

VI Zur Methodologisierung der Praxistheorie am Beispiel des heileurythmischen *Hallelujas*

Barbara Zeugin

1. Einleitung

Religionswissenschaftliche Forschungsarbeiten tendieren dazu, ihren Gegenstand diskursiv zu fassen, d.h. Religion als ein Konglomerat aus Deutungen, Konzepten und Semantiken zu verstehen. Im Fokus des Interesses stehen diskursivierte Rationalisierungen, die man mit Hilfe religionshistorischer oder sozialwissenschaftlicher Methoden untersucht. Mit Pierre Bourdieu (2014: 740) läuft eine dergestalt einseitige Fokussierung Gefahr, dem »Logozentrismus und Intellektualismus« zu verfallen. Indem sie religiöse, areligiöse oder nicht-religiöse Subjekte ins Zentrum ihrer Forschung stellen, operieren solche Arbeiten zugleich häufig mit einem Subjektbegriff. Damit setzen sie sich der Aufgabe aus, entscheiden zu müssen, ob jemand als religiös zu bezeichnen ist, obwohl er sich selbst vielleicht nicht als religiös sieht (vgl. Zeugin 2017).

Sowohl die Gefahr der Überbetonung von Sprache als auch das Problem der Zentralstellung des Subjektes lässt sich unter Rückgriff auf einen praxeologischen Zugriff auf soziale Wirklichkeit umgehen: In der Praxistheorie¹ verlagert sich der Fokus von individuellen Bedeutungszuschreibungen, organisationsspezifischen Konzepten oder gesellschaftlichen Werten sowie ihrer Diskursivierung hin zu *Praktiken* als Grundform des Sozialen. In dieser Konzeption steht nicht mehr das Subjekt im Mittelpunkt der Betrachtung, son-

¹ Wenn im Folgenden von *der* Praxistheorie die Rede ist, wird keinesfalls ein einheitliches theoretisches Gerüst unterstellt. Und doch lassen sich die Ansätze von Anthony Giddens, Theodore Schatzki und Pierre Bourdieu zu einer Heuristik sozialer Praktiken (s.u.) verdichten, die mit Andreas Reckwitz und Frank Hillebrandt möglicherweise Widersprüchliches vereint (vgl. z.B. Limacher/Walthert 2021).

dern die soziale Praxis, die in ihrer Vollzugswirklichkeit immer auch menschliche Körper und materiale Artefakte einschließt und damit für die Forschenden von außen greifbar ist.

Während die Praxistheorie in ihrer vielfältigen Verwobenheit mit anderen soziologischen Handlungstheorien mittlerweile einen festen Bestandteil in der Soziologie einnimmt (vgl. Hillebrandt 2009b; Miebach 2014; Reckwitz 2009; Schäfer 2016a, 2016b) und empirisch immer häufiger auch auf religionsbezogene Gegenstände angewandt wird (vgl. Bourdieu 2011b; Echtler/Ukah 2016; Walther 2014; Zeugin et al. 2018; Zeugin 2021a), steckt die praxisanalytische Methodendiskussion noch in den Kinderschuhen (vgl. Schäfer 2013: 367ff.). Denn auch wenn der empirischen Erforschung sozialer Praktiken in den unterschiedlichen praxeologischen Ansätzen ein hoher Stellenwert eingeräumt wird – so gehen z.B. bei Pierre Bourdieu (2015) Theoriebildung und Empirie Hand in Hand –, werden methodische Überlegungen häufig bloß angedeutet oder gleich ganz ausgespart. Franka Schäfer, Anna Daniel und Frank Hillebrandt (2015b) nehmen dies zum Anlass, um in ihrem Sammelband *Methoden einer Soziologie der Praxis* »zu diskutieren, welche sozialwissenschaftlichen Methoden geeignet sind, die plurale Verfasstheit sozialer Praktiken zu erfassen« (Schäfer et al. 2015a: 8).

Der vorliegende Beitrag überträgt diese »Notwendigkeit einer praxissoziologischen Methodendiskussion« (vgl. Schäfer/Anna 2015) in die Religionswissenschaft, indem danach gefragt wird, wie eine praxistheoretisch informierte Religionswissenschaft betrieben werden kann: Wie lässt sich eine Methodik zur Erforschung sozialer Praktiken praxeologisch fundieren (Kapitel 3) und mit welchen Methoden kann man soziale Praxis, als das, was empirisch beobachtbar ist, konkret erforschen (Kapitel 4)? Diese methodologischen Fragen werden an das konkrete Forschungsbeispiel der anthroposophisch-medizinischen *Palliative Care* geknüpft (Kapitel 2), indem am Beispiel einer konkreten Handlungsform – dem heileurythmischen *Halleluja* – aufgezeigt wird, wie eine praxistheoretisch informierte Religionswissenschaft konkret aussehen kann (Kapitel 5). Die Heileurythmie ist Bestandteil der anthroposophischen Medizin, geht auf die anthroposophische Bewegungskunst der Eurythmie zurück und baut auf dem eurythmischen Alphabet auf. Dem eurythmischen Alphabet zufolge entsprechen allen Vokalen und Konsonanten bestimmte Bewegungen, die die Heileurythmist/-innen resp. Patient/-innen zu therapeutischen Zwecken verrichten. Zudem bestehen bestimmte Bewegungsabfolgen von Vokalen sowie Konsonanten – sogenannte (heil-)eurythmische Wörter –, wobei im Kontext der anthroposophisch-medizinischen

Palliative Care dem *Halleluja* seit Anbeginn eine besondere Stellung zukommt. Dies wird im Feld damit begründet, dass das *Halleluja* mit folgendem Spruch von Rudolf Steiner assoziiert sei: »Ich reinige mich von allem, was mich am Anblieke der Gottheit hindert« (Kirchner-Bockholt 2010: 82). Anhand dieses Beispiels sowie unter Rückgriff auf Ann Taves (2009, 2010) wird weiter der Frage nachgegangen, was das alles mit Religion zu tun habe oder allgemeiner formuliert: Inwiefern muss der Methodologisierung der Praxistheorie für die qualitative Religionswissenschaft zwingend eine Religionsdefinition vorangestellt sein? (Kapitel 6). Abschließend wird argumentiert, dass eine praxistheoretisch fundierte Religionswissenschaft auch ohne eine Religionsdefinition auskommt, sofern sie die zu erforschende Praktik mittels einer praxisanalytischen Methodik an das Religionsverständnis des Praxisfeldes zurückbindet (Kapitel 7).

2. Anthroposophisch-medizinische Palliative Care

Von einer anthroposophisch-medizinischen Palliative Care ist im Feld der Anthroposophie seit der Jahrtausendwende die Rede (vgl. Girke 2012: 1051–1083; Heusser/Riggensbach 2003, darin insbesondere: Helwig 2003 und Hauger 2003; Glöckler/Heine 2002; Varriale 2019).² In nicht-anthroposophischen Forschungstraditionen wird der Begriff in lexikalischer Varianz erst seit kurzem rezipiert (vgl. z.B. Floriani 2016; Zeugin 2016, 2021a; Zeugin et al. 2018).

Die anthroposophisch-medizinische Palliative Care baut zum einen auf allgemeinen Erkenntnissen und Überlegungen zur Palliative Care als einem multiprofessionellen Ansatz zur Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen unabhängig ihrer Krankheit und ihres Alters, der aus der modernen Hospizbewegung hervorgegangen ist (vgl. Steffen-Bürgi et al. 2017; Mac-Leod/van den Block 2019). Zum anderen gründet sie auf der anthroposophischen Medizin, einem Praxisfeld der von Rudolf Steiner begründeten Anthroposophie, die trotz ihrer Popularität im deutschsprachigen Raum

² Daneben existiert eine nicht-medizinische, anthroposophische Sterbegleitung, die von medizinischen Laien erbracht wird, die ausschließlich geisteswissenschaftlich geschult sind. Häufig kommen solche Begleitsituationen im persönlichen Umfeld zu Stande. Diese Bewegung beruht auf privaten Initiativen und Netzwerken – wie z.B. dem *Forum für Sterbekultur*.

aus der Außenperspektive kaum erforscht ist: Neben historischen Quellen³ und anthroposophischer Literatur⁴ existieren nur wenige qualitativ-sozialwissenschaftliche Forschungsarbeiten zur anthroposophischen Medizin der Gegenwart (vgl. Arman et al. 2008; Ritchie et al. 2001; Zeugin et al. 2018; Zeugin 2021b).

Die Begründung der anthroposophischen Medizin geht auf Rudolf Steiner und Ita Wegman zurück.⁵ Steiner beschäftigte sich schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit alternativen Heilpraktiken, was erstens auf Erkrankungen seiner späteren Ehefrau Marie von Sievers, die sowohl von konventionell medizinischen als auch homöopathischen Ärzten behandelt wurde, zurückgeführt wird (vgl. Zander 2011: 389). Zweitens war Steiner an der farbtherapeutischen Tätigkeit von Felix Peipers' interessiert (vgl. Zander 1999: 1474ff.). Ita Wegman, die Steiners Interesse für eine geisteswissenschaftliche Betrachtung der Medizin teilte, studierte ab 1906 in Zürich Medizin und reiste nach ihrem Abschluss 1911 regelmäßig nach Dornach, um Steiners Vorträgen bei zuwohnen. Beim »ersten Ärztekurs«, der im März und April 1920 in Dornach von Steiner organisiert wurde – und häufig als »Geburtsstunde« der anthroposophischen Medizin bezeichnet wird – referierte auch Wegman. Im darauffolgenden Jahr eröffnete sie mit dem Klinisch-Therapeutischen Institut in Arlesheim das erste anthroposophisch-medizinische Krankenhaus.⁶ Im Jahre 1925 publizierten Rudolf Steiner und Ita Wegman als ein Resultat der Ärztekurse sowie als eine Reaktion auf einen inneranthroposophischen Streit um die Handlungs- und Deutungshoheit in anthroposophisch-medizinischen Belangen zwischen Dornach und Stuttgart die erste Monographie zur anthroposophischen Medizin: *Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen*. Diese Publikation gilt als das Standardwerk der anthroposophischen Medizin, in dem Steiner und Wegman u.a. das Hauptargument für deren *integratives* Programm bereitstellten:

-
- 3 Als historische Quellen von großer Bedeutung sind Rudolf Steiners Vorträge zu medizinischen Themen (vgl. Steiner 1989, 1994a, 1994b, 1995, 1997, 2001, 2003a, 2003b, 2010a, 2010b).
- 4 Dazu gehören sowohl Darstellungen zur Geschichte der anthroposophischen Medizin (vgl. Selg 2000a, 2000b, 2006) als auch Publikationen zu deren Grundannahmen und Verfahrensweisen (vgl. Glöckler et al. 2011; Girke 2012; Kienle et al. 2013; Siber 2019).
- 5 Die folgende Darstellung bezieht sich auf Brügge (1984: 101-125), Jütte (1996: 237-261), Ullrich (2011: 158-165) und Zander (2007: 1455-1578, 2011: 389-407, 2019: 155-169).
- 6 Welche Rolle Rudolf Steiner in dieser Gesundheitseinrichtung spielte, ist umstritten (vgl. z.B. Zander 2011: 406).

