

¹⁸ A. Moos, „Krankensalbung“ oder „Letzte Ölung“?, in: H. Becker/B. Einig/ P.-O. Ullrich (Hg.), Im Angesicht des Todes, Bd. II, St. Ottilien 1987, 793. Daß damit aber die Kirche ihr „letztes Wort“ gesprochen habe - wie Moos meint -, verkennt die grundsätzliche Geschichtlichkeit der sakramentalen Praxis und übersieht, daß die radikalen Schritte zur Ablösung des fünften Sakraments von jeder Beziehung zum Tod nicht durch das kirchliche Lehramt, sondern durch bestimmte Theologen geschehen ist.

¹⁹ Vgl. z.B. G. Davanzo, L'unzione degli infermi, in: EphLit 89 (1975) 333, der als Prinzip setzt: „Soggetto è chi ci ritiene ammalato“: „Empfänger (der Krankensalbung) ist der, der sich für krank hält.“

²⁰ Typisch ist etwa R. Kaczynski, Die Feier der Krankensakramente. Für eine pastorale Praxis entsprechend der liturgischen Ordnung, in: IkaZ 12 (1983) 423-436.

²¹ Dieser „neue Trend“ bietet auch Vorteile für das ökumenische Gespräch. Siehe dazu K. Lehmann/W. Pannenberg (Hg.), Lehrverurteilungen - kirchentrennend? Bd. I, Freiburg i.Br. 1986, 138f: „Auch die evangelischen Kirchen [sind] der festen Überzeugung, daß ... der unter Gebet vollzogene pastorale Zuspruch, der mit sichtbaren Segenszeichen verbunden werden kann ..., dem Kranken die vertrauensvolle Gewißheit des Glaubens wirksam zu vermitteln vermag, daß Gott ... in Jesus Christus uns einen Arzt gegeben hat, ... dessen ... Geist uns an Leib und Seele gesund machen kann.“

²² J. Schmied, Einstellung zu Tod und Unsterblichkeit, in: G. Gebhardt (Hg.), Stichwort Tod, Frankfurt a.M. 1979, 46.

²³ K. Barth, Kirchliche Dogmatik, IV/1, Zollikon-Zürich, 1953, 131f.

²⁴ Zur Terminologie „große Hoffnung“ - „kleine Hoffnungen“ vgl. Barth, aaO. 72.

²⁵ Die Erhörung dieses Gebets kann jedoch nicht die eigentliche Intention des Sakraments sein. Man bedenke nur, wie sehr in der geistlichen Tradition der Kirche das Krank- oder Gesundsein im guten Sinn „relativiert“ wird. Für das Exerzitienbüchlein des hl. Ignatius v. Loyola ist es geradezu ein Kriterium für die „Indifferenz“, „ut non velimus ex parte nostra magis sanitatem quam infirmitatem“ (Nr. 23).

Neue Entwicklungen rund um die Krankensalbung

Kristiaan Depoortere

Der Kontext

Mehr noch als andere theologische Fachrichtungen spricht und schreibt die Praktische Theologie aus dem Blickwinkel eines bestimmten Kontextes. Wo die Theologie den Glaubensgemeinschaften in ihrer aktuellen Textur begegnet, kommen unterschiedliche Verhältnisse ans Tageslicht. Darum bietet dieser Artikel keine Lösungen an für jeden beliebigen Kontext. Die Wissenschaftlichkeit fordert wohl, daß wir die mit unserer Situation vorgegebenen Bedingungen erklären.

Dieser Beitrag ist situiert im flämischen Teil Belgiens, einer bis 1960 nahezu homogen katholischen Region, die aber heute genauso stark säkularisiert ist wie ganz Nordwesteuropa. Dennoch sind die katholischen Institutionen und Organisationen - u.a. aufgrund der Neudefinition ihrer grundlegenden Wertorientierung - außerordentlich stark erhalten geblieben: Jugend- und Erwachsenenbewegungen, eine christliche Versicherungsgesellschaft, eine Gewerkschaft, eine politische Partei usw. Dies bringt Paradoxe mit sich: 1955 studierten mehr als 75% der jungen Leute an katholischen Bildungseinrichtungen, 41% der allgemeinen Krankenhäuser und 88% der psychiatrischen Krankenhäuser waren einer übergreifenden christlichen Organisation zur Vertretung ihrer Interessen angeschlossen. Gleichzeitig aber ist die Teilnahme an der allwöchentlichen Eucharistiefeier von 1967 bis 1995 von 52% auf 15,2% gesunken, die Zahl der kirchlichen Eheschließungen von 91,8% auf 54,4%. Was die Gesundheitsvorsorge betrifft, so gibt es in fast jedem Krankenhaus einen ständigen pastoralen Dienst durch bezahlte Kräfte. In christlichen Krankenhäusern strebt man die Einrichtung eines Vollzeitarbeitsplatzes pro 150 bis 200 Betten an. Praktisch aber besteht der pastorale Dienst zumeist aus einem Priester und theologisch ausgebildeten Laien. In den Pfarrgemeinden sind nur noch wenige Laien hauptberuflich eingesetzt. Die Krankenseelsorge wird von Priestern und Freiwilligen getragen. Außer bei gelegentlichen Gottesdienstfeiern haben die meisten in der Pfarrseelsorge tätigen Priester nur wenig Erfahrungen mit der Krankensalbung. Kranke werden ja schnell in die Krankenhäuser gebracht. Unser Beitrag geht daher hauptsächlich von der Krankenhauspastoral und nicht von den Pfarrgemeinden aus. Das Bild des Patienten, das uns vor Augen steht, ist das eines ernstlich Kranken, der einige Zeit im Krankenhaus verbleibt und zur Kommunikation imstande ist. Dies sind natürlich Optionen mit einer gewissen Einseitigkeit.

