischer Lebensereignisse, v.a. im Krankheitsfall, für die Betroffenen von besonderer Bedeutung ist.

Basierend auf den bisherigen Erkenntnissen möchte die *Teilhypothese 2.1* untersuchen, inwiefern die salutogenetische Funktion des Glaubens gerade auch im Krankheitsfall angenommen und nicht etwa durch eine zweifelnde Glaubenshaltung ersetzt wird. Um im Rahmen dieser Teilhypothese sowohl tatsächliche Erfahrungswerte, als auch allgemeine Grundeinstellungen der Befragungsteilnehmer zur Beständigkeit ihrer persönlichen Glaubenshaltung erheben zu können, wurden alle 276 Personen in die statistischen Analysen einbezogen. Über diese Stichprobe hinweg betrachtet, zeigt sich mit einem Mittelwert von $M = 3.63$ ($SD = .62$) bereits eine hochsignifikant stärkere Zu-

stimmung der befragten Teilnehmer zu einer konstant vertrauensvollen Haltung zum Glauben, verglichen mit den entsprechenden Zustimmungswerten zu einer zweifelnden Glaubenshaltung ($M = 1.81$, $SD = .70$; $t(249) = 34.29$, $p < .01$). Hierbei wird deutlich, dass sowohl jene Befragungsteilnehmer, die mit lebensbedrohlichen Krankheitserfahrungen vertraut sind ($M = 3.72$, $SD = .62$), als auch jene Personen, die unter chronischen Erkrankungen leiden ($M = 3.60$, $SD = .64$) einer vertrauensvollen Haltung zum Glauben auch angesichts kritischer Lebensereignisse ebenso nachhaltig zustimmen, wie Befragungsteilnehmer ohne persönliche Krankheitsgeschichte ($M = 3.63$, $SD = .60$). Varianzanalytische Untersuchungen konnten hier keinerlei signifikante Gruppenunterschiede nachweisen ($F(1, 252) = .54$, n.s.). Auch eine Aufschlüsselung dahingehend, ob sich die Befragung an Gottesdienstbesucher ($M = 3.65$, $SD = .60$) oder an die Expertengruppe richtete ($M = 3.61$, $SD = .64$; $F(1, 258) = .32$, n.s.) ergab keinerlei statistisch bedeutsamen Unterschiede im Zustimmungsniveau. Demgegenüber erweist sich die mittlere Zustimmung für eine zweifelnde Glaubenshaltung, die angesichts krisenhafter Lebenssituationen Zweifel an Gottes Nähe und Beistand erwägt, sowohl für die Gruppe der lebensbedrohlich Erkrankten ($M = 2.12$, $SD = .86$; $t(43) = 9.24$, $p < .01$), als auch für die Befragungsteilnehmer mit chronischen Erkrankungen ($M = 1.85$, $SD = .72$; $t(103) = 21.29$, $p < .01$) bzw. ohne schwerwiegende Krankheitserfahrungen ($M = 1.63$, $SD = .54$; $t(98) = 26.97$, $p < .01$) als vergleichsweise hochsignifikant schwächer ausgeprägt. Bezugnehmend auf die Interpretation der fünfstufigen Likertskala lässt sich hier sogar eine direkte Verneinung („stimme nicht zu“) einer zweifelnden Glaubenshaltung ableiten. Zusammenfassend erweist sich die Teilhypothese damit als bestätigt.

Unabhängig von einer generell beständigen Glaubenshaltung vermutet die *Teilhypothese 2.2* im Krankheitsfall dennoch auch eine parallele Zunahme an Glaubenszweifeln der Betroffenen. Um eine solche Zunahme feststellen zu können, müssen die allgemeinen Grundeinstellungen der gesunden Befragungsteilnehmer den tatsächlichen Erfahrungen der lebensbedrohlich Erkrankten gegenübergestellt werden. Dies erfolgt im Rahmen einer einfaktoriellen ANOVA, die einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor persönliche Krankheitserfahrungen aufdeckt ($F(1, 252) = 8.49$, $p < .01$). Bonferroni korrigierte Post-Hoc-Analysen ergeben hochsignifikante Mittelwertunterschiede zwischen Befragungsteilnehmern mit lebensbedrohlichen Krankheitserfahrungen ($M = 2.12$) und jenen Personen, die bislang keine schwerwiegenden Erkrankungen erleiden mussten ($M = 1.63$). Das mittlere Zustimmungsniveau zu einer zweifelnden Glaubenshaltung zeigt zwar ein tendenzielles Ansteigen im direkten Vergleich der gesunden Befragungsteilnehmer mit jenen Personen, die unter chronischen Erkrankungen leiden ($M = 1.85$). Dennoch erlangt der hier aufgedeckte Mittelwertunterschied kein Signifikanzniveau. Wird im Rah-

men der varianzanalytischen Untersuchungen zusätzlich eine Differenzierung zwischen der Gruppe der Gottesdienstbesucher und der Expertengruppe vorgenommen, ergibt sich ein hochsignifikanter Interaktionseffekt ($F(2, 249) = 6.62, p < .01$). Diesem zufolge äußern die Teilnehmer ohne persönliche Krankheitsgeschichte sowohl in der Gruppe der Gottesdienstbesucher ($M = 1.68$), als auch in der Expertengruppe ($M = 1.56$) eine jeweils ähnlich gering ausgeprägte Zustimmung zu einer zweifelnden Glaubenshaltung, während sich dieses Bild mit zunehmendem Schweregrad bisheriger Krankheitserfahrungen deutlich verändert. So steigt das mittlere Zustimmungsniveau innerhalb der Gruppe der Gottesdienstbesucher sowohl für jene Befragungsteilnehmer mit chronischen Krankheiten ($M = 1.93$), als auch insbesondere für jene mit lebensbedrohlichen Krankheitserfahrungen ($M = 2.32$) signifikant und kontinuierlich an, während die mittlere Zustimmung zu einer zweifelnden Glaubenshaltung innerhalb der Expertengruppe für Personen mit chronischem Leiden ebenfalls leicht ansteigt ($M = 1.71$), dann jedoch für jene Befragungsteilnehmer mit lebensbedrohlichen Krankheitsgeschichten auf Minimum absinkt ($M = 1.19$). Damit kann die Teilhypothese nur partiell, nämlich für die Gruppe der Gottesdienstbesucher, als bestätigt angesehen werden. Für die Befragungsgruppe, die sich aus Seelsorgern und Studierenden der Theologie und Religionspädagogik zusammensetzt, ergibt sich gerade im Krankheitsfall eine zunehmende Distanzierung von Glaubenszweifeln.

Die besondere Bedeutung des Glaubens im Krankheitsfall zeigt sich laut *Teilhypothese 2.3* auch darin, dass gerade in kritischen Lebenssituationen vermehrt religiöse Verhaltenspraktiken ausgeübt werden – in der Hoffnung auf Heil und Trost. Zur Untersuchung dieser Annahme werden typische Verhaltenspraktiken zur Gesundheitsförderung bzw. aktiven Krankheitsbewältigung analysiert, wobei gemäß der zweidimensionalen Faktorenstruktur hierbei zwischen religiösen und nicht-religiösen Verhaltenspraktiken unterschieden werden kann. Auch diesbezüglich sollen sowohl allgemeine Grundeinstellungen, als auch tatsächliche Erfahrungswerte einander gegenübergestellt werden. Folglich werden neben den Befragungsteilnehmern mit Krankheitsgeschichte abermals auch gesunde Personen mit in die Analysen einbezogen. Abbildung 1 verdeutlicht, über alle 276 Befragten hinweg betrachtet, sowohl das prozentuelle Ausmaß wie auch die jeweils mittlere Zustimmung zu den einzelnen untersuchten Verhaltenspraktiken. Erwartungsgemäß wird bereits hier deutlich, dass die Zustimmung zu religiösen Verhaltenspraktiken mit einem Mittelwert von $M = 3.36$ ($SD = .78$) unter allen Befragungsteilnehmern signifikant höher liegt, als die Zustimmung zu nichtreligiösen Verhaltenspraktiken ($M = 2.99$, $SD = .66$; $t(241) = 6.23, p < .01$).

