

# EX FONTE

Journal of Ecumenical Studies in Liturgy

VOLUME 2 | 2023

## REVIEW

Jörg WINKLER,  
Existentielle Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit.  
Zur Liturgie der Krankensalbung (Liturgiewissenschaft-  
liche Quellen und Forschungen 114), Münster 2022

TIMO AMREHN



[exfonte.org](http://exfonte.org)

## *How to Cite*

AMREHN, Timo, Review: Jörg WINKLER, Existentielle Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit. Zur Liturgie der Krankensalbung (Liturgiewissenschaftliche Quellen und Forschungen 114), Münster 2022., in: Ex Fonte – Journal of Ecumenical Studies in Liturgy 2 (2023) 319–330.

**DOI** [10.25365/exf-2023-2-14](https://doi.org/10.25365/exf-2023-2-14)

## *Reviewer*

Timo Amrehn is University assistant (prae-doc) at the Chair of Liturgical Studies and Sacramental Theology at the Faculty of Catholic Theology, University of Vienna.

**GND** [1298038200](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:5:1-63884-p0011-9)

**ORCID** [0009-0003-9375-0360](https://orcid.org/0009-0003-9375-0360)

## *Reviewed Book*

**Author** Jörg WINKLER  
**Title** Existentielle Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit  
**Subtitle** Zur Liturgie der Krankensalbung  
**Series** Liturgiewissenschaftliche Quellen und Forschungen 114  
**Place** Münster  
**Year** 2022  
**Publisher** Aschendorff Verlag  
**Pages** XV+610  
**ISBN** 9783402112908  
**eISBN** 9783402112915

## Review

Jörg WINKLER, *Existenzielle Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit. Zur Liturgie der Krankensalbung (Liturgiewissenschaftliche Quellen und Forschungen 114)*, Münster 2022

**Timo AMREHN**

Die in der vorliegenden Rezension besprochene Studie zur Liturgie der Krankensalbung als existenzielle Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit von Jörg Winkler wurde als Dissertationsschrift von der Theologischen Hochschule Chur im April 2019 angenommen. Sie erschien in der Reihe *Liturgiewissenschaftliche Quellen und Forschungen* im Jahr 2022.

Der Autor verfolgt insgesamt eine mehrdimensionale Zielsetzung. Zum einen soll ein belastbarer Erkrankungsbegriff definiert werden, der sich an westlich geprägten Krankheitstheorien orientiert und gleichzeitig das Verständnis von Erkrankungen in biblischen, liturgietheologischen und liturgiehistorischen Quellen berücksichtigt. Der hieraus entwickelte Erkrankungsbegriff möchte zum anderen – im Nachgang des Zweiten Vatikanischen Konzils – ein hinreichendes Kriterium für die Feier(-gestalt) der Krankensalbung formulieren. So soll ermöglicht werden, auch jene Glaubenden miteinzubeziehen, die sich als physisch oder psychisch erkrankt erfahren. Die gesamte Ausrichtung der Studie prüft zunächst verschiedene Konzepte der Wirklichkeiten des Krankseins auf ihre Intention und Eignung eines ganzheitlichen Erkrankungsverständnisses – unabhängig von der Notwendigkeit einer medizinischen Diagnose. Im Anschluss werden jene Erkenntnisse kontextualisiert und für die Spendung des Sakramentes der Krankensalbung fruchtbar gemacht.

Der Grobaufbau besteht – neben der Inhaltsangabe (V–XII) sowie einem kurzen Vorwort (XIII–XV) – aus einer Einleitung (1–10), vier sich anschließenden Hauptkapiteln (11–545) und endet mit einer Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse (547–557).