Ich hätte gern die Gelegenheit wahrgenommen, einen kurzen Blick auf die Zeit vom 7. bis zum 9. Jahrhundert zu werfen. Daraus würde erhellen, welche enge Verbindung besteht zwischen der Gestaltung der Salbung mit dem „Öl des Olivenbaums“ und der Entwicklung der „sakramentalen“ Versöhnung. In Verbindung damit wird der Priester zum ausschließlichen Spender der Krankensalbung, und diese verändert sich zu einer Salbung von Sterbenden mit sehr ausgeprägtem Interesse am geistlichen Heil und an der Sündenvergebung. Die *poenitentia ad mortem* verdrängt die Krankensalbung und läßt sie zu einer *unctio ad mortem* werden.

Zweitens hätte ich in diesem geschichtlichen Überblick aufzeigen wollen, wie gegen die Verengung der Krankensalbung zu einem Sakrament für die Sterbenden in allen folgenden Jahrhunderten protestiert wurde. Immer wieder haben Seelsorger, Theologen und Konzilsväter (z.B. beim Konzil von Trient) für Krankensalbung plädiert, mit einem ausdrücklichen Gebet um ganzheitliche - also auch leibliche - Genesung.

Wir gehen hier jedoch sogleich über zur heutigen Situation, also gut dreißig Jahre nach dem Zweiten Vatikanischen Konzil. Mit diesem Konzil wird aus der „Letzten Ölung“ - nicht ohne einige Kompromisse - wieder die Krankensalbung. Das

Konzil wollte eine ermutigende Geste für ernstlich kranke Menschen: daß sie gerettet und heilgemacht werden und aufstehen sollten in der vollen Bedeutung der hier verwendeten Worte „*salvare*“ und „*allevare*“. In den vergangenen dreißig Jahren hat sich aber gezeigt, daß diese veränderte Bedeutung nur zu einer Minderheit durchgedrungen ist.¹ Woher kommt das? In den vergangenen Jahrzehnten hat es in der Gesundheitsvorsorge sowohl auf medizinischer als auch auf pastoraler Ebene Veränderungen gegeben. Dies ist der Ausgangspunkt unserer Überlegungen. Zur gleichen Zeit hat sich das theologische Denken über die Sakramente weiterentwickelt. Nach einer Skizzierung dieser Entwicklung bringen wir die beiden Reihen von Veränderungen zusammen und fragen uns, was nun zu tun ist: weiter versuchen, diese Option des Zweiten Vatikanums den Gläubigen nahezubringen, oder einen anderen Weg einschlagen, weil die Krankensalbung vielleicht eine Anzahl anthropologischer Gegebenheiten übersehen hat? Wir stellen hier eine Anzahl von Ideen zur Diskussion.

Veränderungen in der Gesundheitsvorsorge

In dem Maß, wie sich der Lebensstandard verbessert, leben Menschen länger. Nicht selten aber ist Lebensverlängerung auch Leidensverlängerung. Gewiß kann man die analgetische Wirkung der Anästhesie immer besser einsetzen. Aber das bedeutet ebensooft, daß Menschen schärfer mit Lebens- und Sterbensfragen und Angst konfrontiert werden. Darum ist eine fortwährende Überprüfung des Verhältnisses zwischen der kurativen und der versorgenden Dimension der Gesundheitsvorsorge vonnöten. Das *caring* (d.h. die ganzheitliche Sorge um den Menschen) muß Schritt halten mit dem schnell vorgehenden *curing*, das auf die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit ausgerichtet ist.

In diesem Zusammenhang hat Dr. Cicely Saunders aus einem ausdrücklich christlich inspirierten Impuls die Initiative für palliative Pflegemaßnahmen ergriffen. Ausgehend von der Realität „*total pain*“, sucht palliative Pflege eine integrale Antwort auf medizinischer, psychischer, sozialer und religiöser Ebene zu geben. So ist palliative Pflege als Mentalität die begleitende Ergänzung der kurativen Medizin. In der Endphase, wenn die kurative Medizin aufhört, übernimmt sie die Totalversorgung. Es ist nicht verwunderlich, daß in einem palliativen Kontext im Prozeß des Akzeptierens und in der Verarbeitung der Trauer aufs neue Symbolhandlungen und Rituale entdeckt werden wie z.B. das bewußt vollzogene Zudrücken der Augen des Verstorbenen oder das Übergeben des Traurings an den überlebenden Partner. Weil Symbolhandlungen und Rituale unterschiedliche Seinslagen zusam-

Der Autor

Kristiaan Depoortere, 1946 geboren; Professor für Pastoraltheologie an der Katholischen Universität zu Leuven und Professor für Sakramententheologie am Theologicum des Erzbistums Mecheln-Brüssel. Neueste Veröffentlichungen: *A Different God. A Christian view of Suffering* (Louvain Theological and Pastoral Monographs 17), Leuven/Chicago 1995; *Wie ist die Jezus?*, Tielt 1996; *Qui es-tu Jésus?*, Brüssel/Namur 1997. Anschrift: Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Godgeleerdheid, St. Michielsstraat 6, B-3000 Leuven, Belgien.