»Nicht um eine Opposition gegen die mit den anerkannten wissenschaftlichen Methoden der Gegenwart arbeitende Medizin handelt es sich. Diese wird von uns in ihren Prinzipien voll anerkannt. Und wir haben die Meinung, dass das von uns Gegebene nur derjenige in der ärztlichen Kunst verwenden soll, der im Sinne dieser Prinzipien vollgültig Arzt sein kann. Allein wir fügen zu dem, was man mit den heute anerkannten wissenschaftlichen Methoden über den Menschen wissen kann, noch weitere Erkenntnisse hinzu [...]. Sie fügt zu der Erkenntnis des *physischen* Menschen, die allein durch die naturwissenschaftlichen Methoden der Gegenwart gewonnen werden kann, diejenige vom *geistigen* Menschen.« (Steiner und Wegman 1977: 7f.)

Es ist diese »Erweiterung« um die »Erkenntnisse des geistigen Menschen«, die die geisteswissenschaftliche, spirituelle und damit anthroposophische Erweiterung der konventionellen Medizin ausmacht und die einen wesentlichen Einfluss auf die medizinische Praxis in anthroposophisch-medizinischen Gesundheitseinrichtungen hat.

Im Krankenhaus, das für diesen Beitrag den Hintergrund darstellt und Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung der Schweiz ist, werden schwer Kranke und Sterbende mittels anthroposophisch-medizinischer Verfahren begleitet. Die Verankerung dieser beiden medizinischen Teilbereiche (d.h. der Palliative Care und der Komplementärmedizin) im Schweizerischen Gesundheitssystem sowie im untersuchten Krankenhaus fällt wie folgt aus: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) unterscheidet zwischen »Palliative Care in der Grundversorgung« und »spezialisierter Palliative Care«, wobei unterschiedliche Organisationsformen in der Begleitung schwer Kranke und Sterbender vorherrschen: Spital, Langzeitpflege und Ambulanz (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2020a, 2020b). Das anthroposophische Krankenhaus steht auf einer kantonalen Spitalliste, was es dazu berechtigt, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen sowie medizinische Grund- und Notfallversorgung zu erbringen. Palliative Care wird im Rahmen der Grundversorgung sowohl ambulant als auch stationär erbracht, d.h. schwer Kranke und Sterbende werden auf der Station für innere Medizin und Onkologie sowie ambulant im Rahmen der hausärztlichen, gynäkologischen und onkologischen Versorgung begleitet.

Als Folge einer Volksabstimmung verfügt die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft seit 2009 über einen Artikel zur Komplementärmedizin: »Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkei-

ten für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin« (Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 2021: Art. 118a). Dazu gehören die anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie und traditionelle chinesische Medizin. Seit 2017 sind diese Verfahren permanent im Schweizer Gesundheitssystem verankert und werden über die Grundversicherung beglichen, sofern sie ärztlich verordnet sind und von anerkanntem medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Personal erbracht werden. Insofern wird ein Großteil der komplementärmedizinischen Leistungen des untersuchten Krankenhauses über die Grundversicherung abgerechnet, wobei nach wie vor Teile des anthroposophisch-medizinischen Angebots nur dank des anthroposophisch geprägten Trägervereins des Krankenhauses möglich sind – wie z.B. die Anstellung einer anthroposophischen Pflegeexpertin.

3. Praxistheoretische Fundierung

Lenken wir unseren Blick auf soziale Praxis, treten Akteur/-innen hervor, die von der sozialen Praxis, an der sie teilhaben, beeinflusst sind und diese zugleich überhaupt erst konstituieren: Sozialisierte Akteur/-innen werden »als ein Bedingungsgefücht der Praxis vorgestellt [...], das durch die Praxis selbst hervorgebracht wird« (Hillebrandt 2012: 49). In diesem dialektalen Verhältnis zwischen Akteur/-innen und Praxis spiegelt sich die Strukturiertheit sozialer Praktiken. Damit vermag ein praxistheoretischer Zugriff auf die soziale Wirklichkeit mit Anthony Giddens' Strukturationstheorie zwischen den Ebenen Individuum und Gesellschaft zu vermitteln, die sich gegenseitig produzieren und reproduzieren:

»Human social activities [...] are recursive. That is to say, they are nor brought into being by social actors but continually recreated by them via the very means whereby they express themselves as actors. In and through their activities agents reproduce the conditions that make these activities possible.« (Giddens 1984: 2)

Im Anschluss daran kann soziale Praxis erstens als eine Reihe von Handlungen verstanden werden, die durch Strukturen bestimmt sind, die wiederum nur insofern eine Strukturierungsfähigkeit erlangen, als sie in sozialen Praktiken ausgeübt werden, und zweitens mit Theodore Schatzki (1996: 89) als »a temporally unfolding and spatially dispersed nexus of doings and sayings«

definiert werden, wobei Getane und Gesagtes auf bestimmte Art und Weise miteinander verknüpft sind. Davon zu unterscheiden sind soziale Praktiken, die als eine Gesamtheit routinierter Handlungsformen die soziale Praxis überhaupt erst ausmachen (vgl. Hirschauer 2016).

Bei der Erforschung professionsspezifischer Handlungsformen der anthroposophisch-medizinischen Palliative Care erwies sich die Orientierung an einer Heuristik sozialer Praktiken in der Datenerhebung und -auswertung sowie der Darstellung und Diskussion der Resultate als fruchtbar. Diese geht im Wesentlichen auf Anthony Giddens (1984), C. Wright Mills (1940) sowie deren Rezeption durch Andreas Reckwitz (2000, 2002, 2003, 2016) und Frank Hillebrandt (2009b, 2012, 2015) zurück und unterscheidet soziale Praktiken bezüglich ihres Sprachgebrauchs sowie ihrer Wissensstruktur:

Soziale Praktiken, die überwiegend auf Sprache basieren, werden *gesprächsorientierte Praktiken* genannt. Sie bringen diskursives Wissen zum Ausdruck, indem Handlungsrationalisierungen schriftbasiert oder mündlich kommuniziert werden. In ihnen kann aber auch praktisches Wissen mittels diskursiver Handlungsanweisungen manifest werden. Diese beiden Formen des Handlungswissens werden in der anthroposophisch-medizinischen Palliative Care häufig vermischt, wenn z.B. Handlungsanweisungen rational begründet werden.

Viele ärztliche, pflegerische und therapeutische Handlungsformen der anthroposophisch-medizinischen Palliative Care sind auf die Körper der schwer Kranken und Sterbenden ausgerichtet. Das *körperorientierten Praktiken* zugrundliegende Handlungswissen lässt sich indessen häufig nicht komplett erschließen: Das praktische Wissen wird nur in Form diskursivierter Handlungsanweisungen auf der analysierbaren Gesprächsoberfläche manifest; und Handlungsrationalisierungen existieren für den sozialwissenschaftlichen Zugriff gar nur in ihrer Diskursivierung.

Die Mehrzahl sozialer Handlungen baut indessen sowohl auf Sprachlichkeit als auch auf Körperlichkeit auf, wobei die Gewichtung der beiden Anteile selbst im Handlungsvollzug variieren kann. Insofern sind soziale Praktiken meist nicht ausschließlich gesprächs- oder körperorientiert, sondern *sowohl gesprächs- als auch körperorientiert*. Solche Mischformen sind in der anthroposophisch-medizinischen Begleitung schwer Kranker und Sterbender wesentlich häufiger als ihre Reinformen, wobei sich handlungsrationalisierende und handlungsanweisende Elemente verbinden.

Diese Heuristik sozialer Praktiken erlaubt einen systematischen Blick auf die Daten, was im Falle der anthroposophisch-medizinischen Palliative Care

zu Tage forderte, dass die Diskursivierung religiöser Rationalisierungen, d.h. die Thematisierung religionsbezogener Gegenstände, in der Begleitung am Lebensende kontinuierlich zurückgeht: Wenn nicht mehr von Heilung ausgetragen werden kann und sich der Allgemeinzustand der Sterbenden zunehmend verschlechtert, fallen immer mehr Handlungsoptionen weg. Sämtliche Berufsgruppen bleiben zwar an der Begleitung Sterbender in der Finalphase beteiligt, passen aber ihr professionelles Handeln an, indem sie die Verwendung von Sprache reduzieren. Dies kann sich einerseits auf eine bestimmte Handlungsform beziehen, die mit der Zeit ohne Sprache auskommen kann, wie z.B. das heileurythmische *Halleluja* (siehe Kapitel 5). Andererseits können gesprächsorientierte Praktiken durch körperorientierte ersetzt oder aber im Falle von Mischformen deren gesprächsorientierten Anteile reduziert werden, wie z.B. in der Seelsorge, die sowohl gesprächs- als auch körperorientierte Handlungsformen kennt. Ist die professionsspezifische Begleitung letztlich grundlegend auf Sprache angewiesen, kommt es zum Abbruch der Begleitung. So ist z.B. eine ausschließlich körperorientierte psychoonkologische Begleitung kaum denkbar, da diese Form der Begleitung qua Leistungsauftrag der Sprachlichkeit bedarf. Folglich weist die anthroposophisch-medizinische Palliative Care im Verlauf des Sterbeprozesses immer mehr körperorientierte als gesprächsorientierte Praktiken auf, wobei letztere nicht absolut zunehmen, aber im Vergleich den größeren Teil ausmachen, weil die gesprächsorientierten Praktiken bzw. die gesprächsorientierten Anteile sowohl gesprächs- als auch körperorientierter Praktiken abnehmen.⁷

4. Praxisanalytische Methodik

Die praxistheoretisch informierte Religionswissenschaft muss im Sinne Georg Elwerts (1994) im natürlichen Situationszusammenhang des Feldes erfolgen, d.h. als Feldforschung konzipiert sein. Die Forschenden können sich nicht in ihrem Arbeitssessel zurücklehnen und auf die Lektüre von Quellen beschränken; sie haben sich in ihr Forschungsfeld zu begeben, was Bourdieu wie folgt begründet:

⁷ Zeugin und Walther (2016) stellen dies auch für die hospizliche Begleitung schwer Kranker und Sterbender fest.