Das erste Kapitel (1–10) der Studie eröffnet der Autor mit der Frage nach der Krankensalbung als dem womöglich vergessenen Sakrament und konstatiert eine Achtlosigkeit bzw. Vernachlässigung in der sakramenten- und liturgietheologischen Forschung mindestens seit der Mitte des 20. Jahrhunderts. Mit diesem Befund verbindet er gleichzeitig die Infragestellung des gemäß SC 73 bestimmten Erkrankungsbegriffes. Dieser entspräche einer Engführung auf ein rein physisches Kranksein und rücke die Möglichkeit zum Empfang der Krankensalbung in den Zusammenhang mit einem nahenden Tod. Folglich könnten Gläubige nur dann um die Krankensalbung bitten, sofern sie durch Erkrankung oder Altersschwäche in Lebensgefahr geraten. Zurecht formuliert der Verfasser an dieser Stelle kritische und mehrdimensionale Anfragen an ein solches Verständnis:

Wann ist dieser Zeitpunkt erreicht und wer urteilt darüber? Was ist mit den Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, deren Erkrankung zwar als starke Beeinträchtigung empfunden wird, die jedoch nicht prinzipiell mit dem Tode bedroht ist, also z.B. chronisch Kranken? Oder solchen, die von sich sagen, sie seien krank, bei denen jedoch keine Erkrankung – weder physisch noch psychisch – diagnostizierbar ist? Bilden sich Letztere eine Erkrankung nur ein? Gilt diesen Kranken die sakramentale Sorge der Kirche nicht? Wer oder was entscheidet darüber, wann jemand krank ist – oder gesund? (3)

Seine Aufgabe versteht Winkler darin, das Sakrament vor dem Schleier des Vergessens zu bewahren sowie einen bisher tradierten, sich lediglich an medizinischen Diagnosen orientierenden Erkrankungsbegriff kritisch zu hinterfragen. Es bedarf einer modifizierten Fokussierung auf die gesamt menschliche Situation einer erkrankten Person, damit der Empfang der Krankensalbung als Stärkung an Leib und Seele *wahrhaftig* erfahrbar werde. Auch die immer vielfältigeren bzw. ausdifferenzierteren Möglichkeiten der Medizin und der Naturwissenschaften generell verdringlichen die Beantwortung zahlreicher Anfragen an dieses Sakrament.

Folgende durch den Verfasser aufgestellte Ausgangsthesen sind für die Studie zentrale Leitlinien: **1.** Es fehlt an einer ganzheitlichen Reflexion des Erkrankungsbegriffes in Zusammenhang mit dem Sakrament der Krankensalbung. Die postmodernen Lebensverhältnisse als auch der medizinisch-naturwissenschaftliche Fortschritt bedürfen ebenso einer sinn-

vollen Betrachtung wie die Integration sich verändernder spirituell-theologischer Kontexte, um einerseits den Empfängerkreis, andererseits die Fei-ergestalt konkret zu bestimmen. Ausgangspunkt für neuerliche Überlegungen bilden dabei die Erfahrung des erkrankten Menschen und die Deutungen dieser Erfahrung. **2.** Kranksein ist als ein mehrdimensionales bzw. ganzheitliches Phänomen zu verstehen, das physische und psychische Dimensionen verbindet sowie über eine medizinische Diagnose hinausreicht. **3.** Um einen überarbeiteten Krankheitsbegriff anschlussfähig an die liturgische Tradition zu machen, braucht es eine genaue liturgie-theologische und -historische Erörterung des Sakraments; insbesondere in Anbetracht liturgischer Zeugnisse und Quellen, die bisher nur rudimentär oder noch gar nicht in sakramentaltheologische Diskussionen einbezogen wurden. **4.** Sofern sich der herausgearbeitete Erkrankungs-begriff als in sich stabil und belastbar zeigt, bedarf es einer angemessenen Verknüpfung mit der Sakramentenpastoral, die dann Chancen einer höheren Akzeptanz bzw. einer breiteren Praxis der Krankensalbung ermöglichen könnten.