menbringen, sind sie hervorragend geeignet, um dem „*total pain*“ Ausdruck zu verleihen. In manchen Palliativzentren sind übrigens Kunsttherapeuten beigezogen worden, die helfen sollen, das Unsagbare zur Sprache kommen zu lassen.²

Die ursprüngliche ausdrücklich christliche Inspiration von Cicely Saunders ist mit der immer größeren Verbreitung des Konzeptes einer palliativen Pflege erweitert worden zu einem umfassenden Interesse an „Spiritualität“, einer Art von gemeinsamem Nenner aller Religionen. Das ist selbstverständlich auch sehr bedeutsam, aber es ist doch sehr fraglich, wem damit am meisten gedient ist. Erhalten die Patienten noch Begleitung in ihrer besonderen religiösen Not oder spiegelt das Wort „Spiritualität“ nicht viel eher den A-la-carte-Glauben der Begleiter wider?³

Auch die pastorale Begleitung in der Gesundheitspflege ist tiefgreifend verändert worden. Die verminderte Priesterzahl hat dabei eine Rolle gespielt. Die Wiedereinführung des ständigen Diakonats hat dabei wenig Abhilfe geschaffen. Die ergänzende Tätigkeit der Diakone ist in erster Linie liturgischer Art. Wenn man die Sendung in den Caritas-Bereich stärker betont hätte, wären vielleicht mehr Diakone in die Gesundheitspflege gegangen. Dann hätte sich die Frage nach dem Spender der Krankensalbung unumgebar aufgedrängt. Nun aber arbeiten meist Laien zusammen mit den Priestern in den pastoralen Diensten. Auch für sie bleibt nach der vatikanischen „Instruktion zu einigen Fragen über die Mitarbeit der Laien am Dienst der Priester“ vom 15. August 1997 (in: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 129, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1998) wenig amtliche „Beinfreiheit“. Diese Laien tragen verschiedene Namen: Pastoralarbeiter oder -arbeiterinnen, Pastoralhelfer oder -helferinnen, Pastoralanimateure oder -animateurinnen, Pastoralreferenten oder -referentinnen usw. Sie werden auf sehr verschiedene Weise vom Bischof beauftragt, mit einem liturgischen Auftrag oder ohne einen solchen, mit mehr oder weniger unbestimmten Vereinbarungen zwischen den Krankenhausleitungen und dem Bischofsvikar für die Caritas. Die Zusammenarbeit zwischen einem Mann (der meist älter und ordiniert ist) und einer Frau (die meist jünger ist und dem Laienstand angehört) eröffnet manchmal unverhofft komplementäre Möglichkeiten. Doch wird auch hier nicht selten „an der Kirche gelitten“ wegen uneindeutig formulierter Verteilung von Befugnissen und sehr gegensätzlichen Weisen, wie Kirche, Sakramente und Seelsorgsauftrag gesehen werden.

Nicht selten haben die Pastoralarbeiter und -arbeiterinnen aus dem Hindernis ein Sprungbrett gemacht und neue Arbeitsfelder in der Glaubensbegleitung von Kranken erschlossen. Um es etwas antithetisch zu sagen: „Bei Priestern (mit einer klassischen theologischen Ausbildung) bietet ein Sakrament manchmal Anlaß zu einem Gespräch, bei (mehr in der Wahrnehmung zwischenmenschlicher Beziehungen geschulten) Pastoralarbeitern und -arbeiterinnen führt ein Gespräch manchmal zur Verdichtung in einem Sakrament.“ Diese lapidare Formulierung offenbart aber einen grundlegenden Unterschied im Ansatz. In unserem Exkurs über die Sakramententheologie kommen wir darauf noch zurück.

Es liegt auf der Hand, daß die Frage nach dem Spender der Krankensalbung hier

ausdrücklich zur Sprache kommen muß. Etliche Bischöfe und Bischofskonferenzen unternehmen kreative Anstrengungen, um sowohl dem kirchenrechtlichen Standpunkt als auch den konkreten Arbeitssituationen gerecht zu werden. Der Niederländische Nationale Rat für Liturgie hat 1993 einen bischöflich approbierten offiziellen „Ordo: Bidden met stervenden“ veröffentlicht. Dies ist ein Gottesdienstbuch für die Segnung von Sterbenden entweder mit oder ohne Viatikum, wobei sowohl Priester als auch Pastoralarbeiter oder -arbeiterinnen der Liturgie vorstehen können.⁴

Es wird immer schwieriger zu erklären, warum Pastoralarbeiter oder -arbeiterinnen zwar die gesamte Glaubensbegleitung leisten können, nicht aber deren sakramentale Besiegelung. Diese Frage wird unter Priestern in aller Schärfe gestellt. Viele machen sich Sorgen betreffs der Gültigkeit des Sakramentes, wenn nichtordinierte Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen doch eine Art von Salbung praktizieren. „Mit einem ungültigen Sakrament betrügst du die Kranken...“ Manche Priester aber sehen sich auch in ihrer Identität in Frage gestellt, selbst wenn ihre nichtordinierten Mitarbeiter nicht salben. Theologisch liegen die Dinge zwar eindeutig, existentiell aber finden sie, daß sie „zu Sakramentenspendern reduziert“ sind; denn die Pastoralarbeiter und -arbeiterinnen sind mit der „schönsten“ Arbeit befaßt, nämlich der Glaubensbegleitung. Neuerdings aber kommen auch direkte Fragen von den Gesundheitseinrichtungen. Manche finden, daß man der Anfrage von Patienten - und selbst dem Verlangen nach der Krankensalbung - auch dann gerecht werden müsse, wenn das Bistum keine ordinierten Krankenhauseelsorger mehr zur Verfügung stellen kann; und auch dann, wenn kein Priester aus einer benachbarten Pfarrgemeinde herbeigerufen werden kann ...