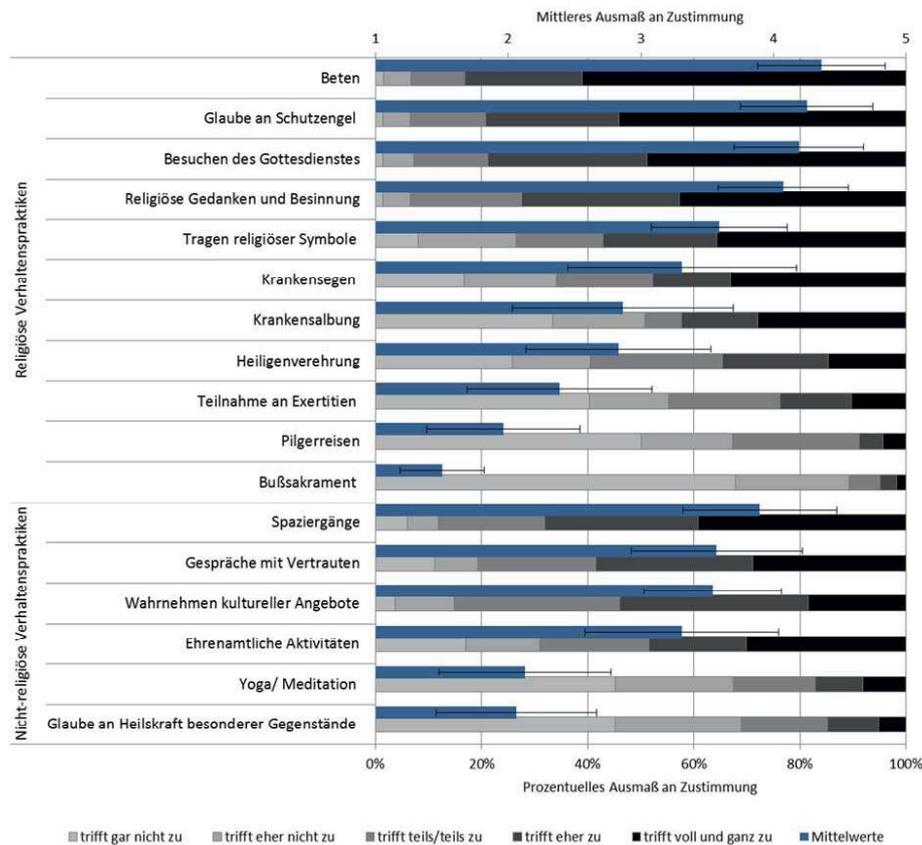


Abb. 1: Typische Verhaltenspraktiken im Krankheitsfall

Aufgeschlüsselt nach individuellen Krankheitserfahrungen lässt sich dieser erste Eindruck weiter verfeinern. So ergeben Mittelwertanalysen, dass die Gruppe lebensbedrohlich Erkrankter ($M = 3.78$, $SD = .92$), ebenso wie die Befragungsteilnehmer mit chronischen Krankheitsleiden ($M = 3.3$, $SD = .71$) und die Personen ohne Krankheitsgeschichte ($M = 3.20$, $SD = .71$) einer Ausübung religiöser Verhaltenspraktiken in Krisensituationen tendenziell zustimmen, wobei Befragungsteilnehmer mit lebensbedrohlichen Krankheitserfahrungen hypothesenkonform – sowohl verglichen mit den chronisch Erkrankten, als auch mit den gesunden Befragungsteilnehmern – eine diesbezüglich hochsignifikant höhere Zustimmung äußern ($F(2, 250) = 10.11$, $p < .01$). Auch wird die Wirksamkeit religiöser Verhaltenspraktiken von lebensbedrohlich erkrank-

ten Personen deutlich höher eingeschätzt ($M = 3.53$, $SD = .79$), verglichen mit den beiden anderen Befragungsgruppen (chronisch Erkrankte: $M = 3.24$; gesunde Teilnehmer: $M = 3.16$). Dieser Unterschied erweist sich als statistisch hochsignifikant ($F(2, 246) = 4.69$, $p < .01$). Ebenfalls erwartungsgemäß zeigt sich, dass die mittlere Zustimmung zu nicht-religiösen Verhaltenspraktiken unter den lebensbedrohlich erkrankten Befragungsteilnehmern ($M = 3.08$, $SD = .68$), verglichen mit den entsprechenden Werten im Rahmen religiöser Verhaltenspraktiken, signifikant niedriger liegt ($t(39) = 4.56$, $p < .01$). Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung zur Wirksamkeit nicht-religiöser Verhaltenspraktiken lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen feststellen ($F(1, 252) = .04$, n.s.). Zusammenfassend gilt damit auch diese Teilhypothese als bestätigt.

Das Sakrament der Krankensalbung

Der *dritte Hypothesenkomplex* widmet sich dem Sakrament der Krankensalbung, getragen von der Annahme, dass die theologische Gewichtung dieses Sakraments selbst von aktiven Christen verkannt und daher in der pastoralen Praxis kaum erbeten wird.

Teilhypothese 3.1 erstrebt zunächst den Nachweis, dass Betroffene im Falle schwerer Erkrankungen zwar dankbar auf religiöse Praktiken zurückgreifen, dabei das Sakrament der Krankensalbung jedoch stark vernachlässigen. Zur Untersuchung dieser Hypothese wird der Blick abermals auf typische Verhaltenspraktiken im Krankheitsfall gerichtet, wobei nun jedoch die mittleren Zustimmungswerte allein zu religiösen Verhaltenspraktiken im Mittelpunkt stehen. Über die gesamte Stichprobe hinweg betrachtet, wird dem Erbiten des Krankensakraments im Mittel signifikant schwächer zugestimmt ($M = 2.86$, $SD = 1.66$), verglichen mit der mittleren Zustimmung zu allen anderen abgefragten religiösen Verhaltenspraktiken (d.h. Gebet, Gottesdienstbesuch, religiöse Gedanken, Heiligenverehrung, Pilgerreisen; $M = 3.48$, $SD = .74$; $t(255) = -6.98$, $p < .01$; siehe Abbildung 1). Aufgeschlüsselt nach persönlichen Krankheitserfahrungen wird dieser Eindruck präzisiert. Dabei wird deutlich, dass jene Personen, die keinerlei Krankheitsgeschichte aufweisen und in der Beantwortung dieser Fragestellung folglich allgemeine Grundeinstellungen äußern, alternativen religiösen Verhaltenspraktiken tatsächlich signifikant häufiger zustimmen ($M = 3.38$, $SD = .69$) als einem Erbiten der Krankensalbung ($M = 2.54$, $SD = 1.66$; $t(100) = -5.62$, $p < .01$). Diese Tendenz zeigt sich auch für jene Befragungsteilnehmer, die zwar durch chronische Erkrankungen entsprechende krankheitsbezogene Erfahrungen aufweisen, diesbezüglich jedoch nicht mit lebensbedrohlichen Situationen konfrontiert waren. Auch hier liegt

die mittlere Zustimmung zum Sakrament der Krankensalbung deutlich geringer ($M = 2.74$, $SD = 1.51$) als zu anderen religiösen Verhaltenspraktiken ($M = 3.44$, $SD = .71$; $t(103) = -5.14$, $p < .01$). Auch für jene Personengruppe, die bereits lebensbedrohliche Erkrankungssituationen durchleben musste (bzw. aktuell durchlebt), lassen sich entsprechende Unterschiede in der mittleren Befürwortung des Krankensakraments ($M = 3.21$, $SD = 1.65$) und alternativen religiösen Praktiken ($M = 3.79$, $SD = .88$; $t(47) = -2.67$, $p < .01$) nachweisen. Damit erweist sich die Teilhypothese als bestätigt. Trotz durchwegs signifikanter Unterschiede in der mittleren Zustimmung zum Sakrament der Krankensalbung gegenüber alternativen religiösen Verhaltenspraktiken soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Mittelwertdifferenzen mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung im Trend geringer werden. Hintergrund dieser Beobachtung ist eine verstärkte Zustimmung für ein Erbitten des Krankensakraments.

Im Rahmen der *Teilhypothese 3.2* wird vermutet, dass das Sakrament der Krankensalbung im kirchlichen Alltagsverständnis primär als Abschiedssakrament verstanden wird. Hierin könnte eine Ursache für die Vernachlässigung des Sakraments zu suchen sein. Die Überprüfung der Hypothese bezieht sich vor allem auf die Frage nach Grundhaltungen gegenüber dem Sakrament der Krankensalbung sowie damit verbundenen Glaubensinhalten. Hypothesenkonform wäre dabei eine stärkere Betonung der eschatologischen Dimension des Sakraments durch die Befragungsteilnehmer zu erwarten. Mittelwertanalysen zeigen hier jedoch ein überraschendes Bild. So stimmen die Befragungsteilnehmer im Mittel hochsignifikant stärker der therapeutischen Dimension der Krankensalbung zu ($M = 3.52$, $SD = .60$), verglichen mit der Zustimmung zur eschatologischen Grunddimension des Sakraments ($M = 2.52$, $SD = .99$; $t(247) = 12.84$, $p < .01$; siehe Abbildung 2).

Diese Haltung zieht sich konstant über sämtliche Befragungsgruppen, differenziert nach dem Schweregrad der erfahrenen Erkrankung, hinweg. Damit muss diese Teilhypothese als widerlegt angesehen werden.

Die *Teilhypothese 3.3* schließlich vermutet, dass auch die subjektiven Erwartungen und Zielsetzungen der Betroffenen hinsichtlich des Sakraments der Krankensalbung eher auf eine eschatologische Dimension hin ausgerichtet sind. Die Überprüfung dieser Hypothese bezieht sich vor allem auf Prozent- und Mittelwertanalysen auf Item-Ebene (siehe Abbildung 3), um so das gesamte Motivspektrum der Befragungsteilnehmer für einen Empfang des Krankensakraments abbilden zu können. Dabei zeigt sich eine signifikant stärker ausgeprägte therapeutische Erwartungshaltung der Befragungsteilnehmer gegenüber dem Sakrament der Krankensalbung ($M = 3.69$, $SD = .79$), verglichen mit einem eschatologisch motivierten Empfang des Sakraments ($M = 2.61$, $SD = 1.08$; $t(247) = 12.72$, $p < .01$).