»Die Akteure auf die Rolle von ausführenden Organen, Opfern oder Komplizen einer in das Wesen der Apparate eingeschriebenen Politik zu reduzieren, heißt, sich dazu zu ermächtigen, die Existenz aus der Essenz zu deduzieren, das reale Verhalten aus der Beschreibung der Apparate herauszulesen, sich die Beobachtung der Praktiken zu ersparen und die Forschung mit der Lektüre von Diskursen, die für die wirklichen Matrizen der Praktiken gelten, gleichzusetzen.« (Bourdieu 2011a: 20)

Eine praxianalytische Methodik kommt also nicht ohne ethnographische Datenerhebung aus, die aus der »Beobachtung der Praktiken« besteht. Damit gilt die Ethnographie – genauer: die »Ethnographie der eigenen Kultur« (Hillebrandt 2009a: 81) –, also das wissenschaftliche Handeln der Beobachtung in der Praxistheorie als *die* Methode schlechthin (vgl. Kalthoff 2003; Reckwitz 2008). Obgleich das wissenschaftliche Beobachten in den Sozialwissenschaften allgemein zum forschungspraktischen Kanon gehört, wird es erst seit den 1990er Jahren in der Religionswissenschaft rezipiert und verwendet. Auch wenn es aus der gegenwartsbezogenen Religionswissenschaft nicht mehr wegzudenken ist, findet kaum eine theoretische Diskussion dazu statt (vgl. Franke/Maske 2011).

In einer praxianalytisch informierten Religionswissenschaft können beobachtende Verfahren durch befragende ergänzt werden, was sich grundsätzlich, aber insbesondere bei der Erforschung von körperorientierten Praktiken, anbietet. So wie verschiedene Verfahren der wissenschaftlichen Beobachtung existieren, kennt die qualitative Sozialforschung auch eine Reihe formalisierter Interviewmethoden. Die Religionswissenschaftler Kurth und Lehmann (2011) schlagen eine Kombination von narrativen und problemzentrierten Interviews vor, die sie als narrativ fundiertes Interview bezeichnen, und das folgende Vorteile für die praxistheoretisch informierte Religionswissenschaft bereithält: Mit der Narration ist man dem faktischen Handeln der Forschungssubjekte näher als mit anderen Darstellungsmodi, da sie sich in der Narration als Handelnde nicht aussparen können (vgl. Rosenthal 2011: 153). Vorausgesetzt, dass Erzählungen einen »Zugang zum Sinn der Erfahrung für die Handelnden« (Knoblauch 2003: 123) liefern, erlauben narrativ-fundierte Interviews überdies, sowohl diskursives Wissen als auch implizites praktisches Wissen diskursiv offenzulegen. Die Problemzentrierung ermöglicht weiter eine thematische Fokussierung auf diejenigen Handlungsformen, die von Interesse sind. Und letztlich zeichnet sich diese Interviewform durch ein Ernstnehmen der Problemsicht der Forschungssubjekte aus, die diese »auch

gegen die Forscherinterpretationen und die in den Fragen implizit enthaltenen Unterstellungen zur Geltung bringen können» (Witzel 1985: 232). Dies verstärkt sich dadurch, dass in den Interviews immer auch an gemeinsame Sequenzen des Beobachtens erinnert werden kann, womit konkrete Handlungen und Handlungsabläufe in den Blick geraten.

Über das wissenschaftliche Handeln des Beobachtens und Befragens hinaus können schriftbasierte Quellen hinzugezogen werden, die wie informelle Gespräche und formalisierte Interviews dazu beitragen, fehlende diskursive Referenzen körperorientierter Praktiken bereitzustellen. Dieses Ausweichen auf befragende Handlungsformen der Erforschung (mehr) körperorientierter Praktiken stellt mit Bourdieu (2015: 208f.) keinen Nachteil für die Forschung dar, wenn wir uns stets bewusst sind, dass die hinzugezogenen Rationalisierungen sowie ihre Diskursivierung – d.h. ihre mündliche oder schriftliche Manifestation – möglicherweise nicht zustande gekommen wären, hätten wir nicht dazu aufgefordert, denn:

»Erst wenn Akteure gezwungen sind, ihre Handlungen zu reflektieren, werden sie ihre Handlungsmotive und -intentionen eingrenzen, oder besser konstruieren, indem sie ihren Handlungen Rationalitäten unterstellen, die sich in der effektiven Erreichung der Ziele ihrer vermeintlichen Wahlhandlungen niedergeschlagen haben soll.« (Hillebrandt 2009a: 52)

Daraus folgt, dass beobachtende und befragende Forschungspraktiken sowie das Studium schriftlicher Quellen in der praxisanalytischen Methodik Hand in Hand gehen.⁸ Somit werden sowohl die konkreten Handlungsformen des Praxisfeldes als auch das entsprechende Handlungswissen und die Feldpositionen der Akteur/-innen erhoben, was zur gegenseitigen Validierung der Auswertung der erhobenen Daten beiträgt (vgl. Denzin 1978).

So nahm ich während meiner Feldforschung in einem anthroposophisch-medizinischen Krankenhaus⁹ am regulären Krankenhausalltag teil, indem ich mich als Pflegepraktikantin und Hospitantin in etliche Berufsfelder eingliederte.¹⁰ Zudem partizipierte ich an nichtalltäglichen Anlässen – wie z.B.

⁸ Dies ist keine erschöpfende Liste praxisanalytischer Methoden. Auch andere wissenschaftliche Praktiken der Datenerhebung sind denkbar, sofern sie praxistheoretisch hergeleitet werden.

⁹ Für eine ausführlichere Diskussion der methodischen Vorgehensweise vgl. das entsprechende Kapitel in Zeugin (2021a).

¹⁰ Für die Eigenheiten der beruflichen Eingliederung vgl. Cirtler (2001: 97ff.).

Ärztefortbildungen und Vortragstätigkeiten von Mitarbeitenden – und interagierte mit außerhalb des Krankenhauses lokalisierten Akteur/-innen, die in die Begleitung schwer Kranke und Sterbender involviert sind – wie z.B. Vertreter/-innen der Christengemeinschaft oder der Arbeitsgruppe Sterbekultur, einem Fachzweig der Anthroposophischen Gesellschaft Schweiz. Letztlich versetzte ich mich im Falle der anthroposophischen Therapien – dazu gehörten an besagtem Krankenhaus die Heileurythmie, die Mal- und Gestaltungstherapie und die Rhythmische Massage – in die Lage der Patient/-innen, indem ich mich selbst behandeln ließ.

Während ich zu Beginn der Feldforschung relativ offen fragte, »what is going on here?« (Spradley 1980: 73), konzentrierte ich mich der fokussierten Ethnographie Hubert Knoblauchs (2001, 2002) folgend zunehmend auf diejenigen Handlungsformen, die von den Mitarbeitenden und den Patient/-innen für die Begleitung schwer Kranke und Sterbender als wichtig, besonders, anders markiert wurden. Somit konnte ich erstens professionsspezifische Handlungsformen rekonstruieren, die für die anthroposophische Palliative Care konstitutiv sind. Zweitens konnte ich übergreifende Rationalisierungen ableiten, die für alle Akteur/-innen handlungsanleitend sind – wie anthroposophisch-medizinische Konzeptionen von Krankheit, Sterben, Tod und Jenseits sowie Idealvorstellungen der Begleitung am Lebensende (vgl. Zeugin 2021a: 175ff.). Und drittens kam ich mit sämtlichen Akteur/-innen des Krankenhauses in Kontakt, um sie in den Beobachtungssequenzen vermittels informeller Gespräche und darüber hinaus in formalisierten Interviews zu befragen.

Produkt einer so konzipierten Feldforschung sind schriftbasierte Texte. Auch eine praxisanalytische Methodik kommt also nicht umhin, soziale Wirklichkeit – unabhängig davon, ob die Handlungsformen mehr oder weniger körper- oder gesprächsorientiert sind – in ihrer versprachlichten Form zu analysieren. Gerade (mehr) körperorientierte Praktiken sind erst dank ihrer schriftlichen Aufbereitung auswertbar, da sich sowohl der beobachtete Handlungsvollzug als auch die Beobachtung selbst unmittelbar verflüchtigen. Damit hängt die Qualität qualitativ erhobener Daten maßgeblich von den Schreibkompetenzen der Forschenden ab, die die ursprüngliche Beobachtung in Sprache übersetzen bzw. die aufgezeichneten Interviews transkribieren und damit für die Auswertung zugänglich sowie intersubjektiv nachvollziehbar machen. Dabei gilt zu bedenken, dass diese »Niederschrift«

(Geertz 1987a: 28) nicht mit der sozialen Wirklichkeit, die sie abzubilden trachtet, verwechselt werden darf.¹¹

5. Das heileurythmische *Halleluja*

Ein solchermaßen konzipiertes forschungspraktisches Vorgehen fördert bezüglich der Heileurythmie als einer zentralen Therapieform der anthroposophisch-medizinischen Palliative Care die folgenden schriftbasierten Daten zutage (siehe Anhang): Neben der Transkription eines Interviews und schriftlichen Quellen zur Heileurythmie aus dem anthroposophischen Feld gehören dazu Protokolle informeller Gespräche mit den Heileurythmist/-innen über das anthroposophische Krankenhaus, die anthroposophisch-medizinische Begleitung schwer Kranker und Sterbender, die Anthroposophie sowie die Heileurythmie selbst, ihres beruflichen Handelns sowie meiner eigenen Erfahrung als Patientin der Heileurythmie. Auf der Grundlage dieser Daten sowie unter Rückgriff auf Publikationen aus dem Feld wird im Folgenden exemplarisch die Praktik des heileurythmischen *Hallelujas* beschrieben. Dabei wird zunächst auf die historische Kontextualisierung der Praktik, anschließend auf ihre strukturelle Verankerung und zuletzt auf ihre konkrete Vollzugswirklichkeit eingegangen.

5.1 Historische Kontextualisierung

Die Eurythmie ist eine anthroposophische Bewegungskunst, die ab 1912 von Rudolf Steiner entwickelt und ab 1921 mit der Bezeichnung *Heileurythmie*, *therapeutische Eurythmie* oder *Eurythmietherapie* in die anthroposophische Medizin überführt wurde, als Rudolf Steiner während des zweiten Ärztekurses auch Vorträge zur Heileurythmie hielt.¹² In diesen Vorträgen übertrug Steiner die Buchstaben des eurythmischen Alphabets sowie bestimmte Buch-

¹¹ Für die Konstruktionsleistung der Forschenden bei der Datenaufbereitung vgl. Bergmann (1985), Kalthoff (2003) oder Hirschauer (2001).

