

## Originalia

Mirjam Mezger\*

# Alternative Religiosität von Gesundheitsfachpersonen in Palliative Care und das Ideal des „ruhigen Sterbens“

Health professionals' religiosity in palliative care and the ideal of a "calm death"

<https://doi.org/10.1515/spircare-2019-0058>

**Zusammenfassung:** Auch wenn die Konfessionslosigkeit in der Schweiz zunimmt, spielen alternativ-religiöse Glaubensinhalte und -praktiken für das Personal in Palliative Care eine wichtige Rolle: In einer qualitativen Studie in Schweizer Spitälern konnte herausgearbeitet werden, dass die Religiosität des Personals vor allem zum Tragen kommt, wenn es darum geht, den Sterbenden einen ruhigen Sterbeprozess zu ermöglichen. Dabei handelt es sich um einen idealtypischen Ablauf, welcher im vorliegenden Artikel als das Ideal des „ruhigen Sterbens“ präsentiert wird. Ebenso wird dessen Verknüpfung mit religiösen Inhalten und Praktiken dargestellt. Es werden zwei Einflussgrößen auf die Ausgestaltung des Ideals sowie die religiösen Inhalte und Praktiken diskutiert: Einerseits wird dargestellt, wie sie sich dem Spitalumfeld anpassen. Andererseits wird der Frage nachgegangen, inwiefern das Ideal im Kontext einer psychologischen Ausrichtung gegenwärtiger alternativer Religiosität steht, welche in der Religionssoziologie insbesondere unter den Stichwörtern der Subjektivierung und Individualisierung diskutiert wird.

Angesichts des baldigen Todes beschreibt sich das Personal als hilflos und professionelle Handlungsstrategien reichen in der Wahrnehmung des Personals nicht aus. Ab einem gewissen Punkt steht ein Sterbeprozess im Fokus, welcher sich auf ein Weiterexistieren nach dem Tod ausrichtet.

**Schlüsselwörter:** Palliative Care, Sterbeprozess, Personal, Spiritualität, Religionswissenschaft

**Abstract:** An increasing number of Swiss inhabitants have no religious affiliation. Nevertheless, alternative religious beliefs and practices play an important role for healthcare

professionals in palliative care. A qualitative study using a grounded theory model was conducted in Swiss hospitals. It was found that the alternative spirituality of healthcare professionals was closely connected to the ideal of a "calm death".

Two impact factors to this ideal will be presented here: The hospital environment and the psychological orientation of contemporary religiosity. Sociologists of religion discuss the latter often under the keywords of subjectivation and individualization of religion.

Even though the goal in palliative care is not to heal but maintain the quality of life of the dying person as long as possible, this approach may not suffice when the staff is facing a patient's imminent death. At a certain point, the staff focuses on a dying process that is oriented towards an existence after death. Since the professional actions are not aligned to such a goal, religious strategies are used.

**Keywords:** Palliative Care, dying process, staff, spirituality, religious studies

Die Religiosität von Gesundheitsfachpersonen in der Schweizer Palliative Care steht vor dem Hintergrund, dass in der Schweiz die religiöse Zugehörigkeit abnimmt (Bundesamt für Statistik 2019). Doch konfessionslos bedeutet nicht religionslos: Fernöstliche Meditationsstile, alternative Heilmethoden und der Glaube an eine Wiedergeburt sind in der Schweiz weit verbreitet (Joye et al. 2010; de Flaugergues 2016: 6). Diese werden oft mit der Vorstellung einer psychologischen und spirituellen Entwicklung in Verbindung gesetzt (Hero 2016). Gerade in Konfrontation mit dem Lebensende stellt Religiosität eine wichtige Ressource für die Betroffenen dar (Peteet & Balboni 2013) und die zunehmende Konfessionslosigkeit unter den Patientinnen und Patienten führt in den Spitälern zu Herausforderungen (Oberholzer et al. 2018). Doch finden solche alternative Glaubensinhalte und Praktiken auch durch das Personal Eingang in Palliative Care? Der vorliegende Artikel

---

\*Korrespondenzautorin: Mirjam Mezger, Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Pflege, Forschung und Entwicklung, Winterthur, E-Mail: mirjam.mezger@zhaw.ch

präsentiert Daten aus einer qualitativen Studie, welche sich mit den Fragen befasst hat, welche Rolle alternative Religiosität in der spezialisierten Palliative Care in Schweizer Spitälern für das Personal spielt und wie sie sich ausgestaltet. Zudem wird im Artikel erhellt, welches die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung darstellen.