Wonach aber verlangt der gläubige Patient? Für die Mehrheit der Kranken ist die Krankensalbung „die Letzte Ölung“ geblieben. Die abnehmende Kirchlichkeit und der Religionsunterricht in der Schule, der den Sakramenten und der Liturgie nicht allzuviel Aufmerksamkeit gewidmet hat, sind dabei wichtige Faktoren gewesen. Oder ist dabei doch noch mehr im Spiel? Hat die Entscheidung des Zweiten Vatikanums, die Krankensalbung auf einen früheren Termin zu verlegen, einer Reihe unterschiedlicher Anforderungen genügend Rechnung getragen? Sagt die hartnäckige Assoziation von Salbung und Sterben nicht, daß Kranke diese Geste dem letzten Augenblick vorbehalten möchten? Sowohl die Frage nach dem Spender der Krankensalbung als auch die Frage, ob das Zweite Vatikanum mit der Krankensalbung die richtige Option getroffen habe, verlangen nach einem theologischen Beitrag zur Klärung.

Schritte zu einer Entfaltung der Sakramentalität?

Es muß heute wohl einiges getan werden, um den Begriff „Sakramentalität“ weiter fassen zu können. Der Begriff „Sakramentalität“ wird aber in sehr verschiedenen Bedeutungen verwendet.⁵ Es ist hier nicht der Ort, um diese Debatte zu vertiefen. Darum beziehen wir uns nur kurz auf drei Autoren, die uns in unseren Überlegungen weiterhelfen.

Leonardo Boff schreibt, wo er Symbole und Sakramente behandelt: „Nun ist aber die Welt nicht bloß in Im-manenz und Trans-zendenz aufgeteilt. Darüber hinaus gibt es noch eine inter-mediäre Kategorie, die der Trans-parenz, die sowohl den Bereich der Im-manenz als auch den der Trans-zendenz in sich birgt... Transparenz heißt, scharf formuliert, folgendes: Trans-zendenz wird gegenwärtig im Im-manenten, so daß letzteres durchsichtig wird für ersteres. Indem die Wirklichkeit des Trans-zendenten in den Bereich des Im-manenten eindringt, transfiguriert es diesen und macht ihn trans-parent.“⁶ Wir können dieses Zitat von Boff auch folgendermaßen paraphrasieren: Alles in dieser irdischen Wirklichkeit und gewiß alles, was Liebe ist, wie menschlich auch immer es sein mag, kann transparent werden, Ikone des Göttlichen.

Zu der Frage, wie dieser Prozeß des Transparentwerdens verläuft, finden wir Erhellendes bei François-Xavier Durwell: In seinem Büchlein über die eucharistische Gegenwart Christi sagt er, der entscheidende Faktor dabei sei die Epiklese.⁷ Es geschieht unter der Anrufung des Heiligen Geistes, daß das Immanente transparent wird. Das Menschliche verliert dabei nichts an Reichtum. Im Gegenteil: Die Welt erreicht ihre höchste Ausdruckskraft durch die Einwohnung Gottes. In Verbindung mit der Eucharistie setzt der Geist alle Potentialitäten des Brotes frei. Dieses Brot stillt nicht nur den leiblichen Hunger, sondern ebenso sehr den tiefsten Hunger nach Sinn und Leben. Brot wird Brot-er [also Brot im Komparativ] und zum Brot-esten [Brot im Superlativ], so ungehindert transparent, daß es zur Realpräsenz Christi wird. Wer sich mit diesem Brot-esten nährt, wird mehr und mehr Mensch, wird immer transparenter, begibt sich auf den Weg zur Vollendung seines Menschseins.

Der dritte Autor, Marie-Louis Chauvet, sagt dasselbe in einer einzigen Passage von drei Sätzen: „Der ‚Ort‘ des Theologischen ist das Anthropologische. Das Spirituellste gibt sich im Leiblichsten. Das ist es doch wohl, was Sakramente bestätigen?“⁸

Diese drei Autoren tragen wertvolle Elemente bei zu einer neuen Sakramententheologie. Damit meinen wir in erster Linie eine Sakramententheologie, die im Leben wurzelt und ausgeht von dem Wertvollen, das dort geschieht. Für einen Gläubigen ist Gott - seit er in Christus und im Heiligen Geist alle partikularistischen Grenzen von Volk, Rasse und Lebensanschauung durchbricht - incognito am Werk in der kleinen Alltagsgeschichte, die Menschen innerhalb der großen Menschheitsgeschichte leben. Gott kämpft mit ihnen gegen Sinnlosigkeit und Unheil.