¹² In die Geschichte der Heileurythmie führen Selg (2018) und Neukirch (2016b) ein. Darüber hinaus leisten Kirchner-Bockholt (2010: 13-19), Husemann und Wolff (1991), Höller und Keller Roth (2016) sowie Sebastian (2016) eine Einführung in die Heileurythmie. Für die Verortung der Heileurythmie in der anthroposophischen Medizin vgl. z.B. Glöckler/Heine (2015: 151-162). Um die Darlegung ihrer Wirksamkeit sind Husemann und Heusser (2015: 264-316), Sebastian (2016) und Keller Roth (2016) bestrebt.

stabenzfolgen in das therapeutische Setting: »Jeder Laut hat seine eindeutige Gebärde und seinen bestimmten physiologischen Angriffspunkt« (Husemann/Wolff 1991: 355). Dies soll kurz am ersten Beispiel des eurythmischen Buchstabens »I« illustriert werden:

Aus der Geisteswissenschaft sei bekannt, so Steiner, dass Vokale »aussprechen, [...] was im Inneren des Menschen lebt an Gefühlen, an Emotionen und so weiter« (Steiner 2003a: 27), wobei das »I« ein »Ausdruck für die menschliche Person« sei (Ebd.: 29). Das könne man sich therapeutisch z.B. bei Kindern zunutze machen, denen es nicht möglich sei, ihrer Individualität angemessen Ausdruck zu verleihen und die in der Folge ungeschickt seien, »so dass man sagen kann, diese modifizierte I-Übung, die ist im wesentlichen (sic!) fördernd für die Personen, die [...] nicht ordentlich gehen können« (Ebd.: 29).¹³

Gemäß der Darstellung von Lory Maier-Smits, einer Mitbegründerin der Eurythmie, schuf Rudolf Steiner das eurythmische Wort *Halleluja* im Jahre 1912 am siebten Tag des ersten Eurythmiekurses, indem er sie wie folgt anleitete:

»Machen Sie einmal ein H und gleich ein A. Nun machen Sie siebenmal L, dann ein E. Nun folgen noch drei große, ruhige L-Bewegungen, die zu einem ganz großen, lang angehaltenen U hinführen. Zum Abschluss formen Sie noch ein starkes I und A.« Dann sagte er ernst: »Nun haben Sie das Wort ›Halleluja‹ gemacht. Das bedeutet: Ich reinige mich von allem, was mich am Anblick des Höchsten hindert.« [...] So ist Halleluja das erste Wort, welches eurythmisch dargestellt wurde!« (Lory Maier-Smits in: Steiner 1998: 38)

Auch wenn es in diesem ersten Eurythmiekurs vornehmlich um die Entwicklung einer geisteswissenschaftlichen Bewegungskunst ging, habe Steiner, so Maier-Smits weiter, mit dem *Halleluja* bereits damals einen therapeutischen Ansatz verfolgt:

»Als er das letzte Pentagramm, das ein einzelner ausführen soll, schilderte, rief Fräulein von Sivers plötzlich: »Aber, Herr Doktor, das muss ja ungeheure Kräfte geben!« Ja, meinten Sie denn, wir wollen nur tanzen? Wir wollen doch auch kranken Menschen helfen.« (Ebd.: 38f.)

¹³ Über die unterschiedlichen Bedeutungen eurythmischer Buchstaben geben Steiner (2003a), Wolff-Hoffmann (1991), Neukirch (2016a) und Kirchner-Bockholt (2010) Auskunft.

In diesem Sinne ist das Eurythmisieren – um in der Sprache des Feldes zu bleiben – bestimmter Buchstaben oder Buchstabenfolgen in der Heileurythmie Teil des anthroposophisch-medizinischen Angebotes des untersuchten Krankenhauses. Bei schwer kranken und sterbenden Patient/-innen geht es indessen weniger um die Zusammenhänge zwischen eurythmischen Buchstaben und bestimmten körperlichen Vorgängen (vgl. Goyert 2015) als um das »Bewegen der Seele« (P72: 62, Beobachtungsprotokoll).

5.2 Strukturelle Verankerung

Die Heileurythmie ist – neben der rhythmischen Massage und der anthroposophischen Mal- und Gestaltungstherapie – fester Bestandteil des anthroposophischen Therapieangebots des untersuchten Krankenhauses. Im Gegensatz zur Ärzteschaft und zur Pflege sind die anthroposophischen Therapien aber nicht in der Klinikleitung vertreten. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die anthroposophischen Therapeut/-innen nicht wie die Ärzt/-innen und Pflegenden über eine konventionelle medizinische Ausbildung verfügen.

Hinsichtlich der Begleitung schwer Kranke und Sterbender sind die Heileurythmist/-innen in alle überfachlichen Fallgespräche – wie die Palliativkonferenz und die biographische Fallbesprechung – involviert. Das heileurythmische Therapieangebot wird gerade von schwer kranken und sterbenden Patient/-innen unabhängig ihrer Diagnose sowohl stationär als auch ambulant häufig in Anspruch genommen. Die heileurythmische Begleitung schwer Kranke und Sterbender kommt in der Regel noch vor der finalen Phase auf Anraten der Ärzteschaft zustande. Entweder wird einer Patientin/einem Patienten empfohlen, eine »anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung« (Online Definitionshandbuch SwissDRG 4.0 Abrechnungsversion 2020), d.h. eine Vielzahl anthroposophisch medizinischer Behandlungsformen, in Anspruch zu nehmen; in diesem Falle ist die Heileurythmie Teil der diagnosebezogenen Fallgruppe, die volumnfänglich von der obligatorischen Grundversicherung übernommen wird. Oder aber die Ärzt/-innen verordnen die heileurythmische Begleitung als eigenständige Intervention, die in der Regel über die Grundversicherung abgerechnet werden kann. Es ist auch möglich, dass einer Patientin/einem Patienten die Heileurythmie als Konsequenz eines überfachlichen Fallgespräches empfohlen und verordnet wird.

Kommt die Heileurythmie erst in der finalen Phase – zumeist als passive Variante des *Hallelujas* – zum Zuge, erfolgt sie häufig als isolierte Interven-

tion, d.h. nicht im Rahmen einer Begleitung über mehrere Sitzungen, und ist weder formell verordnet noch wird sie offiziell abgerechnet. Sie ist dann als ein singuläres Ereignis zu betrachten, das entweder auf Anraten einer Ärztin/eines Arztes oder im Anschluss an ein überfachliches Fallgespräch zustande kommt, wie Zeugin (2016) skizziert.

In seltenen Fällen praktizieren Heileurythmist/-innen das *Halleluja* nach Eintritt des Todes während des Abschiedsrituals, das in den ersten drei Tagen begangen wird, oder alleine am Bett der Verstorbenen. Insofern diese Form der postmortalen Begleitung am untersuchten Krankenhaus weder institutional verankert ist noch von allen Mitarbeitenden für gut befunden wird, erfolgt sie – wenn überhaupt – rein innerlich, ohne von außen wahrnehmbar zu sein.

5.3 Konkrete Vollzugswirklichkeit

Abgesehen von dieser innerlichen Praktizierung des *Hallelujas*, die nur bedingt Teil der heileurythmischen Begleitung am untersuchten Krankenhaus ist, werden die Bewegungen des *Hallelujas*, die sich aus der Eurythmisierung der entsprechenden Buchstaben ergeben, entweder aktiv, d.h. im Stehen, Sitzen oder Liegen, oder aber passiv durchgeführt. Diese Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Heileurythmie bei schwer Kranken und Sterbenden ist in der anthroposophischen Medizin durchaus verbreitet, wie sich aus der Beschreibung von Matthias Girke im Standardwerk *Innere Medizin* ableiten lässt:

»In der Heileurythmie können die dem Patienten unter Umständen schon vertrauten Übungen in kleinen Bewegungen, die auch dem Bettlägerigen möglich sind, aufgegriffen werden. Schließlich kann dem Patienten auch die Heileurythmie vorgemacht werden. Er wird sie durch sein aktives Wahrnehmen dann innerlich vollziehen und aufnehmen.« (Girke 2012: 1079, Kursivsetzung im Original)

Normalerweise ist die Praktizierung des *Hallelujas* in eine heileurythmische Sitzung eingebettet, die je nach Gesundheitszustand der Patient/-innen in deren Zimmer oder aber im Heileurythmieraum stattfindet. Ist der Sterbe- prozess indessen weit fortgeschritten, kann das *Halleluja* auch ein singuläres Ereignis darstellen. Unabhängig davon geht der Eurythmisierung des *Hallelujas*, sofern die Patient/-innen ansprechbar sind, ein Gespräch voraus, das nach der Eurythmisierung des *Hallelujas* wieder aufgegriffen wird. Dieses

heileurythmische Gespräch kann von alltäglichen Dingen, von Konzepten von Krankheit, Sterben und Tod oder von der Wirksamkeit bestimmter heileurythmischer Handlungsformen handeln. Sind die Sterbenden selbst nicht mehr ansprechbar, fällt dieses Gespräch weg oder es wird auf die Angehörigen ausgedehnt. Während im Falle regulärer Therapiesitzungen durchaus von situativ und temporal abgeschlossenen Einheiten ausgegangen werden kann, ist die Rahmung singulärer Ereignisse nicht gleich offensichtlich, zumal die praxeologische Frage nach dem Anfang und Ende sozialer Praktiken nicht immer so leicht zu beantworten ist wie im Fall vorab festgelegter Therapieeinheiten.

Während die heileurythmische Praktik des *Hallelujas* zwingend die körperliche Anwesenheit mindestens einer Heileurythmistin/eines Heileurythmisten und einer Patientin/eines Patienten verlangt, sind durchaus weitere Teilnehmende in unterschiedlicher Funktion denkbar: Angehörige oder Zimmernachbar/-innen können einer Therapieeinheit oder einem singulären Ereignis durchaus beiwohnen; in Falle singulärer Ereignisse kommt es indessen eher vor, dass Angehörige eingebunden werden. Sind die Patient/-innen beispielsweise nicht mehr ansprechbar, wird die Zustimmung zur Praktizierung des *Hallelujas* häufig bei den Angehörigen erfragt, das heileurythmische Gespräch also auf die Angehörigen ausgedehnt. Zudem ist denkbar, dass die Angehörigen im Anschluss daran in die Eurythmisierung des *Hallelujas* eingebunden werden.

Die Eurythmisierung der Buchstaben im Sinne formalisierter Bewegungsabfolgen stellt das Kernstück der sozialen Praktik dar, die unabhängig ihrer Rahmung v.a. in drei Formen vorliegt, die vom Gesundheitszustand der schwer Kranken und Sterbenden abhängen:

- Sind die Patient/-innen körperlich in der Lage, die entsprechenden Bewegungen selber zu vollziehen, so führen die Heileurythmist/-innen die Bewegungen begleitet von Handlungsanweisungen zu den einzelnen Buchstaben, ihren Bewegungen, Bedeutungen und farblichen Assoziationen zunächst vor, bevor das *Halleluja* gemeinsam aktiv eurythmitisiert wird.
- Sind die Patient/-innen aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr in der Lage, die Bewegungen selber durchzuführen, übernehmen die Heileurythmist/-innen einen Großteil der körperlichen Arbeit, die mehr oder weniger gesprächs- bzw. körperorientiert ausfallen kann: Je nachdem ob sie die schwer Kranken und Sterbenden lediglich darin unterstützen, die Bewegungen vorzunehmen, oder ob sie sie selber an ihnen vornehmen,

formulieren die Heileurythmist/-innen mehr oder weniger Handlungsanweisungen. In beiden Fällen wird die passive Heileurythmie von diskursiven Rationalisierungen der einzelnen Buchstaben begleitet. Diese Formen der passiven Heileurythmie bedingen eine Adaption der ursprünglich formalisierten eurythmischen Bewegungen. So wird der Buchstabe »A« beispielsweise nicht mehr mit beiden Armen schräg nach oben hältend geformt, sondern am Körper der Patient/-innen nachgebildet.