## 1 Hintergrund

### 1.1 Alternative Religiosität und die psychologische Ausrichtung von Religion

In der Religionssoziologie und der Religionswissenschaft wird die gegenwärtige Religiosität in „modernen“ Gesellschaften häufig unter den Gesichtspunkten der Subjektivierung und der Individualisierung beschrieben (Hervieu-Léger 2004; Knoblauch 2018), gemäß denen der Fokus des Glaubens auf die Transzendierung des Selbst zum „Göttlichen“ zu liegen kommt (Luckmann 1967/1991; Luckmann 1999; Heelas et al. 2005; Knoblauch 2018). Dabei entscheidet jede Person für sich, welche Elemente er oder sie aus religiösen Traditionen adaptiert und legitimiert dies mit dem subjektiven Empfinden (Sutcliffe & Bowman 2000; Bochinger et al. 2009; Stolz et al. 2014), deshalb organisiert man sich eher in „fluiden“ als in fixen Gemeinschaften (Lüddeckens & Walthert 2010). Diese individualisierte und subjektiviertere Religiosität wird in der Religionswissenschaft auch als „alternative Religiosität“ oder „Spiritualität“ bezeichnet (Heelas & Seed 2003; Sutcliffe 2004; Heelas et al. 2005; Knoblauch 2010; Lüddeckens & Walthert 2010; Woodhead 2010; Mezger 2018). Der Begriff „alternativ“ deutet in diesem Zusammenhang nicht auf eine marginalisierte Stellung des Phänomens hin, sondern darauf, dass sie oft von den Akteuren selbst als Alternative zur traditionellen herkömmlichen Religiosität gesehen wird. Diese Beobachtungen beziehen sich auf einen christlichen Kontext. Ob und wie sich das in anderen Kontexten abzeichnet, wäre zu untersuchen.

Die alternative Religiosität wird von Markus Hero (2016) in den Kontext einer zunehmenden Psychologisierung gestellt. Die Psychologisierung wird als Teil einer Gesamtentwicklung der westlichen Gegenwartsgesellschaft diskutiert (Rose 1998; Rau 2016; Endler 2019). Gemeint ist damit die Durchdringung der Gegenwartsgesellschaft durch eine psychologische Sichtweise auf den Menschen (Rose 1998). Dabei gilt die Normalität nicht mehr wie bis anhin als der gesunde Zustand eines Menschen: Anstatt dass eine stabile Normalität angestrebt wird, wird das stetige Wachstum als Ideal dargestellt, das jeder Einzelne anstreben sollte und das durch verschiedenste Therapien

erreicht werden kann. Das Individuum wird entlang der Begriffe „Authentizität, Selbstverwirklichung und Persönlichkeitsentfaltung“ (Rau 2016: 655) dazu angehalten, sich zu optimieren und zu entwickeln (Rau 2016). Diese Forderung zeigt sich in der Vielzahl der therapeutischen Angebote, in der Selbsthilfeliteratur, in der Ausrichtung beratender Berufsfelder auf therapeutische Aspekte und auch weitergefasst im Neoliberalismus, in welchem das Individuum den Auftrag hat, unternehmerisch zu sein und sich in seiner Arbeitswelt mit seinen eigenen Ideen zu positionieren (Rau 2016).

Mit diesen gesamtgesellschaftlichen Tendenzen verknüpft, vollzieht sich nach Hero ein spezifisch religiöser Wandel, der darin besteht, dass Jenseitsbezüge die meisten Menschen in ihrem Alltag weniger beschäftigen. Diese zunehmende Diesseitsorientierung macht Probleme zur psychischen Angelegenheit des Einzelnen, die nicht auf das Jenseits oder eine externe höhere Instanz bezogen werden. Dies wirkt sich auf die Glaubensinhalte und auch auf die Organisation von Religion aus (Hero 2016: 612f).

Da in der präsentierten Studie keine Längsschnittdaten erhoben wurden und somit kein Verlauf nachgezeichnet werden kann, wird im vorliegenden Artikel nur von einer psychologischen Ausrichtung anstatt von einer Psychologisierung gesprochen.