Das zweite *Hauptkapitel* (11–121) bringt theoretische Konstruktionen von Gesundheit und Krankheit zur Sprache. Neben dem *biostatistischen Krankheitsmodell* nach Christopher Boorse, dem *Malady-Konzept* von K. Danner Clouser, Charles Culver und Bernhard Gert sowie der Darstellung des Krankheitsverständnisses der *Anthropologischen Medizin* nach Viktor von Weizsäcker und der Heidelberger Schule verhelfen diese ersten vier Unterkapitel bereits zu einem fundierten Einblick in verschiedene Konzeptionen. Ausführlicher schließen sich die konstruktivistischen Modelle von Georges Canguilhem (*Krankheit als subjektive Konstruktion*) und nach Michel Foucault (*Krankheit als Produkt gesellschaftlicher Ausgrenzung*) an. Gewissermaßen die ersten Schemata ergänzend, werden nun *biopsychosoziale Modelle* von Erkrankung nach George L. Engel mit seiner Rezeption und Erweiterung durch Aviel Goodman sowie Herbert Weiner und der sog. *Integrierten Medizin* von Thure v. Uexkülls näher beschrieben. Scheinbar aus allen vorherigen Konzeptionen abgeleitet, wird nun das von Aaron Antonovsky entwickelte und auch zu den biopsychosozialen Modellen gehörige *Salutogenese-Konzept* näher beleuchtet. Aufgrund des strukturierten Aufbaus der Studie kulminieren bisherige Erkenntnisse in Form einer stufenweisen Heranführung im sechsten Unterkapitel. Um eine

ausufernde Zusammenschau verschiedener Konzeptionen zu vermeiden, wurde auf die Adaption indigener Konzeptionen verzichtet (8).

Im *dritten Hauptteil* (123–174) der *Biblisch-neutestamentlichen Grundlegung des Sakraments der Krankensalbung* erhalten nun die vorher gewonnen Erkenntnisse – ausgehend von zwei einschlägigen Bezugsperikopen Mk 6,13 f. und Jak 5,14–16 – eine biblische Situierung. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Verwendung verschiedener Termini des Krankheitsbegriffes. Gleichzeitig soll dargelegt werden, ob womöglich anhand der erweiterten Jakobusperikope (Jak 5,13–20) eine ältere liturgische Tradition herausgearbeitet werden könnte. Eventuell würden so Rückschlüsse möglich, um den Einfluss der Motive von Umkehr und Heilung sowie Hinweise jüdischer Gebetstraditionen aufzuzeigen.

Die *Liturgietheologischen Quellen und liturgiehistorischen Zeugnisse der Krankensalbung* stellen im *vierten Hauptteil* (175–436) das komplexeste und umfangreichste Themengebiet dieser Studie dar. In weiteren vier Unterkapiteln untersucht Winkler mit Hilfe akribischer (Text-)Vergleiche liturgiehistorische Quellen der verschiedenen Epochen, v. a. der lateinischen Tradition bis zur karolingischen Reform, hin zum Konzil von Trient. Auch das Konzil selbst mit seinen posttridentinischen Reformen sowie die Epoche der Liturgischen Erneuerung und das Zweite Vatikanische Konzil werden dahingehend einer näheren Analyse des jeweiligen Erkrankungsverständnisses unterzogen. Da bisher kein Projekt eine solche ambitionierte Gesamtschau unternommen hat, darf dieser differenzierte Überblick als umso bemerkenswerter herausgestellt werden. Gleichzeitig gelingt es, die historisch-gesellschaftlichen Einflüsse auf den Bedeutungswandel der Krankensalbung aufzuzeigen. Parallelen und Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis, bezogen auf verschiedene Aspekte dieses Sakraments (Lehre von der Krankensalbung, liturgischer Aufbau, Spender, Empfänger, Akzeptanz, Herausforderungen etc.), finden in diesem Abschnitt genaue Betrachtung.