- Sind die schwer kranken und sterbenden Patient/-innen gar nicht mehr ansprechbar, führen die Heileurythmist/-innen das *Halleluja* schweigend vor, so dass die Patient/-innen die Heileurythmie zwar nicht selber ausführen, aber durch »aktives Wahrnehmen« davon profitieren (Girke 2012: 1079). Ob das *Halleluja* sprachlich eingebettet bzw. begleitet ist, hängt davon, ob sich im Zimmer Angehörige befinden, aber auch von der Therapeutin/dem Therapeuten selbst. In dieser passiven Form einer stark körperorientierten Ausgestaltung der heileurythmischen Handlungsform des *Hallelujas* kann ihr ein hoher performativer Charakter zukommen, etwa wenn die Heileurythmist/-innen am Fußende des Kranken- bzw. Sterbebettes stehen; sie kann aber auch relativ unspektakulär ausfallen, indem die Heileurythmist/-innen die Bewegungen bloß andeuten.

6. Was hat das mit Religion zu tun?

Manch eine/einer mag sich an dieser Stelle fragen, was das mit Religion zu tun habe? Lange Zeit reagierten Religionswissenschaftler/-innen auf genau diese Frage insofern, als sie noch vor der Formulierung ihrer Forschungsfrage ihr Religionsverständnis darlegten, um in aller Explizitheit klarzustellen, dass das Folgende mit Religion zu tun hat und dass das, was sie betreiben, Religionswissenschaft sei. Doch in den letzten Jahren werden immer mehr religionswissenschaftliche Forschungsprojekte betrieben und entsprechende Resultate publiziert, die ohne Religionsdefinitionen auskommen und nicht weniger religionswissenschaftlich sind.

Auch die Beschreibung des heileurythmischen *Hallelujas* mittels eines praxeologischen Zugriffs im letzten Kapitel hat gezeigt, dass sie ohne eine vorangestellte Religionsdefinition auskommt. Und dennoch stellt sich – gerade angesichts körperorientierter Praktiken, die eher auf Körperllichkeit denn auf Sprachlichkeit beruhen oder ganz auf Sprache verzichten – die Frage, was

eine soziale Praktik zu einer religiösen macht? Sich auf eine Religionsdefinition zu beziehen, ist eine der Möglichkeiten, auf diese Frage zu antworten.

Als eine der prominentesten und nach wie vor anschlussfähigen Religionsdefinitionen gilt diejenige von Émile Durkheim aus dem Jahre 1912:

»Eine Religion ist ein solidarisches System von Überzeugungen und Praktiken, die sich auf heilige, d.h. abgesonderte und verbotene Dinge, Überzeugungen und Praktiken beziehen, die in einer und derselben moralischen Gemeinschaft, die man Kirche nennt, alle vereinen, die ihr angehören.« (Durkheim 2007: 76)

Dehnt man den verwendeten Begriff des *Heiligen* mit Ann Taves (2009, 2010) auf den Begriff des *Besonderen* (*special*) aus, so lassen sich damit »Dinge, Überzeugungen und Praktiken« fassen, die im Feld entweder explizit als religiös benannt werden oder aber denen eine *besondere* Rolle zugeschrieben wird, indem sie im Sinne Durkheims von herkömmlichen Dingen abgesondert werden oder verboten sind. Taves zufolge hängt die *Besonderheit* (*specialness*) dieser Dinge gerade davon ab, wie und zu welchem Grad sie abgesondert oder verboten sind: vom gewöhnlich *Besonderen*, zum singulären *Besonderen*, zum wirklich *Besonderen*. Dadurch differenziert Taves Durkheims trennscharfe Unterscheidung zwischen heilig und profan, was erlaubt, Gegenstände einer religionswissenschaftlichen Untersuchung zu unterziehen, die das Feld selbst nicht als *religiös, magisch, heilig* etc. beschreibt:

»The religion-like terms are a web of emic concepts that people on the ground use to variously describe some but not all the things they consider special or things that they think others mistakenly consider special (...). There are, however, many things that people consider special that they do not describe using religion-like terms.« (Taves 2010: 320)

Insofern Taves das *Besondere* also als Resultat der Zuschreibung von *Besonderheit* versteht, gerät es genauso in den Blick wie die Zuschreibung selbst. Unterschieden werden *Dinge*, die besonders sind (*things deemed special*), und *Verfahren*, die mit diesen besonderen Dingen umzugehen erlauben (*methods efficacious for engaging with things deemed special*). Während wir es im Falle von besonderen Dingen mit *einfachen Zuschreibungen* (*simple ascriptions*) zu tun haben, kommen mit Bezug auf die Verfahren, mit eben diesen umzugehen, *zusammengesetzte Zuschreibungen* (*composite ascriptions*) zum Tragen (vgl. Taves 2009: 16-55).

Diese Zuschreibungen erfolgen nun nicht zwingend explizit, sondern bauen auf einer Vielzahl an Lautbildern auf, die sich in Wortfeldern niederschlagen, welche sozialwissenschaftlich rekonstruierbar sind, wie Taves wie folgt begründet:

»Rather than relying on emically loaded first-order terms, such as ›sacred‹, ›magical‹, ›spiritual‹, ›mystical‹, or ›religious‹, scholars of religion can seek ways to translate the disciplinary second-order discourse of ›religion‹, ›religious‹ and ›religions‹ into broader, more generic terms [...]. Instead of stipulating a definition for a key first-order term, such as ›religious‹, and thus defining in advance what exactly will count for us as such, I propose [...] that we cast our nets more broadly and then sort through the variety of things that our nets pull in.« (Taves 2009: 26)

Im vorliegenden Zusammenhang sind dies z.B. Lautbilder wie *anthroposophisch, geisteswissenschaftlich, spirituell, ganzheitlich, geistig, heilsam* etc., die Bestandteile von Religion als einem komplexen Gefüge sind. Der Religionsbegriff wird also nicht einfach ersetzt durch einen anderen. Viel eher verbindet sich mit Taves' Verständnis der Anspruch, dass Religion schwer zu fassen ist und verschiedene Wortfelder und Gegenstände unter sich zusammenfasst.

Wichtig erscheint letztlich die Unterscheidung zwischen einer kognitiven, unbewussten und einer diskursiven, d.h. sozialwissenschaftlich zugänglichen Bedeutungszuschreibung: Ohne die kognitionswissenschaftliche Untermauerung von Taves' Religionsbegriff zu übernehmen, können *specialness* und *special* als Konstruktionsleistungen von Akteur/-innen zur analytischen Kategorie erhoben werden, entlang derer im Folgenden kurz auf die Spezifika der anthroposophisch-medizinischen Begleitung am Lebensende eingegangen wird. In diesem Sinne ist danach zu fragen, wie *Besonderheit* in diesem konkreten Praxisfeld von den verschiedenen Akteur/-innen konzipiert wird und was die feldspezifischen Merkmale dieses *Besonderen* sind. Die Konstruktion von Besonderheit in der anthroposophisch-medizinischen Palliative Care und das Besondere dieser Praxis sind demnach in hohem Maße feldspezifisch, da sie nur durch die Zuschreibungen der Akteur/-innen des Feldes überhaupt existieren. Dazu passt, dass viele Akteur/-innen bestimmte Praktiken gerade angesichts des fortschreitenden Sterbeprozesses der Patient/-innen als – von einer konventionellen Begleitung am Lebensende – *abweichend* oder eben als *besonders* und das Praktizieren dieser Handlungsformen als eine *Besonderheit* des anthroposophischen Krankenhauses und der anthroposophischen Medizin betonen.

Im Falle der Heileurythmie ist es das *Halleluja*, das gerade in der Begleitung am Lebensende als »besonders wichtig« (P72: 40, Beobachtungsprotokoll) gilt, was auf seine Wirkung zurückgeführt wird. Die Rationalisierung eben dieser erfolgt über eine Referenz auf Rudolf Steiner, der dem *Halleluja* einen bestimmten Spruch zugeordnet habe:

»Ich frage die Praktikantin [...], ob und wann sie das Halleluja [...] schon eingesetzt habe. Daraufhin erzählt Sabine von einer Patientin, die schon sechs oder sieben Mal in Behandlung gewesen sei und dann am Abend vor dem Austritt große Sorge vor dem Nachhausegehen gehabt habe. Darum hätte sie mit ihr das Halleluja gemacht, denn Steiner habe ja Folgendes dazu gesagt: ›Reinige mich von allem, was mich am Anblick der Gottheit hindert. Und das habe einfach eine wahnsinnige Wirkung dieses Halleluja.‹« (P101: 40, Beobachtungsprotokoll)

Die »wahnsinnige Wirkung« selbst bestehe weiter darin, dass das Praktizieren des *Hallelujas* am Lebensende eine »Brücke zwischen dem Leben und dem Tod« herstellen könne, was sowohl das Erleben oder Wiedererleben von Nah-toderfahrungen ermögliche als auch den Sterbenden in diesem »Moment der Entscheidung« unterstütze (vgl. P72: 38, Beobachtungsprotokoll). Sowohl in der finalen Phase als auch unmittelbar nach dem Tod helfe die Eurythmisierung des *Hallelujas* durch Heileurythmist/-innen oder Angehörige den Sterbenden dabei, loszulassen, d.h. sich von ihren Mitmenschen, vom Leben allgemein und von ihrem Körper zu lösen (vgl. P102: 117, Interviewtranskription). Dieses Loslassen kulminiert schließlich im Loslösen der vier Wesensglieder, aus denen der Mensch gemäß dem anthroposophischen Menschenbild bestehe: Der physische Leib sei die sichtbare, wahrnehmbare körperliche Gestalt des Menschen; der Ätherleib wird auch als Lebensleib bezeichnet und reguliere Funktionen wie Wachstum, Regeneration etc.; im Astralleib seien die Seele und Stimmungslage verortet; und die Ich-Organisation stehe über all diesen Wesensgliedern, da sie dem Menschen sein Bewusstsein und seine Individualität verleihe (vgl. P116: 3, 5, 7, internes Dokument; P118: 6, internes Dokument). Das Loslösen dieser Wesensglieder im Sterbeprozess sowie darüber hinaus vollziehe sich in drei Schritten: (1) Der physische Tod sei äquivalent mit der konventionell medizinischen Konzeption des Todes als einem Erlöschen der Lebensvorgänge. Im physischen Tod lösten sich der Äther- und Astralleib sowie die Ich-Organisation vom Körper. (2) Im Verlauf der ersten drei Tage nach dem physischen Tod durchlaufe der Mensch ein Lebenspanorama; der Ätherleib verteile sich im Weltenäther. (3) Nach diesem ätherischen

Tod seien noch der Astralleib und die Ich-Organisation übrig; sie träten ins Kamaloka ein, wo sie einen Läuterungsprozess durchliefen, der in der Regel ein Drittel der eigenen Lebenszeit dauere. Am Ende des astralischen Todes bleibe nur die Ich-Organisation bestehen. Sie überdauere den Tod und werde erst nach einer gewissen Zeitspanne wiedergeboren. Der individuelle Kern des Menschen überlebe also diesen »dreifachen Tod« (vgl. Glöckler 2002; Glöckler et al. 2006; Steiner 1980, 2010c).