Diese psychologische Ausrichtung gegenwärtiger Religiosität ist damit gemäß Hero ausgehend von der *Diesseitsorientierung*, durch *Anthropozentrismus*, *Erlebnisorientierung* und durch *Körperorientierung* gekennzeichnet. *Anthropozentrismus* bedeutet in diesem Zusammenhang hauptsächlich, dass Person und Körper im Zentrum stehen. Individuelle Vervollkommnung und Bewusstwerdung werden in spirituellen Lebensberatungen und Energiecoachings angestrebt, das wahre Selbst soll wiederentdeckt werden (Hero 2016: 613). Heilsziele und Heilmittel werden im Hier und Jetzt gesucht. Das Göttliche liegt in einem Selbst, das Ich ist somit die Transzendenz, wie es auch typisch für die Subjektivierung von Religion ist. Die *Erlebnisorientierung*, welche ebenfalls als Teil der Subjektivierung dargestellt wird, stellt die individuelle Erfahrung als Evidenzsicherung ins Zentrum. Das heißt, dass beispielsweise die Wirksamkeit eines Rituals durch das persönliche Erleben bestätigt wird. *Der Körper* gilt dabei als Metapher für das psychologische Innenleben und auch als Erkenntnisinstrument für „innere Themen“. Die körperliche Erscheinung oder auch Krankheiten werden religiös und psychologisch interpretiert. Das Individuum wird damit ermächtigt, durch die Änderung seines Lebenswandels oder seiner Einstellung, seine Heilung oder zumindest die Symptome zu verändern. Somit liegt die Gesundheit in der persönlichen Verantwortung des Einzelnen (Hero 2016: 614f).

## 1.2 Sterbeprozesse als gesellschaftliche Konstruktion

Für den Rückgriff auf religiöse Überzeugungen und Praktiken im Sterbeprozess ist es maßgeblich, wie das Gesundheitspersonal den Vorgang des Sterbens überhaupt bestimmt und wahrnimmt. Auch wenn im medizinischen Umfeld im Hinblick auf das Sterben biomedizinische Fakten im Vordergrund stehen, zum Beispiel, dass Organe ihre Funktion aufgeben, ist der Blickwinkel auf das Sterben und den unmittelbaren Tod durch weitere Komponenten geprägt:

Was die Eckpunkte des Sterbeprozesses sind, wann das Sterben einsetzt, welches Kriterium den Todeszeitpunkt markiert und was wir demzufolge unter einem „Sterbenden“ verstehen, wird durch medizinisch-biologische Modelle, aber auch durch religiöse und ethische, gesellschaftliche und kulturelle, historische und rechtliche Konstruktionen und vielfältige Wechselwirkungen dieser Einflussgrößen (mit-)bestimmt (Groß et al. 2010: 17).

Auf dieser Grundlage lassen sich folgende Fragen stellen, die anschließend im vorliegenden Artikel bearbeitet werden: Inwiefern prägen religiöse Inhalte und Handlungen den Blickwinkel des Personals auf das Sterben? Stellt die psychologische Ausrichtung eine Einflussgröße auf die Sichtweise des Personals dar? Und welche Einflussgrößen sind sonst noch ausschlaggebend?

## 2 Methode

Die Studie folgte der Grounded-Theory-Methodologie nach Strauss (1998). 2013 bis 2015 wurden 27 problemzentrierte Interviews nach Witzel 2010 mit Personal in spezialisierter Palliative Care in zwei verschiedenen Spitälern geführt. Das Sampling wurde im Sinne eines *Theoretical Samplings* (Strauss 1998) zusammengestellt. So wurden auf der Ebene der Spitäler, der Interviewpartner/-innen und der Auswertung im Verlauf der Erhebung möglichst kontrastreiche Fälle ausgewählt. Das eine Spital hatte spezialisierte Palliative Care im Rahmen eines Konsiliardienstes eingebunden, beim zweiten handelte es sich um ein Spital mit Palliativstation. In den ersten Interviews hat sich gezeigt, dass die Berufsgruppe eine wichtige Einflussgröße zur Einstellung und Einbindung von Religiosität in den Berufsalltag darstellt. Deshalb wurden folgende Personengruppen interviewt:

- 6 freiwillige Mitarbeitende
- 8 Pflegefachpersonen
- 2 leitende Personen aus der Ärzteschaft (davon eine im Konsiliardienst spezialisierte Palliative Care)