Für die Gesundheitsorge bedeutet dies eine Aufwertung von allem, was für einen Kranken getan wird, von wem auch immer und aus welcher Inspiration auch immer. Gott gibt durch Menschen Lebenszeichen von sich, mögen sie auch ungesehen oder unbewußt geschehen: in Form des operativen Eingriffs, bei der Schmerzbekämpfung, während der Therapie, bei der Prüfung der Bedingungen für die Kostenerstattung durch die Versicherung, beim Auffangen der Familie, beim Horchen auf Sinnfragen.

In einem gläubigen Kontext wird diese diskrete Gegenwart Gottes manchmal

gerade *en passant* ans Licht gebracht: Durch das Flüstern des Namens Gottes, durch ein Kreuzzeichen, einen Krankenbesuch im Namen der Pfarrgemeinde, ein Abschiedswort („Ich werde heute Abend noch einmal an dich denken“), eine Handauflegung, eine Segensbitte. Für diese kleinen Ritualisierungen verwendete man früher das Wort „Sakramentalien“. Wir können dieses Wort von neuem verwenden unter der Bedingung, daß es nicht die Bedeutung von „Überschuß“ oder von „etwas, das eben nicht das Niveau eines Sakramentes erreicht“, annimmt. Es ist ja genau umgekehrt: Sakramentalien sind der Humus, der Nährboden, aus dem Sakramente erwachsen. Sie sind auch mehr als bloße Vorbereitungen auf Sakramente. Sie sind in gewissem Sinne deren Wortgottesdienst. Sie helfen auch vermeiden, daß sakramentale Gesten zu magischen Zeichen verkommen, weil sie die Verbindung verlieren zum gewöhnlichen Leben und zu dem, was Menschen konkret beitragen können.

Sakramente *sensu stricto* - in gewissem Sinne eine dritte Ebene - sind keine Ritualisierungen „im Vorbeigehen“ mehr. Bei Sakramenten halten Menschen inne. Sie wollen nichts anderes tun, als einander ihre Liebe bezeugen, Eucharistie, Versöhnung feiern. Sakramente sind eine offizielle Besiegelung eines langen Prozesses, der sich zunächst *incognito* vollzieht, dann *en passant* in Symbolen Ausdruck findet und nun ausdrücklich bestätigt wird. Bei einer solchen Besiegelung fungiert ein bevollmächtigter Repräsentant Gottes und der gläubigen Gemeinschaft. Die Funktion eines solchen Repräsentanten hat Wurzeln unmittelbar im Neuen Testament.

Die sakramentale Besiegelung, die so etwas wie ein Siegel auf einer Urkunde ist, hat drei Dimensionen. Sie bedeutet in erster Linie eine Bestätigung der Authentizität: Alle vorangegangene Sorge um den Kranken war ein authentisches Werk, durch das Gott *incognito* Lebenszeichen von sich gab.

Dieses Authentisieren geschieht dadurch, daß dies ausdrücklich beim Namen genannt wird. Dies ist die zweite Bedeutung von Besiegeln. Der *incognito* wirkende Gott kommt zur Sprache. Er spricht im Wort der Heiligen Schrift während der Krankensalbung und in der Geste des Salbens selbst. Das Nennen seines Namens wirkt sozialisierend: Gottes Name ist hörbar für alle, die anwesend sind. Gott anzurufen, wirkt auch personalisierend, da sein Name über diesen konkreten Kranken ausgesprochen wird: „Auch du und vor allem du wirst mit Gott verbunden in deiner Leidenssituation.“

Die sakramentale Besiegelung ist schließlich eine Sendung, ein Auftrag. Das ist die dritte Bedeutung eines Siegels auf eine Urkunde. Diese Sendung ist ethisch, selbst jetzt noch: „Sei ein Zeichen der Hoffnung!“ Es gibt Kranke, welche die Kunst verstehen, den Krankenbesucher zu ermutigen. Und so laufen Sakramente doch wieder hinaus auf Sakramentalien. Der tiefere Sinn dieser Sendung aber ist eschatologisch. Die sakramentale Salbung versetzt die beiden vorausgehenden Aspekte in eine „Schon-und-noch-nicht-Bewegung“. Die authentisch ausgelegte Sorge für den Kranken ist ein erster Schritt auf den Punkt hin, wo „Gott alles in allem“ ist. Die Vollendung, von der hier die Rede war, ist eine Vollendung als Keim, nicht als vollausgewachsene Wirklichkeit. „*Invocation implique vocation*“,

Anrufung schließt Berufung ein. Gott mit Namen anzurufen in einem Sakrament bedeutet, gerufen und gesendet zu werden. Auch der Kranke wird gesendet: Weiterzuleben auf dem Weg zur Vollendung, zur Rettung und zur Auferstehung; mit einer noch nicht erfüllten Zukunft.