Auch das nachfolgende Kapitel *Kranksein im Ordo Unctionis Infirmorum und in den deutschsprachigen liturgischen Rollenbüchern nach dem II. Vatikanischen Konzil* (437–545) untersucht in beeindruckender Weise die nachkonziliar herausgegebenen liturgischen Rollenbücher. Ziel ist es wiederum, den dort verwendeten Erkrankungs begriff deutlich zu machen, auf seine Konsistenz zu prüfen und mit der vorliegenden Studie in Einklang zu

bringen. Ausgangspunkt bildet die Beschreibung vom *Infirmus periculose aegrotans* der Apostolischen Konstitution von Papst Paul VI. und deren Interpretation. Analysiert werden hierbei der *Ordo Unctionis infirmorum corumque Pastoralis Curae* von 1972 und der Ritualefaszikel in deutscher Sprache aus dem Jahr 1975 sowie dessen revidierte Fassung von 1994. Andere Sprachgebiete konnten aufgrund des Umfangs nur anhand vereinzelter Schlaglichter behandelt werden. Besondere Aufmerksamkeit erhalten die Praenotanda der *editio typica*, das Einführungswort der Bischöfe des deutschen Sprachgebietes zum Ritualefaszikel von 1975, sowie die pastorale Einführung des revidierten Ritualefaszikels von 1994, und generell die rubrikalen Einleitungstexte und Anweisungen im Ritual, in welchen der Kranke bzw. seine Umstände und die Verwendung eines entsprechenden Krankenbegriffs thematisiert werden.

Schließlich beinhaltet das *sechste und letzte Hauptkapitel* (547–557) eine prägnante Zusammenfassung der aus der Studie gewonnenen Erkenntnisse. Darüber hinaus soll aufgezeigt werden, inwieweit der in der Dissertationsschrift erarbeitete Erkrankungs-begriff als ein belastbares Kriterium für den Zeitpunkt der Feier der Krankensalbung anwendbar ist. Der damit verbundene Lösungsansatz möchte so einerseits die bisher nur rudimentär entfaltete Tiefe der sakramentalen Feier offenlegen, andererseits den Menschen – als ganzheitliches Subjekt in der von ihm so empfundenen existenziellen Erfahrung der Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit – durch Gebet, Handauflegung und Salbung das Mitsein Gottes zusichern. Auf diese Weise erfährt der Empfänger Stärkung und Aufrichtung, um die Herausforderung der Erkrankung bewältigen zu können.

...

Die Studie zeichnet sich durch einen fundierten und facettenreichen Aufbau aus. Ihr Umfang von 557 Seiten ist ebenso beeindruckend, obwohl für die Publikation das zweite Hauptkapitel erheblich reduziert wurde. Dementsprechend befindet sich eine ausführliche theologisch-geisteswissenschaftliche Untersuchung der Konzeption eines biostatistischen Krankheitsmodells sowie dazugehöriger wissenschaftstheoretischer Hinführungen ausschließlich im Dissertationsmanuskript. Zudem errahnt der Leser bereits an dieser Stelle, dass die vorliegende Studie von einer wissenschaftlichen Interdisziplinarität geprägt ist, zumal Experten ande-