Diese Konzeptionen des Menschen und des Jenseits dienen den Heileurythmist/-innen überdies für die Rationalisierung ihrer eigenen körperlichen Wahrnehmung der Wirksamkeit des *Hallelujas* – selbst in der passiven Form der eigenen Ausführung ohne Körperkontakt mit den Sterbenden: Falle es einem Menschen schwer zu sterben, so sei das für sie – so eine Heileurythmistin des anthroposophisch-medizinischen Krankenhauses – während der Eurythmisierung des *Hallelujas* am eigenen Körper spürbar: »Es gibt ja auch so die Erfahrung, Menschen, die nicht sterben können, [...] wo diese Ls wirklich SO physisch, so SCHWER sind, als würde ich zentnerweise Zement irgendwie versuchen hochzuheben und wieder fallen zu lassen« (P102: 117, Interviewtranskription). Zugleich könne sie aus ihren eigenen körperlichen Wahrnehmungen ableiten, wie weit jemand im Sterbeprozesse fortgeschritten sei: »Je nachdem wie der Sterbeprozess ist, zieht mich im A toTAL nach hinten. <eurythmisiert das A mit dem Rücken nach hinten: Fast SO, ja?> Und ich kann DAran ablesen, ob der erst in drei Tagen stirbt oder in den nächsten drei Stunden« (P102: 117, Interviewtranskription). Werde das *Halleluja* bei bereits Verstorbenen in den ersten 72 Stunden nach Eintritt des Todes eurythmisiert, erleichtere dies den Ablösungsprozess der Wesensglieder. Gerade nicht-spirituelle Menschen benötigten diesbezüglich Hilfe, was ebenfalls körperlich wahrnehmbar sei:

»Da [...] MEIne ich zum Beispiel lesen zu können, die die NICHT an die geistige Welt, an die Spiritualität geglaubt haben, dass die unglaublich dick noch mit dem Leib verbunden sind. [...] Dass die Seele wie nicht raus kann, dass man dann DA das Halleluja braucht, dass die Seele sich lösen kann [...]. Das ist WAHNSINNIG anstrengend [...] und das kann man WAHRnehmen.« (P102: 117, Interviewtranskription)

Das *Besondere* des heileurythmischen *Hallelujas* hängt also vornehmlich mit den anthroposophischen Konzeptionen des Menschen und des Jenseits zusammen. Um das religiöse Moment dieser Rationalisierungen zu erkennen, bedarf es indessen keiner konkreten, der Forschung vorangestellten Religi-

onsdefinition. Die Frage danach, was eine bestimmte soziale Praktik mit Religion zu tun habe, lässt sich durchaus auch implizit beantworten, indem die Beschreibung der sozialen Praktik durch ihre historische Kontextualisierung, strukturelle Verankerung sowie konkrete Vollzugswirklichkeit (Kapitel 5) um ihre (*religiöse*) Rationalisierung ergänzt wird, wie in diesem Kapitel illustriert wurde.

7. Schluss

Eine praxistheoretisch informierte Religionswissenschaft kann also, muss aber nicht, auf einer Religionsdefinition aufbauen. Es ist auch möglich, mit Hilfe einer praxisanalytischen Methodik die religiösen Rationalisierungen zu rekonstruieren und damit sozusagen im Religionsverständnis des Feldes zu verbleiben. Damit wird mit Rafael Walther (2019: 169ff.) der Kontext der Praktik ins Visier genommen, so dass selbst im Falle körperorientierter Praktiken, die vornehmlich auf diskursive Rationalisierungen verzichten, die Religiosität der Praxis praxeologisch formuliert aus ihrer eigenen Strukturiertheit hergeleitet werden kann. Somit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich die Rekonstruktion sozialer Wirklichkeit darauf zu beschränken hat, was sich von außen wahrnehmbar abspielt.

Forschungspraktisch kann dies mit einer Triangulation qualitativ sozial-wissenschaftlicher Methoden erreicht werden: Neben der ethnographischen Beobachtung sozialer Praktiken, die praxeologisch besonders naheliegend ist, werden informelle Gespräche und formale, narrativ-fundierte Interviews geführt. In der Befragung werden die Handlungsformen retrospektiv und reflexiv zum Thema erhoben. Damit wird implizites praktisches Wissen zutage gefördert und es werden zugleich ex-post Handlungs rationalisierungen verbalisiert, was gerade im Anschluss an die Beobachtung körperorientierter Praktiken wichtig erscheint, in denen wenig bis kein diskursiviertes Handlungswissen erhoben werden kann. Weiter werden solche fehlenden Bezugnahmen durch schriftliche Rationalisierungen ergänzt, indem schriftliche Quellen, z.B. theologische Selbstbeobachtungen, die auf die zu untersuchende Handlungsform referieren, hinzugezogen werden.

Vermittels einer solchen Methodologisierung der Praxistheorie vermag eine praxistheoretisch fundierte Religionswissenschaft soziale Praktiken ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu stellen und einer doppelten Gefahr entgegenzuwirken: Soziale Wirklichkeit wird einerseits weder auf Subjekte

noch auf Sprache beschränkt, sondern als eine Gesamtheit von Getanem und Gesagtem verstanden, die all das miteinbezieht, was empirisch wirklich wahrnehmbar ist. Andererseits wird damit verhindert, soziale Praktiken allein aus ihrem situativen Vollzug herzuleiten, also all das zu vernachlässigen, was den Handlungsvollzug ebenfalls mitbestimmt, wie ihre historische Kontextualisierung, strukturelle Verankerungen, konkrete Vollzugswirklichkeiten und (religiöse) Rationalisierungen.

Anhang

Forschungspraktisches Vorgehen bezüglich Heileurythmie

Wann	Was	Produkt
11.03.15: 07.30 - 08.00	Teilnahme am anthroposophischen Morgenkreis; Erstkontakt mit Sabine und Mara	Beobachtungs- protokoll (P58: 20-52)
11.03.15: 08.30 - 09.00	Informelles Gespräch in der Kantine mit Sabine und Mara	Beobachtungs- protokoll (P58: 57)
20.03.15: 07.30 - 08.00	Teilnahme am anthroposophischen Morgenkreis; Be- sprechung des Forschungsablaufs mit Sabine und Mara	Beobachtungs- protokoll (P63: 25-63)
20.03.15: 08.00 - 09.00	Informelles Gespräch mit Sabine in der Kantine	Beobachtungs- protokoll (P63: 38-42)
26.03.15: 13.30 - 14.15	Teilnahme an der Palliativkonferenz des interprofessio- nellen Teams mit Sabine als Vertreterin der Heileuryth- mie	Beobachtungs- protokoll (P64: 72-81)
27.03.15: 07.45 - 09.15	Informelles Gesprächs mit Sabine und einer Malthera- peutin in der Kantine	Beobachtungs- protokoll (P66: 28-29)
16.04.15: 09.00 - 11.00	Informelles Gespräch mit Mara im Heileurythmizimmer	Beobachtungs- protokoll (P72: 29-42)
16.04.15: 11.00 - 12.00	Hospitalitation bei Mara	Beobachtungs- protokoll (P72: 42-52)

16.04.15: 12.00 - 12.20	Informelles Gespräch mit Mara im Heileurythmiezimmer	Beobachtungsprotokoll (P72: 54-57)
16.04.15: 12.20 - 13.20	Informelles Gespräch mit Mara, Sabine und der Heileurythmie-Praktikantin während des Mittagessens in der Kantine	Beobachtungsprotokoll (P72: 59-63)
16.04.15: 13.20 - 13.30	Teilnahme an der fakultativen Betriebseurythmie unter der Leitung von Sabine	Beobachtungsprotokoll (P72: 65-68)
16.04.15: 13.20 - 13.30	Teilnahme an der Palliativkonferenz des interprofessionellen Teams mit Sabine als Vertreterin der Heileurythmie	Beobachtungsprotokoll (P72: 70-78)
04.05.15: 09.30 - 10.30	Informelles Gespräch mit Mara im Heileurythmiezimmer und anschl. Selbsterfahrung	Beobachtungsprotokoll (P98: 21-27)
11.05.2015, 12.30 - 14.00	Informelles Gespräch mit Mara, Sabine und der Heileurythmie-Praktikantin während des Mittagessens in der Kantine	Beobachtungsprotokoll (P101: 39-41)
11.05.2015, 11.00 - 12.30	Formalisiertes Interview mit Mara	Interviewtranskription (P102)
27.05.15: 14.00 - 14.30	Informelles Gespräch mit Mara im Heileurythmiezimmer	Beobachtungsprotokoll (P111: 19-21)
27.05.15: 15.30 - 16.15	Informelles Gespräch mit Mara in der Kantine	Beobachtungsprotokoll (P111: 44-47)
11.06.15: 12.30 - 13.30	Informelles Gespräch mit Mara, Sabine und der Heileurythmie-Praktikantin während des Mittagessens in der Kantine	Beobachtungsprotokoll (P112: 23-26)
28.05.15: 14.30 - 15.30	Teilnahme an der Palliativkonferenz des interprofessionellen Teams mit Sabine als Vertreterin der Heileurythmie	Beobachtungsprotokoll (P112: 26-31)

Grau unterlegt sind diejenigen Forschungsschritte, die Informationen zur Handlungsform des *Hallelujas* bereithalten.