Solch eine inhaltliche Entfaltung der Sakramentalität - vom Alltagsleben bis hin zu einem ausdrücklichen Ritus - schließt auch eine liturgische Entfaltung auf dem Weg über verschiedene Entfaltungsmomente mit ein, worauf wir bald noch einmal zurückkommen werden. Aber sie impliziert auch die „fließende“ Zusammenarbeit verschiedener Seelsorger. Es geht hier nicht darum, die besondere Stellung, die dem durch Ordination bevollmächtigten Repräsentanten eignet, auszuhöhlen. Die besondere Stellung, die jemandem eignet, ist aber etwas anderes als eine Häufung von Aufgaben. Wenn eine Frau nach einer langen Reihe von Gesprächen mit einer Pastoralarbeiterin in der psychiatrischen Abteilung schließlich auf die Geschichte ihrer Abtreibung zu sprechen gekommen ist, muß man dann noch die Wiederholung dieses Bekenntnisses vor einem fremden Priester mit Nennung von „Zahl und näheren Umständen“ als *conditio sine qua non* für die sakramentale Absolution fordern? Hier wird konkret, daß das Sakrament eine Besiegelung ist. Manchmal ist solch ein zweites Bekenntnis therapeutisch von Nutzen. Manchmal aber ist es nichts anderes als eine Erniedrigung. Sollte es nicht möglich sein, daß eine Pastoralarbeiterin und eine Pönitentin einen Bußgang zu einer benachbarten Kirche machen, wo der Priester sie auf Absprache hin erwartet und der Priester der Pönitentin in (beredter) Stille die Hände auflegt, ihr Vergebung zuspricht und ihr das eucharistische Brot reicht? Werden hier nicht zu gleicher Zeit die „Autorität“ des Priesters als „Besiegler“ und das Begleitungstalent der Pastoralarbeiterin honoriert ... und vor allem viel Verständnis für die reuige Sünderin bewiesen?

Was aber kann eine solche Entfaltung der sakramentalen Wirklichkeit für die Krankensalbung bedeuten?

Zwischen Tatsache und Traum: Liturgische Begleitung von Kranken heute

Auf den ersten Blick erscheint die Rahmenordnung des Zweiten Vatikanums für die Krankenseelsorge reichhaltig und kohärent: Zuerst das Sakrament der Versöhnung, dann die Krankensalbung für diejenigen, die ernstlich geschwächt oder ernstlich krank sind (Praenotanda der Gottesdienstordnung für die Krankenseelsorge, Nr. 8) und schließlich die Wegzehrung für Sterbende. Die neue „Segnung eines Sterbenden“, von der oben die Rede war, paßt perfekt in diesen Rahmen. Von Notfällen abgesehen, stellt sich hier eigentlich kein Amtsproblem. Wenn man die Salbung rechtzeitig plant, ist Zeit genug, um einen Priester zu rufen.

Bei näherem Zusehen aber gibt es bei jedem Kettenglied dieses Schemas Probleme. Das Sakrament der Versöhnung macht im Westen eine schwere Krise durch. Auch viele praktizierende Katholiken gehen nicht mehr zur Einzelbeichte. Es ist

also nicht selbstverständlich, daß sie diese Praxis bei einer ernstlichen Erkrankung auf einmal wieder aufnehmen.

Was die zeitliche Vorverlegung der Salbung betrifft, kann man die kritische Anmerkung hören, daß diese perfekt in den Rahmen der Tabuisierung des Todes passe. Tatsächlich genügt ein bißchen Böswilligkeit, um zu bemerken, daß das Wort „Tod“ in der Gottesdienstordnung für die Krankensalbung nicht vorkommt - außer in bezug auf Christus. Nach dieser Kritik gelingt es einer Salbung außer Lebensgefahr - die sich bisweilen zu einer „Feier des vierten Lebensalters“ entwickelt -, eine persönliche Konfrontation mit der Sterblichkeit zu umschiffen und doch „alles gehabt zu haben“. Auf theologischer Ebene verweisen manche Autoren auf die Tatsache, daß die eschatologische Dimension des christlichen Glaubens heutzutage nicht viel zählt. Ein solches Umschiffen des Todes-in-der-ersten-Person tut den Menschen nicht wirklich gut. Gerade deshalb mißglückt die Neuerung des Zweiten Vatikanums ebenso wie die von Trient in diesem Punkt, weil anthropologische Forderungen übersehen worden sind. Vital und emotional verlangen Menschen nach einem Übergangsritus, gewiß zumindest für ihren letzten Hinübergang. Eine zu frühe Salbung beraubt sie dessen. Menschen wollen nicht gesalbt werden, es sei denn, daß sie - oder ihre Familie - wirklich das Gefühl haben, daß dies jetzt oder nie geschieht.

Ist aber nach dem Zweiten Vatikanum nicht das Viatikum, die letzte Wegzehrung, das Sakrament der Sterbenden? Theologisch stimmt das: Das Beste wird für den Schluß aufbewahrt, nämlich die Stärkung für den Weg ins Jenseits. In unseren christlichen Krankenhäusern aber kommunizieren viele Gläubige mehrmals wöchentlich. Auf anthropologischer Ebene hat das höchste Sakrament also nicht die Funktion eines Übergangsritus. Ganz zu schweigen von den vielen medizinischen und praktischen Problemen rund um die Kommunion von Sterbenden.

Und die Segnung von Kranken? So gut sie auch gemeint und so reich an Bedeutung sie auch sein mag, so ist sie als *rite de passage* zu verbal und zu dünn: Es gibt bei ihr keine sakramentale „Materie“. Und: Wäre dieser Ritus wohl erfunden worden, wenn Pastoralarbeiter und -arbeiterinnen die Krankensalbung spenden dürften?

Aber was dann? Wir plädieren nicht für die Wiedereinführung der „Letzten Ölung“, wohl aber für eine Krankensalbung, die wirklich als Übergangsritus fungieren kann. Diese Option ordnen wir ein in eine umfassende pastorale Strategie einer entfalteten Sakramentalität. Was wir hier bieten: Ein Aufwerfen einiger Ideen; mehr Fragen als Antworten ...