- 1 Pflegeexpertin im Konsiliardienst
- 3 Psychologinnen
- 1 Komplementärtherapeutin
- 5 Seelsorgende (reformiert und römisch-katholisch)

Der Zugang zu den Interviewpartner/-innen kam über die Feldaufenthalte zustande. In beiden Spitälern wurden teilnehmende Beobachtungen (Knoblauch 2001; Beer 2003) von je einem Monat durchgeführt, welche in Form von Beobachtungsprotokollen verschriftlicht wurden. Die Transkripte lagen im Fokus der Datenanalyse, die Beobachtungsprotokolle zeigten den Kontext auf. Zusätzlich wurde graue Literatur wie Broschüren oder verschriftlichte spitallinterne Richtlinien aus den involvierten Spitälern miteinbezogen.

Ausgewertet wurden die Daten mit dem Datenverarbeitungsprogramm *Atlas ti*. Die vollständige Studie wurde im Buch „Religion, Spiritualität, Medizin. Alternative Religiosität und Palliative Care in der Schweiz“ veröffentlicht (Mezger 2018). Darin werden sowohl das Vorgehen als auch die Ergebnisse im Detail beschrieben.

Die Studie, auf die sich dieser Artikel bezieht, ging vom Religionsbegriff der Religionssoziologin Danièle Hervieu-Léger aus. Nach ihrem Verständnis müssen folgende Komponenten vorhanden sein, damit von Religion oder Religiosität gesprochen werden kann: Glauben, der Rückgriff auf eine Tradition und das eigene Selbstverständnis, diese Tradition weiterzuführen (Hervieu-Léger 2000, 2004). Doch gerade in der gegenwärtigen Religiosität scheint die Tradition als Bezugspunkt weniger wichtig zu werden. Die Studie basiert auf der Annahme, dass der Traditionsbezug bei alternativ-religiösen Elementen von den Akteuren nicht explizit erwähnt wird, oder sie ohne persönlichen Bezug zu dieser Tradition sind. Dafür steht der persönliche Glaube im Vordergrund. Falls dennoch ein Traditionsbezug gemacht wird, verweist er typischerweise nicht auf christliche Landeskirchen. Das Glauben stellt Hervieu-Léger der Wissenschaftlichkeit gegenüber, welche Beweisbarkeit als Kernelement aufweist (Hervieu-Léger 2000). Sie bezieht sich auf das einverlebte, praktische Glauben nach Pierre Bourdieu (2014), das sich durch seine tiefe Verankerung im Weltbild einer Person auszeichnet und auf das rationalisierte Glauben.

Für die Codierung und die Datenauswertung wurde der Begriff der alternativen Religiosität in einer Arbeitsdefinition zusammengefasst. Schon in der offenen Codierung hat sich gezeigt, dass sinnvollerweise zwischen Vorstellungen und Handlungsstrategien unterschieden wird. In den Daten wurden Beschreibungen dieser zwei Elemente identifiziert. Bedingung war, dass sie einen Glauben oder ein Weltbild mit implizitem Bezug auf religiöse Tradi-

tionen widerspiegeln. Es wurden auch Handlungsstrategien in die Analyse aufgenommen, die aus einer religiösen Tradition stammen, aber nicht mit deren Glaubensinhalten gefüllt wurden, ebenso sowie solche, die als Handlung allein nicht als religiös gelten würden, die aber von den Akteuren mit Glaubensinhalten verknüpft wurden. Weil in der Studie, auf welche sich der vorliegende Artikel bezieht, der Schwerpunkt auf der „alternativen Religiosität“ liegt, wurden kirchlich-christliche Rituale nicht in den vorliegenden Artikel nicht miteinbezogen.

### 3 Ergebnisse: Die Religiosität des Personals im Kontext des „ruhigen Sterbens“

Alternativ-religiöse Inhalte zeigten sich in 17 der 27 Interviews. In den folgenden Ausführungen wurden die Namen der Interviewten zur Wahrung der Anonymität geändert.