rer Fachrichtungen wie bspw. der Klinischen Psychologie etc. zu Rate gezogen wurden. Auf diese Weise kommt dem gesamten Studienabschnitt zu theoretischen Konstruktionen von Gesundheit und Krankheit – insbesondere der Ausarbeitungen zum Salutogenesemodell – eine gesicherte Aussagekraft zu. Jene Unterkapitel sind es auch, die der Arbeit einen erfrischenden Perspektivenwechsel und zugleich eine im Kontext liturgietheologischer Auseinandersetzung willkommene Bereicherung verleihen. Die transjektive Subjekzentrierung des erkrankten Menschen ist hierbei ein zu begrüßender Ansatz, der zeigt, dass *Jemanden* verstehen und *Etwas* verstehen nur bedingt kongruent sind (22). Diese Ausrichtung ermöglicht, eine Erkrankung als neuen Lebensvollzug qualitativer Natur anzunehmen und anerkennt die Wechselbeziehungen zwischen Psyche und Physis. Gleichzeitig offenbart dies, wie Winkler zurecht feststellt, einen präsentischen eschatologischen Vorbehalt des Gesundseins (93). In Konsequenz stellt sich ein rein medizinisch-naturwissenschaftliches Paradigma zur Beschreibung von Krankheit – unter Berücksichtigung der leib-seelischen Einheit – als einzige Erkenntnisquelle als ungenügend heraus (548). Gesundheit und Krankheit sind in Folge einer ganzheitlichen Betrachtung demnach multifaktorielle Konstruktionen, die mit einem (gewissen) Normativitätsverlust in Verbindung stehen. Dem Autor gelingt es anschaulich, Teilaspekte behandelte theoretischer Konstruktionen schrittweise mit dem Salutogenesemodell nach Antonovsky zu verknüpfen und schließlich auf die Krankensalbung zu übertragen. Sowohl für die Salutogenese als auch für die Krankensalbung sind infolgedessen nicht nur medizinische Diagnosen entscheidend, sondern ebenso die gesamten Lebensumstände (549). Die Feier der Krankensalbung bildet darum ohne Zweifel eine Symbiose aus soteriologischer und eschatologischer Dimension (551). Die stimmige Einbettung des Salutogenesemodells im Paschamysterium (SC 5) zeigt das Ostergeheimnis als den *be-deutenden* Mittelpunkt auf (103 f.) und ermöglicht eine Weiterführung jenes Gedankens hin zu einer eucharistischen Begründetheit. Insoweit bleibt die Eucharistie Quelle und Höhepunkt (LG 11 mit SC 10) der Kirche und des Menschen. Alle übrigen Sakramente stehen mit ihr in Zusammenhang und sind auf sie hin geordnet (PO 5). Diese verstetigte katabatische und anabatische Verbindung, d. h. die Verwirklichung logischer, soteriologischer und eschatologischer Dimensionen (552), verweist so bleibend auf die Quelle, aus welcher alle



Sakramente, Dienste und Ämter der Kirche ihre lebensspendende Kraft beziehen.

Vor dem Hintergrund verschiedener Dimensionen der ekklesialen *koinonia* / *communio* ist mit Winkler legitim zu hinterfragen, ob das Sakrament der Krankensalbung tatsächlich rein auf organisatorische Fragen oder Problematiken reduziert werden kann. Demnach ist es beispielsweise nicht entscheidend, ob eine große Gemeinschaft von Menschen im Moment der Spendung der Krankensalbung physisch anwesend ist. Viel wichtiger dürfte das bewusste Aufzeigen verschiedener Dimensionen der *Communio* sein. Jene können in Form eines kurzen Impulses oder einer prägnanten Katechese dargelegt werden. Kirche ist und bleibt immer mehr als die sichtbare Versammlung am Krankenbett. Selbst dann, wenn andere Personen anwesend wären, kann ein angepasster Hinweis auf die verschiedenen Ebenen der *Communio* für alle Mitfeiernden tröstlich wirken und Geborgenheit schenken. Nachrangig ist, ob im sprachlichen Aufbau eines Rituals die Zuwendung zum Kranken durch persönliche Ansprache oder durch Verwendung persönlicher Ausdrücke zum Tragen kommt. Bedeutend hingegen ist die Rolle des Priesters als Seelenbegleiter, der sich vor oder nach der Spendung des Sakraments – sofern es der Zustand des Erkrankten erlaubt – Zeit für ein (kurzes) Gespräch nimmt. Nur dann wird er seiner Sendung gerecht, wenn er einer solchen Situation unbefangen und voller Einfühlungsvermögen begegnet. Hier entsteht Raum für Anerkennung, Mitsein, Spiritualität und Wandlung. Nimmt man diese empfängliche Sensibilität des Moments grundlegend ernst, ist die Gefahr der Entwicklung des Priesters hin zum bloßen Verwalter der Sakramente oder Leiter des „Kultes“ unbegründet. Zugleich bietet sich die Chance, dass ein Verständnis des eigenen Leidens als Mitleiden mit Christus, keine übermäßig tiefe Spiritualität (522, 556), sondern empfindsame Auslegung braucht. Damit wird zugleich verhindert, dass sich die Krankensorge nicht nur auf ein Mindestmaß des Machbaren bezieht und zur bloßen Palliativ-Sorge degeneriert (556 f.).