1. Die fortdauernde (oder wachsende?) Dissoziation zwischen Glauben und Heilkunde bereitet uns Sorgen. Wir reden oft über die heilende Kraft des Glaubens, aber die Bücher, die es dazu gibt, sind entweder eine Blütenlese von völlig miraculösen Begebenheiten oder reine Psychotherapeutisierung des Glaubens. Was ist denn die gesundmachende Kraft der sakramentalen Gnade? Ein Feld für die Untersuchung faszinierender und dringlicher Fragen!

2. Das tatsächliche Vakuum in der Sündenvergebung ist beunruhigend. Solange

Menschen gesund sind, gelingt es ihnen vielleicht, Schuldfragen zu verdrängen. Auf einem Krankenbett geht das nicht mehr. Wirkliche und vermeintliche Schuldfragen drängen sich Kranken massiv auf, gewiß dann, wenn sie begreifen, daß ihnen nicht mehr soviel Zeit bleibt für ein „Wachsen auf Vergebung hin“. Auch hier ist eine kreative Zusammenarbeit vonnöten, und zwar zwischen Humanwissenschaften und Religion, zwischen Psychotherapie und Glaubensbegleitung. Es wäre gut, wenn dabei die befreiende Botschaft für den Pönitenten im Vordergrund stünde - auf der Linie des Beispiels, das wir oben angeführt haben - und nicht in erster Linie juristische Vorschriften. Eben im Zusammenhang mit der Sündenvergebung wollten wir zu Beginn dieses Beitrags das Augenmerk auf das 8. und 9. Jahrhundert lenken, als auch ein solches rituelles Vakuum tatsächlich bestand. Dies bedeutete damals - und es bedeutet jetzt abermals -, in der Sorge für Kranke im Endstadium Schuldfragen größte Aufmerksamkeit zu widmen. Sollte die Verbindung von Krankensalbung und Sündenvergebung in dem Augenblick, in dem Sterben eine Möglichkeit in der ersten Person wird, denn doch nicht etwas sein, auf das man es aufs Geratewohl ankommen lassen darf?

3. In der Gesundheitsorge, in der Kranke allzuoft nur unter den Teilaspekten ihrer Symptome gesehen und von ihrem Milieu isoliert werden, bedarf es einer integrierenden Zuwendung. Pastorale Sorge schafft hier Beziehungen und zeichnet immer weiter ausgreifende Spiralen: Zuerst innerhalb des Krankenhauses. Darum ist pastorale Sorge sehr verwandt mit palliativer Sorge und integrierender Pflege. Die Zeit eines frei herumlaufenden Krankenhausseelsorgers ist vorbei. Der Seelsorger ist Glied eines Teams, arbeitet eng zusammen mit dem sozialen und psychologischen Dienst, wohnt - wenn er dort zugelassen ist - den Besprechungen auf den Abteilungen bei und hat dort einen eigenen Beitrag zur Situation des „ganzen“ kranken Menschen einzubringen. Eine zweite Spirale verbindet den kranken Menschen mit seiner Familie. Nicht selten kann der Seelsorger hier versöhnend wirken. Eine dritte Spirale bringt den kranken Menschen in Kontakt mit seiner Glaubensgemeinschaft oder Pfarrgemeinde. Eine vierte Verbindung betrifft die Beziehung des kranken Menschen mit Gott. Pastorales Handeln bedeutet in der jüdisch-christlichen Tradition, Beziehungen zu schaffen und Bünde zu stiften.

4. Die Herstellung der Verbindung zu Gott beginnt mit einfühlichem Zuhören - Nähe, Beistand -, aber sie schließt auch Sprechen mit ein. Es ist nicht so, daß alle Warum-Fragen von Kranken einzig und allein ein Schrei nach Nähe wären. Manche Kranke verlangen nach verständlicher Deutung und Erhellung ihrer Situation. Darum muß der theologischen Ausbildung von Krankenhausseelsorgern große Aufmerksamkeit geschenkt werden, um sie über das Niveau von Gesellschaftsdamen und -herren hinauszuhoben. Von ebensogroßer Bedeutung aber ist ihre spirituelle Formung: Sie müssen Kranken vorangehen im Gebet und sie so in Verbindung bringen mit demjenigen, der auch dann bleibt, wenn sie selbst weggehen. Hier ist ein weites Feld für die Entfaltung von Kreativität, wobei Seelsorger gewiß von ihren Kollegen in der Palliativmedizin lernen können.

5. Heilungsgottesdienste, wie die Charismatiker sie kennen, und gemeinschaftli-

che Krankensalbungen (wie z.B. in Lourdes) sind sinnvoll und oft die Vermittlung einer hoffnungsvollen Botschaft. Man kann hier ungehemmt sowohl um körperliche als auch um spirituelle Heilung beten. Die größere Variationsbreite solcher Gottesdienste kann bloß gut tun. Sie brauchen also nicht bloß in einer Segnung von Sterbenden zu bestehen ...