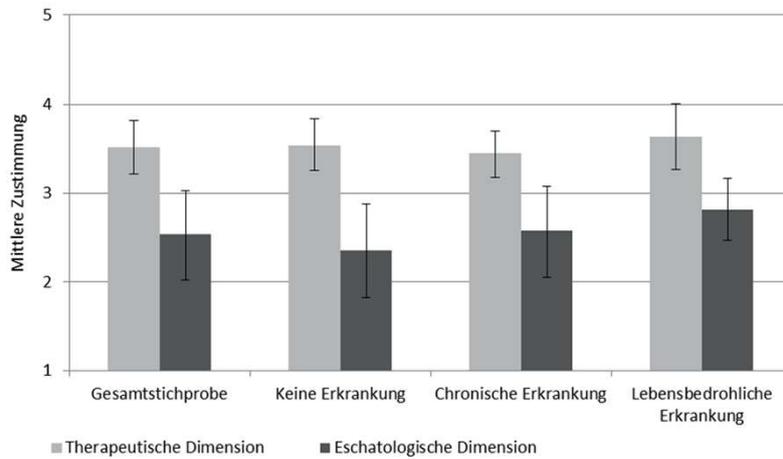


Abb.2: Grundhaltungen gegenüber dem Sakrament der Krankensalbung

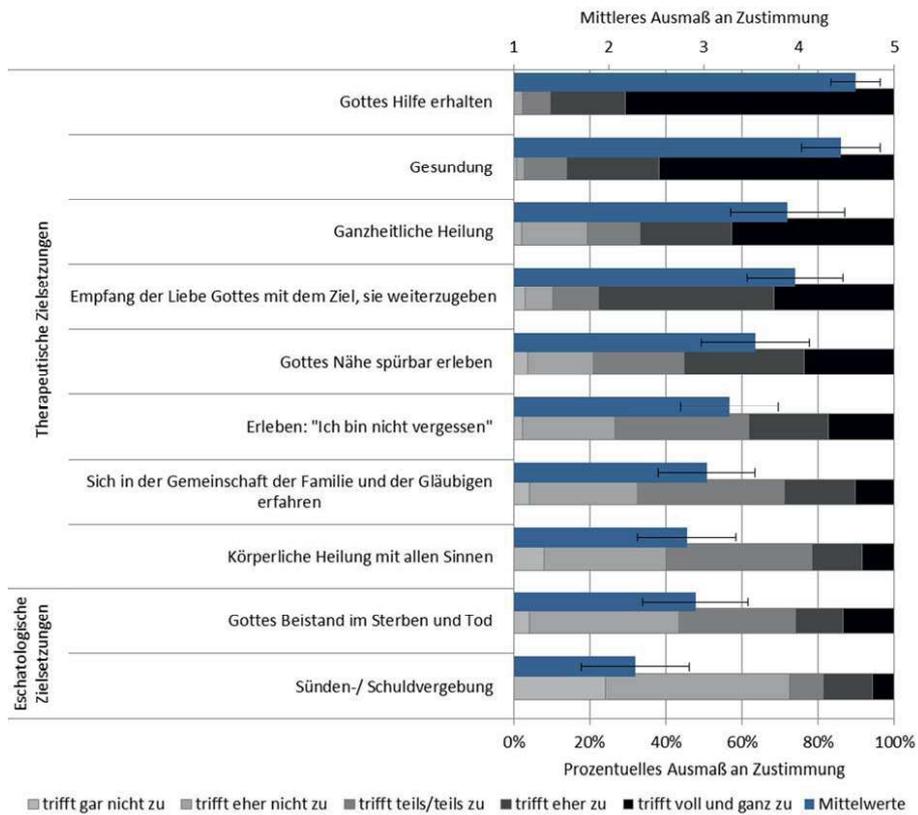


Abb. 3: Persönliche Zielsetzungen der Krankensalbung

Diese deutlich auf Heilung und Geborgenheit abzielende Erwartungshaltung der Befragungsteilnehmer gegenüber dem Sakrament der Krankensalbung ist unabhängig vom Schweregrad der persönlichen Krankheitsgeschichte. Damit gilt zusammenfassend auch diese Teilhypothese als widerlegt.

Diskussion

Im Spannungsfeld zwischen einer früher tradierten eschatologischen Auffassung des Krankensakraments, begriffen als „letzte Ölung“ oder auch Sterbesakrament, und einer therapeutischen Ausrichtung desselbigen, das insbesondere die heilenden und kräftigenden Potentiale hervorhebt und somit auch zur Stärkung Schwerkranker Einsatz finden kann, klagt die pastorale Praxis – trotz einem allseitig steigenden Interesse an spirituellen und religiösen Ressourcen in der Gesundheitsförderung – darüber, dass gerade das Sakrament der Krankensalbung zu den am stärksten vernachlässigten Heilspraktiken gehört.

Wie ist diese negative Dynamik zu begründen? Wie wird das Sakrament der Krankensalbung in den Augen der Gläubigen wahrgenommen? Welche Erwartungen und Hoffnungen verknüpfen sich aus ihrer Sicht mit dem Sakrament? Basierend auf den vorliegenden explorativen Daten sollen praktische Implikationen für die pastorale Praxis im Hinblick auf die Vermittlung eines positiveren Zugangs der Gläubigen zum Sakrament gezogen werden. Dabei können die Ergebnisse der Studie jedoch nur ansatzweise im Kontext anderer empirischer Studien diskutiert werden, da bislang keine Untersuchungen zu Einstellungen und Gebrauch des Sakraments der Krankensalbung existieren. Ebenso wurden im Rahmen der Befragung nur subjektive Wahrnehmungen und Einstellungen der Gläubigen zum Krankensakrament untersucht. Die tatsächliche pastorale Praxis abzubilden war hingegen in der vorliegenden Studie nicht beabsichtigt.

Die Untersuchung ist als Pilotstudie zu betrachten, indem sie im Rahmen der Stichprobenziehung nicht etwa versucht, Selbstverständnis und Einstellungen zum Sakrament der Krankensalbung in der Gesellschaft zu eruieren, sondern dies vielmehr innerhalb einer ausgewählten Extremgruppenstichprobe aus sich selbst als gläubig deklarierenden Katholiken und Seelsorgern erstrebt. Diese Entscheidung beruht auf der Annahme, dass ein ohnehin als vernachlässigt bzw. vergessen zu erachtendes Sakrament am ehesten unter jenen Katholiken auf Befürwortung stoße, die aktiv in einem kirchlich sozialisierten Milieu leben und somit einen prinzipiell natürlicheren und spontaneren Zugang zum sakramentalen Angebot haben, als andere Katholiken. Die spezifische Stichprobenauswahl ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Ausgehend von der Zielsetzung, individuelle Einstellungen und Wahrnehmungen zum Sakrament der Krankensalbung zu erheben, konnte in Überein-

stimmung mit der Literatur (siehe z.B. Levin 2001; Koenig 2001; Koenig et al. 2011; Büssing et al. 2012) zunächst belegt werden, dass auch die vorliegende Stichprobe in Glaube und Religiosität ein gesundheitsförderliches und heilendes Potential sieht (Hypothese 1). Diese Grundhaltung ist eine prinzipielle Voraussetzung, dass von Seiten der Gläubigen die heilende Funktion des Krankensakraments im Speziellen wie aber auch anderer religiöser Praktiken überhaupt erkannt und wahrgenommen werden kann.

Basierend auf dieser Grundhaltung wird zudem deutlich, dass die Gläubigen auch im Krankheitsfall eine vertrauens- und hoffnungsvolle Grundhaltung sowie eine hohe Beständigkeit und Festigkeit im Glauben zeigen (Hypothesenkomplex 2) und sich nicht etwa durch das Erleben eines tiefgreifenden Lebenschnitts von ihrem Glauben distanzieren. Auch diese Erkenntnis steht im Einklang mit früheren Forschungsergebnissen (Sherman, Simonton 2001; Feher, Maly 1999; Thuné-Boyle et al. 2011) und erscheint ebenfalls als wichtige persönliche Voraussetzung, um im bedrohlichen Krankheitsfall das Sakrament der Krankensalbung zur Stärkung und Heilung zu erbeten.

Im Gegensatz zu früheren Studien wurden jedoch nicht nur mögliche Veränderungen hinsichtlich des persönlichen Gottvertrauens erhoben, sondern parallel auch das Ausmaß an Glaubenszweifel in die Analyse mit einbezogen. Diesbezüglich zeigen die Ergebnisse, trotz einer insgesamt konstant hohen vertrauensvollen Glaubenshaltung der Befragten, eine parallele Zunahme an Glaubenszweifeln in der Gruppe der Erkrankten. In dieser Reaktion spiegelt sich die aus der Trauerarbeit bekannte Phase des Haderns mit dem eigenen Schicksal wider. So richtet sich diese zweifelnde Haltung zwar auf die Frage, weshalb man von Gott auf diese Weise geprüft wird und ob er dennoch Gesundung schenken wird. Dennoch aber wird zugleich deutlich, dass Gott – allen momentanen Zweifeln zum Trotz – dennoch als „optio fundamentalis“ erkannt wird und dieses Bekenntnis für den Gläubigen hoffnungstiftend wirkt. Interessanterweise zeigt sich dieser Trend in der Stichprobe vor allem für die Laiengruppe der Gottesdienstbesucher. In der Expertengruppengruppe der Seelsorger und Studierenden der Theologie und Religionspädagogik hingegen zeigte sich lediglich im Falle chronischer Erkrankungsmuster ein leichter Anstieg an Glaubenszweifeln, während diese Gruppe gerade im Falle lebensbedrohlicher Krankheitserfahrungen eine zunehmende Hinwendung zu Gott, einhergehend mit einer nachdrücklichen Distanzierung von Glaubenszweifeln berichtete. In diesen Ergebnissen wird deutlich, dass die Expertengruppe nicht nur über ein ausgeprägtes theologisches Fachwissen verfügt, sondern dieses auch in ihrem persönlichen Glaubensverhalten verinnerlicht hat. Ebenfalls zeigt die Untersuchung, dass die Mehrheit der Befragten in schwerwiegenden Erkrankungssituationen bereitwillig und hoffnungsvoll auf religiöse Verhaltenspraktiken zurückgreifen, um auf diese Weise den Umgang mit der eigenen Erkrankung

besser bewältigen zu können (Koenig 2001; Moschella et al. 1997; Büssing, Ostermann, Matthiessen 2005; Hilpert 2009; Koenig, Al Shohaib 2014). Dabei erstrebte die vorliegende Untersuchung – im Gegensatz zu zahlreichen früheren Studien – keinen Häufigkeitsvergleich religiöser Verhaltenspraktiken vor und während einer schwerwiegenden Erkrankungssituation (u.a. Thuné-Boyle et al. 2011; Benjamins, Musick, Gold, George 2003), sondern vielmehr eine Gegenüberstellung religiöser und nicht-religiöser Verhaltenspraktiken und Wirksamkeitsüberzeugungen im Krankheitsfall.