Orientiert man sich nun an den von Winkler deduktiv eingeführten, bisherigen (Grund-)Annahmen zum Erkrankungsbegriff, erscheint es nachvollziehbar, dass der Kranke während der Feier der Krankensalbung Subjekt ist und konkret Handelnder bleibt (554). Der Theorie Uexkülls folgend, geschehe dies im Schaffen einer gemeinsamen Wirklichkeit zwischen

Seelsorger und Krankem (554). Gleichwohl sollte die Sakramentalität der Krankensalbung nicht allein vom subjekthaften Handeln des erkrankten Menschen selbst abhängig gemacht werden.

Wenn Christus als primärer „Spender“ durch sakramentale Indienstnahme handelt, wahrt eine kohärente *ars celebrandi* nicht nur die sakramentale Verfasstheit, sondern lässt die Verbindung zwischen irdischer und himmlischer Liturgie und ein gott-menschliches Beziehungsgeschehen erwachsen. Der erkrankte Mensch wird gerade in seiner Passivität des Empfangens zum aktiven Subjekt des Gnadengeschenkes als Kind Gottes erhoben. Liturgie entfaltet daraufhin, wie die Studie treffend beschreibt, heilendes Potenzial, aber nur sofern sie in der Lage ist, ein Kohärenzgefühl zu entwickeln (104–106). Winkler betont die Kohärenz weiterführend als fundamentales Postulat der Liturgie und nennt drei Komponenten: Verstehbarkeit, Gestaltbarkeit, Sinnhaftigkeit. Bei seiner Aufzählung ließe sich noch der Aspekt der Wahrhaftigkeit als eine weitere, wenn nicht sogar grundlegende Komponente ergänzen.

Unzweifelhaft hängt die Situierung des Sakraments in der Biographie eines Christen und auch die Akzeptanz des Krankensakraments von einem klar umrissenen Krankheitsbegriff ab (547). Mögliche Anfragen könnten allerdings sein, inwiefern es im Kontext der Krankensalbung nicht primäre Aufgabe einer wohlüberlegten Katechese bzw. Evangelisierung oder eines pastoralen Gespräches im Voraus ist, einer Engführung des Sakraments entgegenzuwirken.

Trotz allem lässt sich – entgegen der Auffassung Kaczynskis oder in Teilen auch Winklers – nicht gänzlich verhindern, dass es weiterhin Momente geben wird, in denen die Krankensalbung augenscheinlich zum „Sterbesakrament“, und das eigentliche Viaticum – weder in Brot- noch in Weingestalt – aufgrund äußerer Umstände überhaupt noch möglich ist, etwa auf Intensivstationen. Zu hinterfragen ist auch, ob die Wegzehrung bevorzugt innerhalb einer Messfeier zu spenden sei. Auch der Faszikel zur Krankensalbung (1994) mahnt hier zu einer Zurückhaltung zugunsten des medizinischen Personals, intensivmedizinischer Arbeitsprozesse oder aber auch aus Respekt gegenüber anderen Personen. Das Entnehmen der Krankenkommunion aus einem Tabernakel schmälert nicht die Bedeutung der Messfeier als Quelle und Höhepunkt; in seiner ursprünglichen

Bestimmung war er gerade Aufbewahrungsort der Kranken- und Sterbekommunion.

Zudem stellt die Aussage – die schon der bereits zitierte Krankensalbungsfaszikel (1994) so enthält – das Viaticum bevorzugt in beiderlei Gestalten zu empfangen (531), vor verschiedene praktische Herausforderungen, z. B. auf Intensivstationen eines Krankenhauses. Ungeklärt bleibt, wie man – bei den meist dringlichen Fällen einer Krankensalbung, d. h. also möglichst zeitnah – konsekrierten Wein als die zweite Gestalt zur Verfügung hat. Wird hier möglicherweise die scholastische Reduktion auf die Einsetzungsworte in Kauf genommen?