6. Dennoch sind solche gemeinschaftlichen Gottesdienste keine Alternative zur persönlichen Krankensalbung. Ich teile die Meinung von Gisbert Greshake, daß ein Patient persönlich gesalbt werden sollte, wenn er objektiv und subjektiv mit der Möglichkeit des „Sterbens-in-der-ersten-Person“ konfrontiert ist.⁹ Meine Argumentation ist dabei sowohl anthropologisch als auch theologisch. Anthropologisch, weil für die Menschen ein wesentliches Übergangsritual vonnöten ist. Und ein Übergangsritual wirkt nur dann, wenn es eindeutig ist. Theologisch, weil ein solches Ritual ohne Bemäntelung mit den entscheidenden Fragen konfrontiert, ob ich (rückblickend) genug gestorben bin, um mit Christus auferstehen zu können, und ob ich (vorausblickend) bereit bin, mit Christus den letzten Schritt der Lebensübergabe zu vollziehen. So ist die Krankensalbung nach Greshake das Sakrament der Tauferneuerung in der Konfrontation mit dem Tod.

7. Im Rahmen der Entfaltung der Ämter in der Kirche scheint es mir selbstverständlich, daß der Priester die Pastoralarbeiter oder -arbeiterinnen zur Krankensalbung von Patienten, die von ihnen begleitet worden sind, bezieht. Wir plädieren aber keineswegs für eine Rückkehr zur „Letzten Ölung“. Die Segnung von Sterbenden ist ein liturgischer Akt und sollte daher vornehmlich von einem Seelsorger vorgenommen werden. Wenn jedoch kein Krankenhausseelsorger oder kein Pastoralarbeiter bzw. keine Pastoralarbeiterin erreichbar ist, fordert die Situation alle Gläubigen heraus, im Augenblick des Sterbens eines Mitmenschen ihre Verantwortung wahrzunehmen.

In der heutigen Konstellation der Gesundheitsorge in Westeuropa mit ihrer hohen Technisierung erkennen wir nicht unmittelbar, daß immer die Gelegenheit für die eucharistische Wegzehrung als allerletzte liturgische Geste gegeben wäre. Nichts aber schließt aus, daß eine Art „Feierlicher Kommunion“ stattfindet, z.B. nach der Feier des Sakraments der Versöhnung. Und warum sollten nicht z.B. die Partner von Kranken, die selber nicht mehr kommunizieren können, dies stellvertretend für sie tun? Dies könnte eine Art von Vollendung des Ehesakramentes sein.

Schlußbemerkung

Die vornehmste Sorge dieses Beitrags ist das Zusammenwirken von medizinischem und pflegerischem Personal, Familie, ehrenamtlichen Kräften, Pastoralarbeitern und -arbeiterinnen und Krankenhausseelsorgern bei der Begleitung von Kranken im Endstadium. Sakramente werden betrachtet als Besiegelung der unentbehrlichen Beiträge aller Beteiligten, wobei das Wirken aller einzelnen doch bereits sakramentalen Wert hat. Weil auf diesem Gebiet die Situationen weltweit sehr unterschiedlich sind, ist dieser Artikel zugleich ein Plädoyer für Plu-

riformität in der Gestaltung. Solch eine vielfältige Verschiedenheit ist vonnöten, um das Wesentliche in aller Treue weiterzugeben.

¹ J.-L. Angué berichtet über seine Untersuchung in: *La mort et les funérailles en Europe*, in: *La Maison-Dieu* 196 (1993/4) 19.

² Siehe z.B. K. Frogatt, *Signposts on the Journey. The Place of Ritual in Spiritual Care*, in: *International Journal of Palliative Nursing* 3 (1997) 42-46; S. Mayo, *Symbol, Metaphor and Story. The Function of Group Art Therapy in Palliative Care*, in: *Palliative Medicine* 19 (1996) 209-216.

³ Katrien Cornette hat als Vorbereitung auf ihre Doktordissertation eine Untersuchung dazu unternommen: *Spirituele zorg in palliatieve settings. Een bevraging van Vlaamse palliatieve zorgverleeners*, Leuven 1997; Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse in: *For Whenever I Am Weak, I Am Strong. A National Survey into Spiritual Needs and Spiritual Growth among Palliative Caregivers*, in: *International Journal of Palliative Nursing* 3 (1997) 6-13.

⁴ Ich habe diese Publikationen in einem weiteren Zusammenhang besprochen in: *Prier avec les mourants. Un nouveau rituel aux Pays-Bas*, in: *La Maison-Dieu* 205 (1996/1) 91-106; ebenfalls in: *Naar een ontvouding van het sacrament van de zieken? Over de zegening van een stervende*, in: *Collationes* 27 (1997) 53-67.

⁵ Eine sehr gute Übersicht findet sich bei A. van Eijk, *Het pleidooi voor een ruimer sacramentsbegrip*, in: A. van Eijk/A. Rikhof, *De lengte en de breedte, de hoogte en de diepte. Peilingen in de theologie van de sacramenten*, Zoetermeer 1996, 106-131.

⁶ L. Boff, *Kleine Sakramentenlehre*, Düsseldorf 1976, 39.

⁷ F.-X. Durwell, *L'Eucharistie, présence du Christ*, Paris 1971.

⁸ L.-M. Chauvet, *Les sacrements. Parole de Dieu au risque du corps*, Paris 1993, 81.

⁹ G. Greshake, *Letzte Ölung oder Krankensalbung? Plädoyer für eine differenzierte Theorie und Praxis*, in: *Geist und Leben* 56 (1983) 119-136.

Aus dem Niederländischen übersetzt von Dr. Ansgar Ahlbrecht