Literatur

- Arman, Maria/Ranheim, Albertine/Rehnsfeldt, Arne/Wode, Kathrin (2008): »Anthroposophic Health Care – Different and Home-like«, in: Scandinavian Journal of Caring Sciences 22, S. 357-366.
- Bergmann, Jörg (1985): »Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit«, in: Wolfgang Bonss (Hg.), Entzauberte Wissenschaft. Zur Relativität und Geltung soziologischer Forschung, Göttingen: Schwartz, S. 299-320.
- Bourdieu, Pierre (1992): »Die Auflösung des Religiösen«, in: Pierre Bourdieu (Hg.), Rede und Antwort, Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, S. 231-237.
- Bourdieu, Pierre (2011a): »Der Tote packt den Lebenden«, in: Pierre Bourdieu (Hg.), Der Tote packt den Lebenden. Herausgegeben von Margareta Steinrücke, Hamburg: VSA Verlag, S. 17-54.
- Bourdieu, Pierre (Hg.) (2011b): Religion. Schriften zur Kultursoziologie 5. Herausgegeben von Franz Schultheis und Stephan Egger. Berlin: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2014): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2015): Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabylischen Gesellschaft, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Brügge, Peter (1984): Die Anthroposophen. Waldorfschulen, Biodynamischer Landbau, Ganzheitsmedizin, Kosmische Heilslehre, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2021): Art. 118a (<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html#a118a>, letzter Zugriff 25.10.2019).
- Bundesamt für Gesundheit (2020a): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen/spezialisierte/versorgungsstrukturen.pdf.download.pdf/versstruktur-spez-pc-ch.pdf>, letzter Zugriff 19.01.2020).
- Bundesamt für Gesundheit (2020b): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen/spezialisierte/indikationskriterien.pdf.download.pdf/indik-spez-pc.pdf>, letzter Zugriff 19.01.2020).
- Denzin, Norman Kent (1978): Sociological Methods. A Sourcebook, New York: McGraw-Hill.

- Online Definitionshandbuch SwissDRG 4.0 Abrechnungsversion (2020): DRG A96Z Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung, ohne OR-Prozedur (<https://manual40.swissdrg.org/drgs/name?code=A96Z&locale=de>, letzter Zugriff 09.01.2020).
- Durkheim, Émile (2007): Die elementaren Formen des religiösen Lebens, Frankfurt a.M.: Verlag der Weltreligionen.
- Echtler, Magnus/Ukah, Asonzeh (Hg.) (2016): Bourdieu in Africa. Exploring the Dynamics of Religious Fields. Leiden, Boston: Brill.
- Elwert, Georg (1994): Feldforschung. Vom literarischen Berichten zur methodisch angeleiteten qualitativen und quantitativen Forschung, Frankfurt an der Oder: Europa-Universität.
- Floriani, Ciro Augusto (2016): »Anthroposophy and Integrative Care at the End of Life«, in: Alternative and Complementary Therapies 22 (3), S. 99-104.
- Franke, Edith/Maske, Verena (2011): »Teilnehmende Beobachtung als Verfahren der Religionsforschung«, in: Stefan Kurth/Karsten Lehmann (Hg.), Religionen erforschen. Kulturwissenschaftliche Methoden in der Religionswissenschaft, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 105-134.
- Geertz, Clifford (1987a): »Dichte Beschreibung. Bemerkungen zu einer deutenden Theorie von Kultur«, in: Clifford Geertz (Hg.), Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme, Frankfurt Main: Suhrkamp, S. 7-43.
- Geertz, Clifford (1987b): »Religion als kulturelles System«, in: Clifford Geertz (Hg.), Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme, Frankfurt Main: Suhrkamp, S. 44-95.
- Giddens, Anthony (1984): The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration, Berkeley: University of California Press.
- Girke, Matthias (2012): Innere Medizin. Grundlagen und therapeutische Konzepte der anthroposophischen Medizin, Berlin: Salumed Verlag.
- Girtler, Roland (2001): Methoden der Feldforschung, Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Glöckler, Michaela (2002): »Zum Sterbeprozess aus anthroposophischer Sicht«, in: Michaela Glöckler/Rolf Heine (Hg.), Handeln im Umkreis des Todes. Praktische Hinweise für die Pflege des Körpers, die Aufbahrung, die spirituelle Begleitung des Verstorbenen, Dornach: Medizinische Sektion am Goetheanum, S. 62-67.
- Glöckler, Michaela/Girke, Matthias/Matthes, Harald (2011): »Anthroposophische Medizin und ihr integratives Paradigma«, in: Rahel Uhlenhoff

- (Hg.), Anthroposophie in Geschichte und Gegenwart, Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag, S. 515-611.
- Glöckler, Michaela/Heine, Rolf (Hg.) (2002): Handeln im Umkreis des Todes. Praktische Hinweise für die Pflege des Körpers, die Aufbahrung, die spirituelle Begleitung des Verstorbenen. Dornach: Medizinische Sektion am Goetheanum.
- Glöckler, Michaela/Heine, Rolf (2015): Führungsfragen und Arbeitsformen in der anthroposophisch-medizinischen Bewegung, Dornach: Verlag am Goetheanum.
- Glöckler, Michaela/Heine, Rolf/Saur, Beate (2006): »Der Sterbeprozess aus anthroposophischer Sicht«, in: Michaela Glöckler/Rolf Heine (Hg.), Ethik des Sterbens – Würde des Lebens. Geistige, rechtliche und wirtschaftliche Fragen zum Altwerden, Sterben und nachtodlichen Leben, Dornach: Medizinische Sektion am Goetheanum, S. 31-50.
- Goyert, Andreas (2015): Anthroposophische Medizin und die Prozesse im Stoffwechsel, Stuttgart: Freies Geistesleben.
- Hager, Gisela (2003): »Sterbebegleitung in der anthroposophischen Pflege. Gedanken einer Krankenschwester«, in: Peter Heusser/Björn Riggensbach (Hg.), Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Euthanasie. Die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht, Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt, S. 95-110.
- Helwig, Silke (2003): »Ideal und Wirklichkeit – ein Spannungsfeld. Erfahrungen als anthroposophische Klinikärztin in der Begleitung Sterbender«, in: Peter Heusser/Björn Riggensbach (Hg.), Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Euthanasie. Die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht, Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt, S. 111-126.
- Heusser, Peter/Riggensbach, Björn (Hg.) (2003): Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Euthanasie. Die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt.
- Hillebrandt, Frank (2009a): Praktiken des Tauschens. Zur Soziologie symbolischer Formen der Reziprozität, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hillebrandt, Frank (2009b): »Praxistheorie«, in: Georg Kneer/Markus Schröer (Hg.), Handbuch soziologische Theorien, Wiesbaden: Springer VS, S. 369-394.
- Hillebrandt, Frank (2012): »Die Soziologie der Praxis und die Religion – Ein Theorievorschlag«, in: Anna Daniel/Franka Schäfer/Frank Hille-

- brandt/Hanns Wienold (Hg.), *Doing Modernity – Doing Religion*, Wiesbaden: Springer VS, S. 25-57.
- Hillebrandt, Frank (2015): »Was ist der Gegenstand einer Soziologie der Praxis?«, in: Franka Schäfer/Anna Daniel/Frank Hillebrandt (Hg.), *Methoden einer Soziologie der Praxis*, Bielefeld: transcript, S. 15-36.
- Hirschauer, Stefan (2001): »Ethnografisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zu einer Methodologie der Beschreibung«, in: *Zeitschrift für Soziologie* 30 (6), S. 429-451.
- Hirschauer, Stefan (2016): »Verhalten, Handeln, interagieren. Zu den mikrosoziologischen Grundlagen der Praxistheorie«, in: Hilmar Schäfer (Hg.), *Praxistheorie. Ein soziologisches Forschungsprogramm*, Bielefeld: transcript, S. 45-67.
- Höller, Klaus/Keller Roth, Wilburg (2016): »Was ist Heileurythmie?«, in: Peter Selg (Hg.), *Von der Eurythmie zur Heileurythmie. Methodische Grundlagen und Arbeitsansätze*, Arlesheim: Ita Wegman Institut, S. 23-26.
- Husemann, Armin Johannes/Heusser, Peter (2015): *Form, Leben und Bewusstsein. Einführung in die Menschenkunde der Anthroposophischen Medizin*, Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.
- Husemann, Friedrich/Wolff, Otto (1991): *Das Bild des Menschen als Grundlage der Heilkunst. Entwurf einer geisteswissenschaftlich orientierten Medizin. Band 2: Zur allgemeinen Pathologie und Therapie*, Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.
- Jütte, Robert (1996): *Geschichte der alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute*, München: C.H. Beck.
- Kalthoff, Herbert (2003): »Beobachtende Differenz. Instrumente der ethnografisch-soziologischen Forschung«, in: *Zeitschrift für Soziologie* 32 (1), S. 70-90.
- Keller Roth, Wilburg (2016): »Methodische Grundlagen der Heileurythmie«, in: Peter Selg (Hg.), *Von der Eurythmie zur Heileurythmie. Methodische Grundlagen und Arbeitsansätze*, Arlesheim: Ita Wegman Institut, S. 29-32.
- Kienle, Gunver S./Albonico, Hans-Ulrich/Baars, Erik/Hamre, Harald J./Zimmermann, Peter/Kiene, Helmut (2013): »Anthroposophic Medicine: An Integrative Medical System Originating in Europe«, in: *Global Advances in Health and Medicine* 2 (6), S. 20-31.
- Kirchner-Bockholt, Margarete (2010): *Grundelemente der Heileurythmie*. Herausgegeben von der Medizinischen Sektion der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft Goetheanum, Dornach: Verlag am Goetheanum.

- Knoblauch, Hubert (2001): »Fokussierte Ethnographie. Soziologie, Ethnologie und die neue Welle der Ethnographie«, in: *sozialersinn* 1 (1), S. 123-141.
- Knoblauch, Hubert (2002): »Fokussierte Ethnographie als Teil einer soziologischen Ethnographie. Zur Klärung einiger Missverständnisse«, in: *sozialersinn* 2 (1), S. 129-135.
- Knoblauch, Hubert (2003): *Qualitative Religionsforschung. Religionsethnographie in der eigenen Gesellschaft*, Paderborn, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh.
- Kurth, Stefan/Lehmann, Karsten (2011): »Narrativ fundierte Interviews mit religiösen Subjekten. Individualsynkretismus als Typus moderner Religiosität«, in: Stefan Kurth/Karsten Lehmann (Hg.), *Religionen erforschen. Kulturwissenschaftliche Methoden in der Religionswissenschaft*, Wiesbaden: Springer VS, S. 135-168.
- Limacher, Katharina/Walthert, Rafael (2021): »Einleitung: Praxistheorien und Religionswissenschaft«, in: *Praxistheorien und Religionswissenschaft* (im Druck).
- MacLeod, Roderick Duncan/van den Block, Lieve (Hg.) (2019): *Textbook of Palliative Care*. New York: Springer VS.
- Miebach, Bernhard (2014): *Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung*, Wiesbaden: Springer VS.
- Mills, C. Wright (1940): »Situated Actions and Vocabularies of Motive«, in: *American Sociological Review* 4 (6), S. 904-913.
- Neukirch, Elke (2016a): »Die Kraft der Sprachlaute und des Wortes als Urquell heileurythmischen Wirkens«, in: Michaela Glöckler (Hg.), *Meditation in der anthroposophischen Medizin. Ein Praxisbuch für Ärzte, Therapeuten, Pflegende und Patienten*, Berlin: Salumed Verlag, S. 199-208.
- Neukirch, Elke (2016b): »Über Rudolf Steiners Differenzierung der pädagogisch-hygienischen, hygienisch-eurythmischen und hygienisch-therapeutischen Arbeit. Eine Studie«, in: Peter Selg (Hg.), *Von der Eurythmie zur Heileurythmie. Methodische Grundlagen und Arbeitsansätze*, Arlesheim: Ita Wegman Institut, S. 33-70.
- Reckwitz, Andreas (2000): »Der Status des ›Mentalen‹ in kulturtheoretischen Handlungserklärungen. Zum Problem der Relation von Verhalten und Wissen nach Stephen Turn und Theodore Schatzki«, in: *Zeitschrift für Soziologie* 29 (3), S. 167-185.
- Reckwitz, Andreas (2002): »Toward a Theory of Social Practices. A Development in Culturalist Theorizing«, in: *European Journal of Social Theory* 5 (2), S. 243-263.