Betrachtet man die spezifischen Wahrnehmungen und Einstellungen der Gläubigen zum Sakrament der Krankensalbung (Hypothesenkomplex 3), wird deutlich, dass die Befragten – entgegen der Hypothesen geleiteten Erwartungen – durchwegs die therapeutische Dimension des Krankensakraments betonen und befürworten, während die eschatologische Ausrichtung des Sakraments von den Gläubigen weitgehend Ablehnung und Verneinung erfährt. Eng mit dieser positiven Wahrnehmung und Grundhaltung des Krankensakraments in Zusammenhang steht auch, dass sich die Befragten von einem Empfang des Sakraments vor allem Unterstützung in Form von Hilfe, Heilung, Gesundheit und Stärkung erhoffen. Beweggründe, die eher die eschatologische Dimension des Sakraments thematisieren würden, wie etwa Gottes Beistand im Sterben und Tod, werden von den Befragten hingegen deutlich schwächer befürwortet. Diese positive Grundhaltung der Gläubigen zum Krankensakrament überrascht, da die alltagspastorale Praxis nach wie vor die Spendung des Krankensakraments vor allem am Sterbebett berichtet.

Die bisherigen Ergebnisse zusammenfassend, zeigt sich eine prinzipielle Offenheit und Bereitschaft der Gläubigen, sich in schwerwiegenden Erkrankungssituationen vertieft auf ihre Religiosität zu besinnen und in religiösen Praktiken Stärkung und Heilung zu suchen. Auch wird in den Ergebnissen deutlich, dass die Befragten einen positiven Zugang zum Sakrament der Krankensalbung äußern und dieses vor allem in seiner therapeutischen Dimension wertschätzen. Dennoch aber spiegelt sich diese kognitive Haltung der Gläubigen nicht in ihrer tatsächlichen Verhaltenspraxis gegenüber dem Krankensakrament wider. So belegen die Ergebnisse, dass sich die Gläubigen im Krankheitsfall verstärkt religiösen Praktiken zuwenden. Das Sakrament der Krankensalbung jedoch wird nur von den wenigsten erbeten. Zwar zeichnet sich unter den lebensbedrohlich Erkrankten zumindest ein leichter Trend zu einer stärkeren Befürwortung des Krankensakraments ab, doch überwiegen selbst in dieser Gruppe alternative religiöse Praktiken. Damit wird eine tiefe Diskrepanz zwischen Wissensstrukturen und Verhalten deutlich, umfasste doch die Befragungsgruppe zu großen Teilen auch Gläubige, die bereits mit lebensbedrohlichen Krankheiten oder schwer chronischen Erkrankungen konfrontiert sind und daher der eigentlichen Zielgruppe des Sakraments angehör-

ten. So verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Gläubigen zwar mit dem gegenwärtigen theologischen Verständnis des Krankensakraments vertraut sind, die therapeutische Wirkung des Sakraments erkennen und eine Abgrenzung von dessen ursprünglicher Auffassung als Sterbesakrament kritisch wahrzunehmen vermögen. Doch fehlt es an der persönlichen Motivation, das Krankensakrament als weitere Option für Linderung, Heilung und „Heil-Werden“ neben jeglichen anderen Praktiken und komplementärmedizinisch vorhandenen Angeboten wahrzunehmen.

Wie lässt sich diese Kluft zwischen Wissen und Verhalten erklären? Ein möglicher Erklärungsansatz könnte sein, dass die Gläubigen, trotz ihres positiven Zugangs zum Krankensakrament auf kognitiver Ebene, emotional das Sakrament dennoch in seiner ehemals tradierten Zielsetzung als Abschiedssakrament und „letzte Ölung“ begreifen. Anhaltspunkt hierfür ist etwa, dass die Mehrzahl der Befragten äußerte, in ihren Einstellungen und Haltungen zum Krankensakrament vor allem vom Elternhaus stark geprägt worden zu sein. Getragen von der Befürchtung der pastoralen Praxis, dass eine zu starke Betonung der therapeutischen Sichtweise des Sakraments möglicherweise zu einem inflationären Gebrauch führen könnte, verblieb die besondere Wertschätzung und Betonung der therapeutischen Dimension des Krankensakraments bislang eher im Rahmen kirchentheoretischer Diskussionen. So ist anzunehmen, dass gerade im Elternhaus, aber auch im Alltagswissen der Pfarrgemeinde nach wie vor die Mentalität der „letzten Ölung“ vertreten und gelebt wird. Solche über Generationen hinweg gelebten Traditionen lassen sich durch „neues“ Wissen um eine zugleich auch therapeutische Funktion des Sakraments, wie es unseren Studienergebnissen folgend bei vielen Gläubigen vorhanden ist, nicht einfach aufheben oder ersetzen. Damit ist nicht nur ein Umdenken der Gläubigen erforderlich, sondern auch die Notwendigkeit, in der pastoralen Verkündigung die „neue“ Spendepraxis des Krankensakraments stärker zu kommunizieren und eine Art Normalisierung im emotionalen Zugang der Gläubigen herzustellen. Vor allem die emotionale Ebene nämlich scheint hier ein wichtiger Einflussfaktor zu sein.

In dieser Schlussfolgerung wird eine zweite Problematik deutlich. Einhergehend mit der theologischen Diskussion um den „richtigen“ Gebrauch des Krankensakraments etablierten sich von Seiten der Pastoral vor allem in letzter Zeit zwei Befürchtungen. Während einerseits durch eine zu starke Betonung der therapeutischen Heilkräfte eine religiöse Devaluation des Krankensakraments befürchtet wird, besteht andererseits unter den Theologen auch das Bestreben, allgegenwärtigen Verdrängungs- und Tabuisierungsprozessen von Sterben und Tod entgegenzutreten. Das Sakrament der Krankensalbung kann gerade in lebensbedrohlichen Erkrankungszuständen verdeutlichen, dass auch diese Entwicklungen einen wichtigen Abschnitt im menschlichen Leben kenn-

zeichnen und der Betroffene nicht allein ist. Während sich letztere Position unmittelbar an die eschatologische Dimension des Krankensakraments wendet und damit die Spendung des Sakraments vor allem für Terminalerkrankungen vorsieht, plädiert erstere Haltung stärker für die therapeutischen Potentiale des Sakraments, wenn auch hier die Spendung nur lebensbedrohlich Erkrankten vorbehalten werden sollte. Infolge dieser Diskussionen ist für die Gläubigen in der pastoralen Praxis möglicherweise zu schwach und undurchsichtig formuliert, unter welchen Umständen das Sakrament der Krankensalbung erbeten werden sollte. So fehlt zum einen eine adäquate Verkündigung, die den Gläubigen das Spannungsfeld von therapeutischer und eschatologischer Dimension des Sakraments zu erläutern versucht. Damit einhergehend und sicherlich auch ein Produkt der theologisch uneinig geführten Debatte um die richtige Anwendungspraxis fehlen zum anderen auch auf struktureller Seite entsprechende Angebote für die Gläubigen. Im Gegensatz zu einer aktiven Vermittlungspraxis wird das Krankensakrament zumeist nur „auf Nachfrage“ angeboten.

Diese nur unzureichende Positionierung des Krankensakraments in der pastoralen Praxis bedingt möglicherweise auch, dass das kognitiv vorhandene Wissen um die Heilungs- und Stärkungseffekte des Sakraments einer persönlichen Scheu und subjektiven Hemmung gegenübersteht, das Sakrament im Krankheitsfall zu erbeten. Denn mit der Bitte um das Krankensakrament muss sich der Betroffene mit seiner Krankheit nach außen wenden und seine intimen spirituellen Bedürfnisse und Ängste offen verbalisieren. Während die Spendung des Krankensakraments in ernsthaften Erkrankungssituationen noch immer kein festes Ritual ist und daher von den Betroffenen die Überwindung einer unsichtbaren Schwelle aus Unsicherheit und Scheu erfordert, ist es in der Tradition der „letzten Ölung“ im Abschieds- und Trauerprozess um einen terminal erkrankten Menschen als übliches Ritual verankert. Durch diesen ritualisierten Zugang wird das Sakrament zu einer ungeschriebenen Gesetzmäßigkeit, sodass persönliche Zweifel und die Frage nach dem „richtigen“ Zeitpunkt wie auch jegliche Scheu, intime religiöse und spirituelle Bedürfnisse offen zum Ausdruck zu bringen, bei den Betroffenen entfallen. Damit ergibt sich ein Teufelskreis, der durch die unzureichende Anwendungs- und Verkündigungspraxis der therapeutischen Dimension des Krankensakraments die tradierte Mentalität, die Krankensalbung nur im Terminalstadium zu erbeten, aufrechterhält – unabhängig von den theoretisch vorhandenen Wissensstrukturen der Gläubigen.

Zugleich jedoch berichtet die pastorale Praxis, dass das Sakrament der Krankensalbung auch im Kontext seiner eschatologischen Dimension, d.h. als Abschiedssakrament in terminalen Erkrankungssituationen, von den Gläubigen immer seltener erbeten wird. Diese Entwicklung steht völlig unabhängig von jeglichen theologischen Diskussionen und deutet darauf hin, dass das

Krankensakrament auch in seiner traditionellen eschatologischen Dimension in Vergessenheit zu geraten scheint. In diesem Phänomen zeigt sich möglicherweise eine Folgeerscheinung der tabuisierenden gesellschaftlichen Grundhaltung gegenüber Schwachsein, Sterben und Tod. Gerade hier jedoch wäre eine rituelle Zugangsweise von enormer Bedeutung und Hilfe.