Zugestimmt werden kann der Ansicht, dass die Krankensalbung nicht als adäquater Ersatz für das Sterbesakrament (500) anzusehen ist. Ein Sterbesegen wäre vermutlich in solchen Extremsituationen zu bevorzugen. Kontextualisiert wird deutlich, dass die Notwendigkeit eines angepassten, möglicherweise gekürzten Formulars für nicht mehr ansprechbare Personen besteht, die schwer erkrankt sind – ohne dabei bereits den Anschein einer „letzten Verabschiedung“ zu erwecken. Erst so wird man dem von Winkler konstatierten Anspruch gerecht, dass der Kranke nicht mehr *nur* der Sterbende ist (384), aber natürlich *auch* Sterbender sein kann.

Selbstredend haben die (liturgischen) Texte und Auslegungen zur Krankensalbung einen (liturgie-)historischen Hintergrund, was nicht selten eine hermeneutische Spannung zwischen wissenschaftlichem Diskurs und lehramtlichen Äußerungen provoziert. Das pastorale Anliegen Winklers im Hinblick auf Regionen, in welchen der fortschreitende Priestermangel zukünftig eine rechtzeitige Sakramentenspendung erschweren mag, ist nachvollziehbar und zugleich zu unterstützen. Die Umsetzung darf dabei aber nicht politisierend in den innerkirchlichen Diskurs eingebracht und mit gewichtigen geistlichen Nachteilen für die Kranken verbunden sein, denen man doch auf sakramentale Weise das Mitsein Gottes verständlich und wahrhaftig versichern möchte.

Auch nach dem Zweitem Vatikanischen Konzil bliebe weiterhin der Eindruck der Krankensalbung als *extrema unctio* erhalten (431). Die Verbindung von Salbung und nahendem Tod wäre nicht wirklich aufgelöst worden. Folglich sei das Kranksein in der Ausdeutung des Konzils weiterhin das Kranksein zum Tode und verzichte auf einen ganzheitlichen bzw. ganzmenschlichen Kontext. Die Mehrdimensionalität von Krankheit sei

weiterhin unberücksichtigt und der Sitz im Leben des Sakramentes im soteriologischen Bereich ungenügend beachtet. Auch der Katechismus von 1993 zeige in den 24 Artikeln zur Krankensalbung diverse Schwächen in der Beschreibung und der Deutung des Krankensakraments (433–436), obwohl Winkler – ausgenommen der Nummern 1521 und 1523 – insgesamt einen positiven Grundduktus konstatiert. Insgesamt sei *periculose aegrotans* jedoch anhand verschiedener nachkonziliarer Lehräußerungen weiterhin unzureichend definiert und reflektiert. Daher wäre für die Gegenwart und Zukunft des Sakramentes der Krankensalbung die Interpretation jener Begrifflichkeiten von bedeutender Tragweite. Winkler schlägt als mögliche Lösung des scheinbaren Dilemmas die Verwendung des Terminus der *existenziellen Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit* vor (550–554). So käme die Verbindung von logisch-soteriologischer und eschatologischer Dimension deutlicher zum Ausdruck. Des Weiteren decke sich dann die Vielfältigkeit der biblischen Bezüge mit der Praxis der frühen Kirche und schließe physisch wie psychisch Kranke mit ein.

Diese sehr gründlich erarbeitete Studie regt zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung an und bereichert den gesamten Diskurs über das Verständnis der Krankensalbung sehr. So ist es wohl auch dem großen Umfang geschuldet und fällt insgesamt nicht zu stark ins Gewicht, dass vereinzelt Rechtschreibungs- und Syntaxfehler stehen geblieben sind.

Die Dissertationsschrift lädt darüber hinaus zu einer liturgischen und in weiten Teilen pastoralen Reflexion ein, die fruchtbar von medizinisch-psychologischen Konzeptionen ergänzt wird. Aufgrund des breit angelegten Aufbaus, der zahlreichen Bezüge und Belege sowie der reichlichen Erschließung bzw. Behandlung liturgischer Quellen avanciert sie sicherlich zum neuen Standardwerk für das Sakrament der Krankensalbung innerhalb der Liturgiewissenschaft.