#### 3.1 Religiöse Handlungsstrategien

Alternativ-religiöse Handlungsstrategien von Seiten des Personals kamen in einer großen Bandbreite vor. Sie unterschieden sich je nach Berufsgruppe und auch je nach Spital. Von den Seelsorgenden und den Freiwilligen im Spital ohne Palliativstation wurden verschiedene Meditationen am Sterbebett durchgeführt, welche je nach persönlichem Hintergrund variierten. Dazu gehörte eine persönlich angepasste Form des „Herzensgebets“, eine Meditation aus dem christlichen Kontext, welches ein Seelsorger jeweils praktizierte, wenn ein Patient oder eine Patientin nicht mehr sprechen konnte. Dazu nahm er eine Haltung aus der buddhistischen Zenmeditation ein und rezitierte innerlich den Namen Jesus Christus. Bei nicht-christlichen Patienten und Patientinnen versuche er, anstatt der Rezitation „innerlich“ Kontakt mit ihnen aufzunehmen (Joachim, Seelsorger, 25.07.2013). Ein weiteres Beispiel ist die Lichtmeditation nach Phyllis Krystal, in welcher eine Freiwillige gedanklich ein Lichtdreieck um die sterbende Person bildete (Selina, Freiwillige, 16.12.2013). Ein anderer freiwilliger Mitarbeiter, welcher zum Buddhismus konvertiert war, versuchte entlang des tibetischen Totenbuchs, die Energie des Sterbenden durch das Scheitelchakra auszuführen, um der sterbenden Person und letztlich auch sich selbst so eine höhere Reinkarnation zu ermöglichen (Pascal, Freiwilliger, 16.11.2013).

Die „innerliche Kommunikation“ ist ein Element, das sehr häufig vorkam. Es wird deshalb als alternativ-religiös

bezeichnet, weil es die Vorstellung eines geistigen Kontaktes voraussetzt, also auf einer Glaubensvorstellung beruht, die nicht explizit traditionsgebunden ist, sondern in allen Fällen mit der persönlichen Wahrnehmung der ausführenden Person begründet wurde. Der oben genannte Seelsorger beschrieb das exemplarisch wie folgt:

Und wenn ich, wenn ich mir unsicher bin [was diese Person möchte] [...] dann probier ich so mit dieser Person in Kontakt zu kommen – das tönt jetzt vielleicht sehr abstrakt und komisch – aber wie, wie auf einer, also dann spreche ich mit dieser Person, aber, aber nur innerlich [...] und manchmal habe ich das Gefühl, es kommt etwas zurück. Mir hat das geholfen, ihn zu fragen ‚Soll ich bleiben oder soll ich gehen‘ und dann zu spüren, etwas hält mich hier (Joachim, Seelsorger, 25.07.2013: 72-76, 100).

Die Meditationen und „innerlichen“ Gespräche waren nicht institutionell gestützt. Sie waren ganz auf der individuellen Ebene angesiedelt und wurden so durchgeführt, dass sie von außen gar nicht oder nur schwer erkennbar waren. Auf der untersuchten Palliativstation waren äußerlich sichtbare alternativ-religiöse Handlungen eher möglich: Eine Freiwillige beschrieb, dass sie jeweils Auszüge des Tibetischen Totenbuchs mitnahm, die sie mit den Sterbenden bei Bedarf durchging (Felizia, Freiwillige, 21.1.2015). Die Pflegenden stellten auf dieser Station in der Sterbephase eine Salzkristalllampe oder eine Duftlampe auf (Beobachtungsprotokoll, 4.5.2014). Nach dem Tod wurden die Zimmer ausgegongt (Natalie, Pflegefachfrau, 21.5.2014; Teresa, Pflegefachfrau, 21.5.2014), vor allem, wenn es sich um einen schwierigen Sterbeprozess gehandelt hat. Einmal im Monat fand ein Ritual mit Klangschalen statt, bei dem sich das gesamte Personal verabschieden konnte (Beobachtungsprotokoll, 15.5.2014). Dies sind durch die Institution geförderte Handlungsstrategien, da das Spital das Material und die Zeit zur Verfügung gestellt hat. Sie können insofern als alternativ-religiös bezeichnet werden, als dass sie die unsterbliche Komponente des verstorbenen Menschen beim „Loslassen“ und „Gehen“ unterstützen sollen, also mit dem Glauben an eine unsterbliche Komponente verbunden sind, und als Handlungen nicht aus der Tradition der Schweizerischen Landeskirchen stammen. Pflegende aus beiden Spitälern (Cordula, 9.12.2013; Natalie, 21.5.2014) und eine Psychologin (Nora, 5.6.2014) beschrieben, dass sie nach dem Tod das Fenster öffneten, um die unsterbliche Komponente des Verstorbenen hinauszulassen. Im Spital ohne Palliativstation führten die Pflegenden ebenfalls Aromatherapie zum „Loslassen“ durch (Rita, Pflegeexpertin, 22.8.2013) und eine Person erwähnte, dass sie gelegentlich bei Sterbenden Akupressur-Griffe anwendet, die sie sich selbst beigebracht hatte (Cordula, Pflegefachfrau, 9.12.2013). An-

sonsten wurden in diesem Spital von den Pflegenden keine weiteren religiöse Handlungen erwähnt.