Welche pastoralen Implikationen lassen sich aus diesen Befunden ziehen? Die Studienergebnisse verdeutlichen, dass die Gläubigen relevantes Wissen über das heilende Wirken des Sakraments der Krankensalbung besitzen und auch die nominelle Umbenennung des Sakraments von „letzte Ölung“ in „Krankensalbung“ mittragen. Doch führten theologische Diskussionen wie auch gesellschaftliche Individualisierungsprozesse dazu, dass das Sakrament selbst von jenen Christen, die tief im Glauben sozialisiert sind und als ausgebildete Seelsorger sogar als Experten zu bezeichnen sind, wenig in Anspruch genommen wird. Um ein Wiederaufleben des Krankensakraments in der pastoralen Praxis zu unterstützen, scheint es angesichts der theologischen Diskussionen um das Sakrament daher notwendig, zunächst auf theoretischer Ebene die inhaltliche Spaltung in eine therapeutische und eschatologische Dimension zu überwinden und eine ganzheitliche Betrachtung des Krankensakraments zu etablieren. So benötigen die Liturgie des Sakraments wie auch die rechtlichen Regelungen zur Spendepraxis eine vertiefte theologische Reflexion hinsichtlich des Wesens der sakramentalen Heilung, um auf diese Weise die Anwendung des Sakraments in der pastoralen Praxis konsistenter etablieren zu können. Eine solche innerkirchliche Einigung um die präzise inhaltliche Ausrichtung des Sakraments bringt dann auch Klarheit, inwiefern das Sakrament im Krankheitsfälle angeboten und gespendet werden sollte. Um jedoch eine einheitliche Spendepraxis frei von Ängsten eines inflationären Gebrauchs begründen zu können, ist zugleich auch eine vertiefte Diskussion darüber notwendig, für welchen Erkrankungsstatus das Krankensakrament vorgehalten und wie der jeweilige Schweregrad einer Erkrankung definiert werden sollte. Nur unter dieser Voraussetzung ist es schließlich möglich, eine flächendeckend einheitliche Verkündigungs- und Anwendungspraxis zu etablieren und somit an die Gläubigen ein klares Bild über Bedeutung und Ausrichtung des Sakraments zu kommunizieren. Für eine neue Positionierung des Krankensakraments in der pastoralen Praxis ist zudem eine stärkere Einbindung in die ritualen Rhythmen des Sakraments – selbstverständlich innerhalb der festgelegten Gebrauchspraxis – anzustreben.

Da die Behandlung von Erkrankungen und Altersschwäche in der heutigen Zeit von einer häuslichen Pflege überwiegend in Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime verlegt wurde – etwa 50% der Menschen sterben in Kliniken, etwa 20% in Pflegeheimen (Welt Online 2011) – verlagert sich auch der potentielle Ort der Spendung des Krankensakraments. In diesem Zusammenhang ist

es von besonderer Bedeutung, die Patienten und ihre Angehörigen überhaupt auf das Angebot der Sakramentenspendung aufmerksam zu machen. Schon einfache Maßnahmen, wie etwa Ankündigungen in einem Flyer, der Betroffene über die bestehende Möglichkeit eines Empfangs der Krankensalbung informiert und zugleich aufzeigt, unter welchen Umständen ein Erbitten des Sakraments als sinnvoll zu erachten ist, könnten hier weiterhelfen. Dies gilt vor allem für Klinikeinrichtungen in nicht kirchlicher Trägerschaft, in denen Auskünfte über das bestehende Seelsorgeangebot ohnehin oftmals zu knapp und allgemein sind. Aber auch in jenen Einrichtungen, in denen seelsorgerliche Betreuung flächendeckend geboten wird, ist die Aufklärung über die Bedeutung der sakramentalen Seelsorge nicht immer ausreichend, wie etwa die Berichte zur Qualitätszertifizierung kirchlicher Gesundheitseinrichtungen zeigen. Flyer bzw. andere Formen der Informationsverbreitung sind jedoch nur dann zielführend, wenn das Angebot der Krankensalbung in der jeweiligen Einrichtung auch aktiv gelebt und vermittelt wird. Hier ist zu bedenken, dass gerade in öffentlichen Einrichtungen das Seelsorgepersonal oftmals nicht flächendeckend eingesetzt werden kann, sodass gerade auch diese Voraussetzungen die Zugänglichkeit zum Sakrament noch weiter gefährden. Daher ist es von zentraler Wichtigkeit, die Bedeutung des Krankensakraments verstärkt auch Ärzten und Pflegekräften mitzuteilen, um auch auf diesem Weg die Verkündigungspraxis zu stärken. Das Krankenhauspersonal jedoch zeigte in den verschiedenen ausländischen Forschungsarbeiten oftmals eine besonders niedrige Wertschätzung für das Sakrament der Krankensalbung (Flannelly et al. 2005, 2006; Weinberger-Litman et al. 2010; Winter-Pfändler, Morgenthaler 2010). Mit dieser Anmerkung soll nicht verkannt werden, dass das Krankenhauspersonal prinzipiell die religiöse und spirituelle Unterstützung von Patienten als äußerst bedeutsam einstuft. Da sakramentale Handlungen im derzeitigen Anwendungskontext oftmals jedoch erst am Sterbebett vollzogen werden, wo keine physische Heilung mehr zu erwarten ist, wird das Sakrament der Krankensalbung vom Krankenhauspersonal möglicherweise als nicht wirksam oder möglicherweise sogar als nur noch magisches Ritual wahrgenommen. Um folglich eine stärkere Nachfrage der Krankensalbung unter den Patienten zu fördern, gilt es daher zunächst, durch eine gezieltere Verkündigung vor allem dem Krankenhauspersonal die Bedeutung der sakramentalen Seelsorge zu verdeutlichen. Dies umso mehr, da eine kirchliche Sozialisierung der heutigen Gesellschaft als nicht mehr selbstverständlich angenommen werden kann und daher dem Krankenhauspersonal möglicherweise auch prinzipiell das Verständnis der Bedeutung der Krankensalbung nicht vertraut ist. Ebenso wäre es wichtig, den Krankenhauseelsorgern die Notwendigkeit aufzuzeigen, die Krankensalbung verstärkt auch im Rahmen der spirituellen Begleitung einzusetzen und anzubieten und nicht etwa als eine Art „Sonderleistung“ auszuglie-

dern. Dies gilt es in zweierlei Hinsicht zu realisieren: zum einen sollte darauf geachtet werden, dass die Krankensalbung nicht ausschließlich in den letzten Stunden des Lebens als Abschiedssakrament eingesetzt wird. Zum anderen sollte die Spendung der Krankensalbung, unabhängig vom Zeitpunkt, stets im Kontext eines spirituellen Gesprächs erfolgen, im Rahmen dessen der Patient und seine Angehörigen die besondere sakramentale Bedeutung erfahren. Diese Bestrebungen, die Krankenhauseelsorge in verstärktem Maße als wichtigen Ort der Sakramentspendung bewusst zu machen, liegen sowohl im Interesse der Pastoral, als auch der Klinikeinrichtungen selbst. Dieses gemeinsame Übereinkommen ist eine wichtige Chance für die aktive Verkündigung der Krankensalbung und spiegelt zugleich auch die eigentliche Zielsetzung sowohl der Pastoral als auch der Medizin, das ganzheitliche Wohlbefinden des Erkrankten zu stärken, wider. Diese Feststellungen sind der Pastoral nicht neu, sondern wurden bereits in den 1970er Jahren in den kirchlichen Praxisanweisungen zur Sakramentenfeier gefordert (Deutsche Bischofskonferenz 1975). Dies führt zu der ernüchternden Feststellung, dass diese Erkenntnisse zwar seit 40 Jahren bestehen, in der kirchlichen Praxis jedoch nur schwache Umsetzung gefunden haben. Dies verdeutlicht auch auf kirchlicher Seite einen großen Handlungsbedarf.

Angesichts der starken Vernachlässigung der Krankensalbung – nicht nur in Anbetracht schwerwiegender Erkrankungssituationen, sondern gerade auch in Terminalzuständen – bedarf auch die Theologie des Krankensakraments einer verstärkten inhaltlichen Verkündigung. Schwer Erkrankte versuchen in der Regel alles, um Heilung und Genesung zu erfahren, übergehen oder übersehen dabei jedoch das Krankensakrament in den allermeisten Fällen. In diesem Paradoxon erschließt sich ein großer Handlungsbedarf sowohl in der Gemeindepastoral, als auch in der Krankenhauseelsorge. Dies betrifft die Vermittlung der Krankensalbung als ein Sakrament, das die kranke Person für das Heilsmysterium aufgeschlossen macht und ihr in der direkten Begegnung mit der erlösenden Kraft des Herrn, im Berührt-Werden von Christus selbst, ganzheitliche Heilung und Stärkung verleiht. In diesem Zusammenhang ist andererseits jedoch auch zu beachten, dass an die Krankensalbung nicht unrealistische Erwartungshaltungen seitens des Patienten gestellt werden.

Wie kann das Sakrament der Krankensalbung in der pastoralen Praxis also eine bessere Verkündigung finden und konzeptionell verankert werden? Wichtig wäre es zunächst, angesichts der Vernachlässigung der Krankensalbung in der pastoralen Alltagspraxis, die klassischen Handlungsvollzüge der Kirche in der Liturgia, Martyria, Koinonia und Diakonia „systemisch“ stärker zu vernetzen. Auf diese Weise könnte die Vermittlung des Krankensakraments von all diesen Bereichen in seinem ganzheitlichen Heilspotential getragen und fruchtbar gemacht werden. In der Tat jedoch wurde die Praxis der Krankensalbung