- Reckwitz, Andreas (2003): »Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive«, in: *Zeitschrift für Soziologie* 32 (4), S. 282–301.
- Reckwitz, Andreas (2008): »Praktiken und Diskurse. Eine sozialtheoretische und methodologische Relation«, in: Herbert Kalthoff/Stefan Hirschauer/Gesa Lindemann (Hg.), *Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 188–209.
- Reckwitz, Andreas (2016): *Kreativität und soziale Praxis. Studien zur Sozial- und Gesellschaftstheorie*, Bielefeld: transcript.
- Ritchie, Jane/Wilkinson, Jane/Gantley, Madeleine/Feder, Gene/Carter, Yvonne /Formby, Juliet (2001): *A Model of Integrated Primary Care: Anthroposophic Medicine*. National Centre for Social Research. Department of General Practice and Primary Care, St Bartholomew's and the Royal London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London.
- Rosenthal, Gabriele (2011): *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*, Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Schäfer, Franka/Daniel, Anna (2015): Zur Notwendigkeit einer praxissoziologischen Methodendiskussion«, in: Franka Schäfer/Anna Daniel/Frank Hillebrandt (Hg.), *Methoden einer Soziologie der Praxis*, Bielefeld: transcript, S. 37–55.
- Schäfer, Franka/Daniel, Anna/Hillebrandt, Frank (2015a): »Einleitung«, in: Franka Schäfer/Anna Daniel/Frank Hillebrandt (Hg.), *Methoden einer Soziologie der Praxis*, Bielefeld: transcript, S. 7–11.
- Schäfer, Franka/Daniel, Anna/Hillebrandt, Frank (Hg.) (2015b): *Methoden einer Soziologie der Praxis*. Bielefeld: transcript.
- Schäfer, Hilmar (2013): *Die Instabilität der Praxis. Reproduktion und Transformation des Sozialen in der Praxistheorie*, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Schäfer, Hilmar (2016a): »Praxistheorie«, in: Hilmar Schäfer (Hg.), *Praxistheorie. Ein soziologisches Forschungsprogramm*, Bielefeld: transcript, S. 9–25.
- Schäfer, Hilmar (Hg.) (2016b): *Praxistheorie. Ein soziologisches Forschungsprogramm*. Bielefeld: transcript.
- Schatzki, Theodore R. (1996): *Social Practices. A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schatzki, Theodore R./Knorr-Cetina, Karin D./Savigny, Eike von (Hg.) (2001): *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London: Routledge.

- Sebastian, Sabine (2016): »Wesen und Methode der Heileurythmie«, in: Peter Selg (Hg.), Von der Eurythmie zur Heileurythmie. Methodische Grundlagen und Arbeitsansätze, Arlesheim: Ita Wegman Institut, S. 27-28.
- Selg, Peter (2000a): Anfänge anthroposophischer Heilkunst. Ita Wegman, Friedrich Husemann, Eugen Kolisko, Frederik Willem Zeylmans van Emmichoven, Karl König, Gerhard Kienle, Dornach: Rudolf Steiner Verlag.
- Selg, Peter (2000b): »Eine kurze Skizze der Geschichte anthroposophischer Medizin bis zum Tod Rudolf Steiners (1925)«, in: Peter Selg (Hg.), Anthroposophische Ärzte. Lebens- und Arbeitswege im 20. Jahrhundert. Nachrufe und Kurzbiographien. Mit einer Skizze zur Geschichte der anthroposophischen Medizin bis zum Tod Rudolf Steiners (1925), Dornach: Verlag am Goetheanum, S. 25-76.
- Selg, Peter (2006): »Die ideellen Beziehungen des Christentums zur Heilkunde und die Anthroposophische Medizin«, in: Peter Heusser (Hg.), Spiritualität in der modernen Medizin, Bern: Peter Lang, S. 145-196.
- Selg, Peter (2018): Der Kampf um die Heileurythmie. Im Spannungsfeld von therapeutischer Gemeinschaft, Anthroposophischer Gesellschaft und Hochschule, Arlesheim: Ita Wegman Institut.
- Siber, Harald (2019): »Anthroposophische Medizin«, in: Michael Frass/Lothar Krenner (Hg.), Integrative Medizin. Evidenzbasierte komplementärmedizinische Methoden, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 455-479.
- Spradley, James P. (1980): Participant observation, New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Steffen-Bürgi, Barbara/Schärer-Santschi, Erika/Staudacher, Diana/Monte-verde, Settimio (Hg.) (2017): Lehrbuch Palliative Care. Begründet von Knipping, Cornelia. Bern: Hogrefe.
- Steiner, Rudolf (1980): Das Geheimnis des Todes. Wesen und Bedeutung Mitteleuropas und die europäischen Volksgeister. Fünfzehn Vorträge, gehalten 1915 in verschiedenen Städten, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 159/160).
- Steiner, Rudolf (1989): Physiologisch-Therapeutisches auf Grundlage der Geisteswissenschaft. Zur Therapie und Hygiene, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 314).
- Steiner, Rudolf (1994a): Anthroposophische Menschenerkenntnis und Medizin, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 319).
- Steiner, Rudolf (1994b): Die geistigen Hintergründe des Ersten Weltkrieges, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 174b).

- Steiner, Rudolf (1995): Heilpädagogischer Kurs, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 317).
- Steiner, Rudolf (1997): Über Gesundheit und Krankheit. Grundlagen einer geisteswissenschaftlichen Sinneslehre, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 348).
- Steiner, Rudolf (1998): Die Entstehung und Entwicklung der Heileurythmie, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 277a).
- Steiner, Rudolf (2001): Geisteswissenschaftliche Gesichtspunkte zur Therapie, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 313).
- Steiner, Rudolf (2003a): Heileurythmie, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 315).
- Steiner, Rudolf (2003b): Meditative Betrachtungen und Anleitungen zur Vertiefung der Heilkunst, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 316).
- Steiner, Rudolf (2010a): Das Zusammenwirken von Ärzten und Seelsorgern. Pastoral-Medizinischer Kurs, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 318).
- Steiner, Rudolf (2010b): Geisteswissenschaft und Medizin. Rudolf Steiner Online Archiv (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 312).
- Steiner, Rudolf (2010c): Schicksalsbildung und Leben nach dem Tode. Sieben Vorträge. Berlin, 16. November bis 21. Dezember 1915, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 157a).
- Steiner, Rudolf/Wegman, Ita (1977): Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen, Dornach: Rudolf Steiner Verlag (Rudolf Steiner Gesamtausgabe, 27).
- Taves, Ann (2009): Religious Experience Reconsidered. A Building-Block Approach to the Study of Religion and other Special Things, Princeton: Princeton University Press.
- Taves, Ann (2010): »Experience as site of contested meaning and value: The attributional dog and its special tail«, in: Religion 40 (4), S. 317-323.
- Ullrich, Heiner (2011): Rudolf Steiner. Leben und Lehre. München: C.H. Beck.
- Varriale, Renate (2019): »Anthroposophic Palliative Nursing«, in: LILIPOH 95 (25), S. 9-19.
- Walthert, Rafael (2014): »Ritual and Discursive Practices. Community and Body in a Bourdieuian Perspective«, in: Alexander Darius Ornella/Stefanie Knauss/Anna-Katharina Höpflinger (Hg.), Commun(ication)ing Bodies. Body as a Medium in Religious Symbol Systems, Zürich: Pano Verlag, S. 187-211.

- Walther, Rafael (2019): Religiöse Rituale und soziale Ordnung. Habilitation, Zürich. Theologische Fakultät.
- Witzel, Andreas (1985): »Das problemzentrierte Interview«, in: Gerd Jütemann (Hg.), Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S. 227-255.
- Wright, Bonnie/Rawls, Anne Warfield (2005): »The Dialectics of Belief and Practice: Religious Process as Praxis«, in: Critical Sociology 31 (1-2), S. 187-211.
- Zander, Helmut (1999): Geschichte der Seelenwanderung in Europa. Alternative religiöse Traditionen von der Antike bis heute, Darmstadt: Primus Verlag.
- Zander, Helmut (2007): Anthroposophie in Deutschland. Theosophische Weltanschauung und gesellschaftliche Praxis 1884-1945. 2 Bände, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zander, Helmut (2011): Rudolf Steiner. Die Biografie, München, Zürich: Piper.
- Zander, Helmut (2019): Die Anthroposophie. Rudolf Steiners Ideen zwischen Esoterik, Weleda, Demeter und Waldorfpädagogik, Paderborn: Ferdinand Schöningh Brill.
- Zeugin, Barbara (2016): »Anthroposophische Sterbegleitung in Auszügen«, in: Facultativ. Theologisches und Religionswissenschaftliches aus Zürich 2, S. 10.
- Zeugin, Barbara (2017): »Is CAM Religious? The Methodological Problems of Categorizing Complementary and Alternative Medicine in the Study of Religion«, in: Bulletin for the Study of Religion 46 (1), S. 6-8.
- Zeugin, Barbara (2021a): Selbstermächtigung am Lebensende. Eine religionswissenschaftliche Untersuchung alternativer Sterbegleitung in der Schweiz, Göttingen: V&R.
- Zeugin, Barbara (2021b): »The Hospice Movement, Palliative Care, and Anthroposophy in Europe«, in: Pamela Klassen/Philipp Hetmanczyk/Dorothea Lüddeckens/Justin Stein (Hg.), Handbook of Religion, Medicine, and Health (im Druck).
- Zeugin, Barbara/Lüddeckens, Dorothea/Schrimpf, Monika (2018): »Crossing Fields: Anthroposophical End-of-life Care in Switzerland«, in: Dorothea Lüddeckens/Monika Schrimpf (Hg.), Medicine – Religion – Spirituality. Global Perspectives on Traditional, Complementary, and Alternative Healing. Bielefeld: transcript, S. 201-240.

Zeugin, Barbara/Walthert, Rafael (2016): »Des pratiques verbales aux pratiques rituelles. Religiosité dans les maisons de soins palliatifs en Suisse«, in: Pierre-Yves Brandt/Jacques Besson (Hg.), Spiritualité en milieu hospitalier. Genève: Labor et Fides, S. 157-173.