in Liturgie und Verkündigung oftmals nur punktuell und isoliert reflektiert und tradiert. Diesen Zustand gilt es zu überwinden, sodass das Sakrament der Krankensalbung in seiner Vorbereitung und Feier als Ausdruck des Grundsakraments Jesus Christi in den Vollzug der Kirche eingebettet wird (Windisch 2010; Fischer 2010; Karle 2010; Roser 2009). Um diese Ziele zu erreichen, müsste man sich viel stärker der neuen Seelsorgeparadigmen bedienen, wie etwa der missionarischen Seelsorge, gerade auch in ihrer sozialpastoralen Dimension. Diese Form der Seelsorge kann von der menschlichen Affinität für Religiöses und Spirituelles gut profitieren, selbst dann, wenn ihr „Klientel“ immer stärker säkular geprägt ist. Auf diese Weise kann gerade dem Schwerkranken und seiner familiären Umwelt vermittelt werden, dass sich die Kirche im Namen Jesu um die Belange der Menschen kümmert und Heilungspotenziale freisetzen kann. In diesem Sinne kann auch eine „sozialräumlich orientierte Seelsorge“ in ihrer gemeinschaftsstiftenden Funktion einsetzen, die neue Räume für den „Christus Medicus“ schafft, dessen heilsame Nähe in der Berührung und Salbung dem Kranken Glauben und Vertrauen sowohl im Leben als auch im Sterben vermittelt. Die „Medikamente der Kirche“ gehören einer ganzheitlicheren Heilungsdimension an, die in ihrem Potential sicherlich noch nicht ausgeschöpft sind (Fischer 2005; Wacker 2009; Laughlin et al. 2010; Manikonda 2010). Die Kirche verfügt nämlich über Schätze, die viel zu selten genutzt werden. Dabei stehen sakramentale Handlungen und Sakramentalien, wie etwa Gebete, Segnungen mit Weihwasser, und Salbungen etc. aus pastoraltheologischer Betrachtung einander nicht konträr gegenüber, sondern weisen vielmehr gemeinsam auf das gleiche Ziel hin. Dennoch aber sieht sich das Sakrament der Krankensalbung mit einer starken Vernachlässigung gegenüber anderen Sakramentalien konfrontiert, nicht zuletzt weil letztere auch im privaten Verfügungsrahmen zugänglich sind und auch von vielen spiritualitäts- und esoterikorientierten Angeboten eingesetzt werden (u.a. Hilpert 2009). Die Krankensalbung hingegen erfordert ein Handeln der Amtskirche im priesterlichen Dienst und damit einen entsprechenden strukturellen Zugang des Gläubigen, der nicht nur personalbedingt, sondern auch infolge soziokultureller und psychoreligiöser Traditionen erschwert wird.

Somit ist eine systemisch vernetzte seelsorgerische Verbreitung der Krankensalbung und seine gemeinschaftliche Dimension sicherlich auch nicht durch einen „inflationären“ Gebrauch zu sichern – als prophylaktisches Mittel und Alltagsheilmittel oder als angenehme Unterbrechung des Alltagslebens von Senioren – wie schon öfters kritisiert. Vielmehr erfordert sie eine sachliche und sinnstiftende aktivierende Praxis sowohl in der Individualseelsorge, in der Familien- und Gemeindepastoral wie auch in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Seniorenheimen. Wie die Resultate der Studie belegen, liegt das Hauptproblem in der Überwindung der eindimensionalen Wahrnehmung und Tradierung von Erfahrungen des Krankensakraments auf Seiten der Gläu-

bigen. Somit ist es wichtig, entsprechende Verkündigungs- und Erfahrungsräume für eine „ganzheitliche Ermutigung und Stärkung der Menschen“ für ihr Leben und Sterben zu schaffen. Um die Krankensalbung als heilsvoll und wohltuend schätzen und annehmen zu können, muss sie für die Menschen stärker erfahrbar werden. So muss die liturgische Seelsorge nach neuen Wegen suchen, die Krankensalbung so zu feiern, dass sie die Menschen in ihrer Betroffenheit und Befindlichkeit direkt anspricht, stärkt und tröstet.

ANOINTING OF THE SICK AS A SIGN OF CARE AND PROMISE OF SALVATION: INITIAL RESEARCH RESULTS

SUMMARY

Religious and spiritual ways of salvation have increasingly become the interest of Western societies in recent years and have gained increasing appreciation as healing resources also in medicine and psychotherapy. Contrary to this development, however, the desire among believers to receive the sacrament of the anointing of the sick decreases. Today, this sacrament of comprehensive healing is one of the most neglected sacramental practices.

The background seems to be that the general administering of the anointing of the sick in recent decades has focused primarily on life-threatening and terminal illness situations at the end of life. In the context of possible explanation perspectives, therefore, from a practical-theological perspective, the question arises as to the extent to which this development may be a too one-sided emphasis on the soteriological-eschatological dimension of the sacrament, combined with the neglect of its therapeutic-healing significance. Similarly, structural changes, in particular the inadequate staff situation, could also be relevant, as a result of which personal demand as well as the proactive practice of sacrament in parishes and hospitals could not be supported sufficiently.

Based on these hypotheses, believers from Bavaria (N = 402 persons) were asked about their understanding of sacramental anointing with the aim of juxtaposing these perceptions with theological interpretation. With this comparative perspective, relevant explanation mechanisms for the decline in administering practice are to be uncovered in order to derive possible pastoral implications.

The research shows that while the believers questioned are turning to religious practices in the event of illness, the sacrament of anointing of the sick is in fact only requested by a few. Contrary to expectations, the respondents are well acquainted with the current theological understanding of the sacrament of the sick. They recognize the therapeutic effect of the sacrament and are able to perceive critically the differentiation from its original conception as a last rite. However, there is a lack of personal motivation to accept the sacrament of the sick as an important option for healing, alongside any other practices and offers.

As an explanation of these findings, a discrepancy between the cognitive understanding and the emotional perceptions of the believers on the sacrament of the anointing of the sick is discussed. It is possible that believers', despite their positive access to the sacrament on a rational-cognitive level, emotionally-unconscious face the sacrament with reserve and a certain distortion as well as reluctance due to its traditional significance as a farewell sacrament or "Last Anointing". This would not only require a rethink of the believers, but above all the need to live a "new" administering practice in pastoral care. This should not only be based on an abstract knowledge building, but above all also actively include the cognitive-emotional approaches of the believers and initiate a certain practice. Pastoral care needs new ways to celebrate the anointing of the sick in such a way that it directly addresses, strengthens and comforts people in their concern and sensitivities.

Ultimately, pastoral theology has a need for a deeper discussion and reflection on how to create positive awareness and familiarity with the sacrament of the anointing of the sick as well as on how to open up new approaches in an experience-oriented manner.

Keywords: the sacrament of anointing of the sick; anointing; ministry; salvation

Słowa kluczowe: sakrament uzdrowienia; namaszczenie chorych; duszpasterstwo; zbawienie

LITERATURVERZEICHNIS

- Alois M.O.O.S. (1987), » Krankensalbung «oder» Letzte Ölung «. Stellungnahme in einer Kontroverse, in: *Im Angesicht des Todes II. Pietas Liturgica 4*, Hrsg. Hj. Becker, B. Einig, P.O. Ullrich, St. Ottilien, S. 791-811.
- Bärsch J. (2012), „Ist einer von euch krank?...“ *Dimensionen der Heilung in der Feier der Krankensalbung*, „Trierer Theologische Zeitschrift“ 1, S. 443-461.
- Benjamins M.R., Musick M.A., Gold D.T., George L.K. (2003), *Religious activities and chronic illness in an elderly population*, "The Journals of Gerontology: Social Sciences" 58, S. 377-385.
- Błaszczak R. (2016), *Sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych na przestrzeni dziejów do Vaticanum Secundum*, „Liturgia Sacra“ 22(48), S. 337-345.
- Borobio D. (1991), *Annäherung an die Heilungssalbung in der Alten Kirche*, „Concilium“ 27, S. 116-124.
- Böntert S. (2008), *Heilssorge in Krankheit als Paradigma liturgischen Handelns. Überlegungen zur Gottesdienstkultur im Schnittfeld von Theologie, Medizin und Ritual*, „Heiliger Dienst“ 62, S. 224-244.
- Büssing A., Pilchowska I., Surzykiewicz J. (2015), *Spiritual needs of Polish patients with chronic diseases*, "Journal of religion and health" 54(5), S. 1524-1542.
- Büssing A., Ostermann T., Matthiessen P.F. (2005), *Engagement of patients in religious and spiritual practices: Confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research*, "Health and Quality of Life Outcomes" 3(53), S. 1-11.
- Büssing A., Reiser F., Michalsen A., Baumann K. (2012), *Engagement of patients with chronic diseases in spiritual and secular forms of practice: results with the shortened SpREUK-P SF17 questionnaire*, "Integrative Medicine A", 11, S. 28-38.

- Carey L., Cobb M., Equeall D. (2005), *From pastoral contacts to pastoral interventions*, "Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy" 8(2), S. 14-20.
- Casel O. (1986), *Mysterientheologie. Ansatz und Gestalt*, Regensburg, Pustet Verlag.
- Christifideles Laici – Johannes Paul II. (1989), *Nachsynodales Apostolisches Schreiben Cristifideles laici über die Berufung und Sendung der Laien in Kirche und Welt*, Hrsg. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 87, Bonn.
- De-Poortere K. (1998), *Neue Entwicklungen rund um die Krankensalbung*, „Concilium“ 34, S. 553-564.
- Deutsche Bischofskonferenz und Österreichische Bischofskonferenz (1975), *Die Feier der Krankensakramente*, Einsiedeln–Wien: Benzinger, Herder.
- Donovan J. (2004), *Dying alone: The consequences of abandoning extreme unction*, "Questions liturgiques" 85, S. 206-215.
- Drumm M. (2002), *The practice of anointing and the development of doctrine*, in: *Recovering the riches of anointing. A study of the sacrament of the sick*, Hrsg. G. Glen, Collegeville, Minnesota, S. 37-58.
- Dufour B. (1989), *Le sacrement de pénitence et le sacrement de l'onction des malades : commentaire des canons*, Paris: Tardy, S. 959-1007.
- Ecclesia Catholica (2003), *Katechismus der katholischen Kirche*, Oldenbourg Verlag.
- Emblen J.D., Halstead L. (1993), *Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains*, "Clinical nurse specialist" CNS, 7(4), S. 175-182.
- Engbretson K. (2004), *Teenage boys, spirituality and religion*, "International Journal of Children's Spirituality" 9, S. 263-278.
- Feher S. Maly R.C. (1999), *Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith*, "Psychooncology" 8, S. 408-416.
- Fischer B. (2005), *Sakrament der Zärtlichkeit und Kraft*, „Gottesdienst“ 39, S. 100-101.
- Fischer M. (2010), *Spezifisch christliches Qualitätsprofil? Das christliche Gütesiegel proCum Cert im Spiegel des konfessionellen Selbstverständnisses*, „Wege zum Menschen“ 62. Jg., S. 164-175.
- Flannelly K.J., Handzo G.F., Weaver A.J., Smith W.J. (2005), *A national survey of health care administrators' views on the importance of various chaplain roles*, "The Journal of Pastoral Care and Counseling" 59(1-2), S. 87-96.
- Flannelly K.J., Handzo G.F., Galek K., Weaver A.J., Overvold J.A. (2006), *A national survey of hospital directors' views about the importance of various chaplain roles: Differences among disciplines and types of hospitals*, "The Journal of Pastoral Care and Counseling" 60(3), S. 213-225.
- Frick E., Haagen T. (2009), *Rituale, Zeichen und Symbole*, in: *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen*, Hrsg. E. Frick, T. Roser, Münchner Reihe Palliative Care, Kohlhammer, S. 265-271.
- Fuchs O. (2002), *Die sakramentale Salbung an der Grenze des Lebens*, „Lebendiges Zeugnis“ 57, S. 190-201.
- Gerhards A. (2000), *Die Krankensalbung – ein heilsames Sakrament*, „Lebendige Seelsorge“ 51, S. 147-152.
- Glawatzki D. (2007), *Krankensalbung nach Jakobus 5: Privatproblem des Kranken oder vernachlässigter Gemeindeauftrag?* (Doctoral dissertation, Southwestern Baptist Theological Seminary).
- Greshake G. (1980), *Letzte Ölung – Krankensalbung – Tauferneuerung angesichts des Todes? (Un-) Zeitgemäße Bemerkungen zur umstrittenen Sinngebung und Praxis eines Sakraments*, in: *Leiturgia – Koinonia – Diakonia. Festschrift für Kardinal Franz König zum 75. Geburtstag*, Hrsg. R. Schulte, Freiburg–Basel–Wien, S. 97-126.
- Greshake G. (1983), *Letzte Ölung oder Krankensalbung? Plädoyer für eine differenziertere sakramentale Theorie und Praxis*, „Geist und Leben“ 56, S. 119-136.
- Greshake G. (1997³), *Krankensalbung. II Systematisch-theologisch*, in: *Lexikon für Theologie und Kirche*, 6, S. 425.

- Greshake G. (1998), *Die Krankensalbung zwischen physischer und spiritueller Heilung*, „Concilium“ 34, S. 544-553.
- Grillo A. (2005), *L'unzione degli infermi: salvezza e guarigione. Quale efficacia sacramentale?*, in: *Celebrare il sacramento dell'unzione degli infermi*, Hrsg. A. Grillo, E. Saponi, Roma: CLV, S. 41-60.
- Grillo A., Saponi E. (2005), *Celebrare il sacramento dell'unzione degli infermi*, Roma: CLV.
- Groen B. (2005), *Die Krankensalbung und ihr Platz in der heutigen Krankenhauseelsorge*, „Heiliger Dienst“ 59, S. 100-108.
- Guinan P., Zabiega T., Zainer C. (2010), *Pastoral Care: The Chicago Study*, „Linacre Quarterly“ 77(2), S. 175-180.
- Herzog M. (1994), *Christus medicus, apothecarius, samaritanus, balneator. Motive einer medizinisch-pharmazeutischen Soteriologie*, „Geist und Leben“ 67, S. 414-434.
- Hilpert K. (2009), *Spiritualität – esoterisches Gegenphänomen zu traditionell kirchlicher Frömmigkeit?*, in: *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Hrsg. E. Frick, T. Roser, Stuttgart, S. 57-64.
- Hoff G.M., Klein C., Volkenandt M. Hrsg. (2010), *Zwischen Ersatzreligion und neuen Heilserwartungen. Umdeutungen von Gesundheit und Krankheit*, Freiburg–München: Alber.
- Kongregation für die Glaubenslehre (2000), *Instruktion über die Gebete um Heilung durch Gott*, Bonn.
- Jamroch E. (2006), *Wiedza religijna i media katolickie*, in: *Postawy społeczno-religijne archidiecezjan warszawskich*, Hrsg. W. Zdaniewicz, S.H. Zaremba, Warszawa: Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, S. 39-51.
- Jeggle-Merz B. (2012), «Ist einer von euch krank? Dann...» (*Jak 5,14*), „Seelsorge in Palliative Care“ 5, S. 115.
- Jeserich F. (2011), *Religion, Spiritualität und Gesundheitswissenschaft: Eine formale und inhaltliche Analyse deutscher Fachbücher und Zeitschriften*, „Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler – German Journal for Young Researchers“ 3(1), S. 121-152.
- Jim H.S., Pustejovsky J.E., Park C.L., Danhauer S.C., Sherman A.C., Fitchett G., ... & Salsman J.M. (2015), *Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis*, „Cancer“ 121(21), S. 3760-3768.
- Jordahn O. (2005), *Erneuerung der Feier der Krankensegnung und Krankensalbung in ökumenischer Perspektive*, in: *Sakramente ökumenisch feiern. Vorüberlegungen für die Erfüllung einer Hoffnung. Theodor Schneider zum 75. Geburtstag*, Hrsg. D. Sattler, G. Wenz, Mainz, S. 445-466.
- Jorissen I., Meyer H.B. (1974), *Pastorale Hilfen in Krankheit und Alter: über Krankheit, Alter und das Sakrament der Krankensalbung*, Tyrolia-Verlag.
- Kaczynski R. (1980), *Was heißt »Geheimnisse feiern«?*, „Münchener Theologischer Zeitschrift“ 3(87), S. 241-256.
- Kaczynski R. (1992), *Feier der Krankensalbung*, in: R. Meßner, R. Kaczynski, *Gottesdienst der Kirche. Handbuch der Liturgiewissenschaft*, Teil 7, 2: *Sakramentliche Feiern I/2*, Regensburg: Verlag Friedrich Pustet, S. 241-343.
- Kaczynski R. (1993), *Heilserfahrung durch die erneuerte Feier der Sakramente*, in: *Religiöse Erfahrung und theologische Reflexion. Festschrift für Heinrich Döring*, Hrsg. A. Kreiner P. Schmidt-Leukel, Bonifatius Verlag, S. 195-210.
- Karle I. (2010), *Perspektiven der Krankenhauseelsorge: Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care*, „Wege zum Menschen“ 62(6), S. 537-555.
- Karrer L. (2009), *Kranken – Salbung*, „Diakonia“ 40, S. 78-82.
- Kleinheyer B. (1989), *Handauflegung zur Krankensalbung*, „Heiliger Dienst“ 43, S. 107-121.
- Knauber A. (1978), *Salbung und Gebet des Glaubens – das apostolische Sakrament der Kranken: Liturgie-Pastoral-Spiritualität-Doktrin der Krankensalbung*, St. Benno-Verlag.

- Koenig H.G. (2001), *Religion and medicine IV: Religion, physical health, and clinical implications*, "International Journal of Psychiatry in Medicine" 31(3), S. 321-336.
- Koenig H.G., King D.A., Carson V.B. (2011²), *The Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press: New York.
- Koenig H.G., Al Shohaib S. (2014), *Christian Beliefs, Practices, and Values*, in: *Health and Well-Being in Islamic Societies*, Springer International Publishing, S. 57-80.
- Koenig H.G. (2018), *Religion and mental health: Research and clinical applications*, Academic Press.
- Kohlschein F. Ed., (1989), *Aufklärungskatholizismus und Liturgie: Reformentwürfe für die Feier von Taufe, Firmung, Busse, Trauung und Krankensalbung*, EOS-Verlag.
- Kopp S. (2019), *Spirituelle und sakrale Räume*, „Spiritual Care“ 8(1), S. 63-66.
- Köster P. (2010), *Ursymbole und Riten des Glaubens. Die Feier der Sakramente*, BoD—Books on Demand.
- Kranemann B. (1992), *Die Krankensalbung in Aufklärung und Gegenwart. Ein liturgiegeschichtlicher Vergleich*, „Liturgisches Jahrbuch“ 42, S. 96-121.
- Kranemann B. (2009), *Ein Zeichen in Kirche und Gesellschaft. Anmerkungen zur Praxis der Krankensalbung*, „Diakonia“ 40, S. 91-97.
- Kröger A. (2009), *Theologie der Heiligen Ölung*, „Una-Voce-Korrespondenz“ 39, S. 339-352.
- Kumor A. (2016), *Podmiot sakramentu namaszczenia chorych*, „Kościół i Prawo“ 5(1), S. 161-179.
- Larson-Miller L. (2005), *The sacrament of anointing of the sick*, Collegeville, Minnesota: Liturgical Press.
- Laughlin C., McGinnis Lee S. (2010), *The Catholic Handbook for Visiting the Sick and Homebound 2011*, Archdiocese of Chicago: Liturgy Training Publications.
- Leijssen L. (1995), *Die Krankensalbung. Eine Neu-Interpretation aus dem heutigen Kontext heraus*, „Liturgisches Jahrbuch“ 45, S. 152-177.
- Lenzinghausen zu U.M. (1999), *Krankensalbung in der evangelischen Klinikseelsorge-ein Ritual wird neu entdeckt*, Vol. 7, Siglo del Hombre Editores.
- Levin J. (2001), *God, faith, and health: Exploring the spirituality-healing connection*, Hoboken, NJ: Wiley.
- Lucchetti G., Lucchetti A.L. (2014), *Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999-2013)*, "International Journal of Psychiatry in Medicine" 48(3), S. 199-215.
- Lustiger J.M. (1991), *Stärkung fürs Leben: über das Kranksein und das Sakrament der Krankensalbung*, Verlag Neue Stadt.
- Lutz B. (2005), *Heil und Heilung. Zwei zusammengehörende Dimensionen im Handeln Jesu und der Kirche*, „Glauben leben“ 81, S. 211-215.
- Manikonda P. (2010), *Christus medicus: Die Pastoral als Ort der spirituell ganzheitlichen Heilung*, Bd 33, LIT Verlag.
- Martimort A.G. (1988), *Prayer for the Sick and Sacramental Anointing*, in: *The Church at Prayer. An Introduction to the Liturgy*, vol. III: *The Sacraments*, Ed. A.G. Martimort, Collegeville: The Liturgical Press, S. 124-125.
- Mateja E. (2016), *Pastoralne aspekty sprawowania sakramentu namaszczenia chorych*, „Liturgia Sacra“ 22(48), S. 373-384.
- Mélia E. (1983), *The Sacrament of the Anointing of the Sick: Its Historical Development and Current Practice*, in: *Temple of the Holy Spirit. Sickness and Death of the Christian in the Liturgy*, Ed. A.M. Triacca, New York, S. 127-160.
- Mette J. (2010), *Heilung durch Gottesdienst? Ein liturgietheologischer Beitrag*, Studien zur Pastoral liturgie, Bd 24, Regensburg: Verlag Friedrich Pustet.
- Mick E.L. (2007), *Understanding the Sacraments: Anointing*, The Order of St. Benedict Inc. Collegeville, Minnesota.
- Moioli G. (1978), *L'unzione dei malati. Il problema teologico della sua natura*, "Rivista della Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale" 3, S. 33-55.

- Moschella V.D., Pressman K.R., Pressman P., Weissman D.E. (1997), *The problem of theodicy and religious response to cancer*, "Journal of Religion and Health" 36, S. 17-20.
- Müller W. (2002), *Gnade in Welt: Eine symboltheologische Sakramentenskizze*, Münster: Litt-Verlag.
- Müller J. (2006), *Sakramente der Heilung-Erfahrungen der Zärtlichkeit und der Solidarität Gottes mit dem Menschen*, „Spiritualität in der modernen Medizin“ 10, S. 109.
- Narayanasamy A. (1993), *Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs*, "Nurse Education Today" 13(3), S. 196-201.
- Nocke F.J. (1997), *Sakramententheologie. Ein Handbuch*, Düsseldorf.
- Nocke F.J. (2011), *Krankensalbung: retten – aufrichten – stärken*, „Themenhefte Gemeinde“ 2, S. 5-9.
- O'Brien M.E. (2013), *Spirituality in nursing*, Jones, Bartlett Publishers.
- Ordo unctionis infirmorum* (1972), *Rituale Romanum. Ordo Unctionis Infirmorum eorumque pastoralis curæ*, editio typica, Typis Polyglottis Vaticanis.
- Pargament K.I., Mahoney A., Exline J.J., Jones J., Shafranske E. (2013), *Envisioning an integrative paradigm for the psychology of religion and spirituality*, in: *APA handbook of psychology, religion, and spirituality*, Vol. 1, Ed. K.I. Pargament, Washington, DC: American Psychological Association, S. 3-19.
- Peters J. (2012), *Die Krankensalbung-Ein Überblick*, GRIN Verlag.
- Poovathanikunnel Th. (2012), *Extra sacramenta nulla gratia: if anyone says, that the sacraments of the New Law are not necessary unto salvation, let him be anathema?*, "Malabar theological review" 7, S. 50-73.
- Power D.N. (1991), *Das Sakrament der Krankensalbung. Offene Fragen*, „Concilium“ 27, S. 154-163.
- Prétot P. (2006), *Sacraments and healing: A typology of the relationship between two dimensions of salvation*, "Sacra Liturgia" 36, S. 34-59.
- Probst M., Richter K. Hrsg. (1975), *Heilssorge für die Kranken. Hilfen zur Erneuerung eines missverstandenen Sakraments*, Freiburg–Einsiedeln.
- Puchalski Ch.M. (2012), *Spirituality in the cancer trajectory*, "Annals of Oncology" 23, S. 49-55.
- Puchalski Ch.M. (2013), *The critical need for spirituality in our healthcare system*, "New Theology Review" 14(4).
- Rahner K. (1980), *Zur Theologie des Gottesdienstes. in: K. Rahner, Schriften zur Theologie*, Bd. 14: *In Sorge um die Kirche*, Zürich, Verlag Benziger.
- Revel J.Ph. (2009), *Traité des sacrements, VI: L'onction des maladies*, Paris.
- Richter K. (1993), *Die Krankensalbung in der frühen Kirche und die gegenwärtige Praxis*, „Lebendige Seelsorge“ 44, S. 92-95.
- Roser T. (2009), *Spiritual Care – neuere Ansätze seelsorglichen Handelns*, in: *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett*, Hrsg. U.H.J. Körtner, S. Müller, M. Kletecka-Pulker, J. Inthorn, Wien, Springer Verlag S. 81-90.
- Rouillard P. (2000), *The anointing of the sick in the west*, in: *Handbook for Liturgical Studies. IV. Sacraments and Sacramentals*, Hrsg. A.J. Chupungco, Collegeville, S. 171-190.
- Ruppert S., Heindl P. (2019), *Divergenz oder Kongruenz von Palliative Care und Critical Care*, in: *Palliative Critical Care*, Springer, Berlin–Heidelberg, S. 83-98.
- Schneider-Harpprecht Ch., Allwinn S. Hrsg. (2010), *Psychosoziale Dienste und Seelsorge im Krankenhaus: Eine neue Perspektive der Alltagsethik*, Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schulz M. (2001), *Sakramentale Theodizee: die Krankensalbung. Anthropologie, Theologie und Spiritualität eines Sakraments*, „Theologie und Glaube“ 91, S. 69-86.
- Senders A., Wahbeh H., Spain R., Shinto L. (2012), *Mindbody medicine for multiple sclerosis: a systematic review*, *Autoimmune Diseases*, Article ID 567324.
- Sherman A.C., Simonton S. (2001), *Coping with cancer in the family*, "The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families" 9, S. 193-200.
- Sobeczko H.J. (2016), *Zagadnienia teologiczne sakramentu namaszczenia chorych*, „Liturgia Sacra“ 22(48), S. 357-371.

- Schroeter-Wittke H. (2018), *Prekäre Situationen: Rituale im Krankenhaus*, „Wege zum Menschen“ 70(4), S. 358-368.
- Soffner S. (2015), *Wenn Gott uns berührt: Gebet und Salbung am Krankenbett*, Vol. 8, Akademische Verlagsgemeinschaft München AVM.
- Thuné-Boyle I.C.V., Stygall J., Keshtgar M.R.S., Davidson T.I., Newman S.P. (2011), *The impact of a breast cancer diagnosis on religious/spiritual beliefs and practices in the UK*, “Journal of Religion and Health” 50(2), S. 203-218.
- Traets C. (1990), *The sick and suffering person. A liturgical/ sacramental approach*, “Questions Liturgiques” 71, S. 30-49.
- Van Leeuwen R., Tiesinga L.J., Jochemasen H., Post D. (2007), *Aspects of spirituality concerning illness*, “Scandinavian Journal of Caring Science” 21, S. 482-489.
- Wacker P. (2009), *Krankensalbung in der Seelsorge*, Examensarbeit. Grin Verlag.
- Weinberger-Litman S.L., Muncie M.A., Flannelly L.T., Flannelly K.J. (2010), *When do nurses refer patients to professional chaplains?*, “Holistic Nursing Practice” 24, S. 44-48.
- Welt Online (2011), *Wo und wie man in Europa stirbt*, in: http://www.welt.de/welt_print/article1269089/Wo_und_wie_man_in_Europa_stirbt.html, 11. Januar 2011.
- WHO (2002³), *Pastoral Intervention Codings*, *International Classification of Diseases*, World Health Organization, Geneva, ICD-10-AM. Vol. 10.
- Wielebski T. (2015), *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Między teorią i praktyką*, „Teologia Praktyczna” (16), S. 43-77.
- Wielebski T. (2007a), *Sakrament namaszczenia chorych w duszpasterskiej posłudze Kościoła. Słowo krzyża*, „Rocznik Poświęcony Teologii Krzyża oraz Duchowości i Historii Pasjonistów” 1, S. 129-143.
- Wielebski T. (2007b), *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Kierunki rozwoju*, „Ateneum Kapłańskie” 587(99), S. 314-335.
- Windisch H. (2010), *Die Krankensalbung – das vergessene Sakrament. Denkanstöße für die Pastoral in Gemeinde und Krankenhaus*, „Anzeiger für Seelsorge” 119, S. 5-7.
- Winter-Pfändler U., Morgenthaler Ch. (2010), *Rolle und Aufgaben der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen*, „Wege zum Menschen”, 62. Jg., S. 585-597.
- Zdaniewicz W. (2013), *Model katolickiej religijności*. in: *Postawy społeczno-religijne Polaków 1991-2012*. L. Adamczuk, E. Firlit, W. Zdaniewicz (Hg.), Warszawa, S. 107-109.
- Ziegenaus A. (2006), *Der Empfänger der Krankensalbung*. in: A. Egler, W. Rees (Hrsg.), *Dienst an Glaube und Recht. Festschrift für Georg May zum 80. Geburtstag* (, S. 709-719), Kanonistische Studien und Texte, 52.
- Ziegenaus A. (1996), *Die Frage nach dem Spender der Krankensalbung oder: Die simulatio sacramenti*. „Forum katholische Theologie“ Vol. 12, No. 3-4, S. 173-195), Schneider Druck.
- Zimmerling P. (2002), *Forum. Gebet und Salbung für Kranke*. „Praktische Theologie“ 37(3), S. 218-228.

Janusz Surzykiewicz – studiował teologię i nauki społeczne w Polsce, we Włoszech, w USA i Niemczech. W 1997 roku podjął pracę duszpasterską w parafii św. św. Piotra i Pawła w Neufarn i przyczynił się do ożywienia życia religijnego w tym regionie. Oprócz obowiązków duszpasterskich w latach 2001 i 2007 pełnił funkcję asystenta naukowego na Wydziale Duchowości Chrześcijańskiej i Homiletyki na Katolickim Uniwersytecie w Eichstätt-Ingolstadt. W 2008 r. został profesorem teologii pastoralnej. Od 2007 roku jest kierownikiem Katedry Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.