Generell ließ sich die Tendenz feststellen, dass der Körper mit dem nahenden Tod weniger berührt wurde, da einerseits die immaterielle Komponente nicht zurückgehalten werden sollte, andererseits auch Geräusche und Bewegungen des Sterbenden darauf hindeuteten, dass Berührungen unangenehm seien. Beispielsweise führte die Komplementärtherapeutin, welche körperorientiert arbeitete, kurz vor dem Tod eines Palliativpatienten/einer Palliativpatientin keine Interventionen mehr durch, da sie die Sterbenden nicht berühren wollte, um die „Seele“ nicht im Körper zu behalten (Anna, Komplementärtherapeutin, 30.10.2013). Dasselbe gilt für den Freiwilligen, der zum Buddhismus konvertiert war. Er wollte die Energie nicht daran hindern, aus dem Scheitelchakra auszutreten (Pascal, Freiwilliger, 16.11.2013).

Auffallend war, dass die meisten als alternativ-religiös identifizierten Handlungen dasselbe Ziel hatten: Die unsterbliche Komponente der Patienten und Patientinnen soll den sterbenden Körper loslassen können.

Als Begründung, warum gerade diese Handlung durchgeführt wurde, verwiesen die Befragten nur selten auf religiöse Traditionen, sondern eher auf ihre persönliche Einschätzung oder auf ihr Gefühl. Beispielsweise formulierte eine Pflegefachperson bezüglich der Benutzung der Kristalllampe:

Ja, viel machst du wirklich einfach so, weiß auch nicht, aus einem Gefühl heraus. Kannst es gar nicht erklären. [...] Ich finde, es braucht auch nicht alles eine Erklärung (Natalie, Pflegefachfrau, 20.05.2014: 218–222).

Auch die Psychologin argumentiert beim Öffnen des Fensters wie folgt:

[M]anchmal gibt es Zimmer, in denen ich das Gefühl habe, da ist noch Präsenz oder irgendwie da. Also ich kann es man kann das nicht begründen. Das ist einfach wirklich so das Gefühl oder so (Nora, Psychologin, 5.6.2014: 184).

Der wichtigste Zeitpunkt, an dem gemäß der Interviews alternativ-religiöse Handlungen durchgeführt wurden, war dann, wenn das Personal nur noch „da sein“ konnte. Meistens wurde dies bezüglich Situationen beschreiben, in denen sich das Personal hilflos fühlte, weil die sterbende Person unruhig war und litt. So wurden die beschriebenen Meditationen, das innerliche Sprechen, die Kristalllampe und auch die Raumbeduftung als Teil des „Daseins“ dargestellt. Dieses „Dasein“ basiert auf einer körperlichen Kopräsenz des Personals. Zum genannten Zeitpunkt reichten die professionellen Handlungen in der Wahrnehmung der interviewten Personen oft nicht mehr aus und Alternativen wa-

ren gefordert. Dabei handelte es sich je nach Profession und Aufgabe um unterschiedliche Zeitpunkte. Im Falle gesprächsorientierter Professionen, also der Seelsorgenden und der Psychologen und Psychologinnen, wurde dieser Punkt erreicht, sobald die Sterbenden nicht mehr sprechen konnten. Ein zusätzlicher Faktor für die Seelsorgenden war, dass die Person, die nicht mehr sprechen konnte, nicht christlich war. Dies lag daran, dass sie mit den Sterbenden keine christlichen Rituale durchführen wollten, wenn sie nicht wussten, ob diese damit einverstanden waren.

So beschreibt ein Seelsorger bezüglich Sterbenden, die nicht mehr sprechen:

Und es gibt Leute bei denen ist es einfach gut, dort zu sein. Ich merke selbst. Dort bin ich schon in einem gewissen Sinn unsicher. [...] Dort muss ich mich sehr auf mein Gefühl verlassen (Nico, Seelsorger, 22.05.2014: 326–330).

Bei den Pflegenden wurde der Punkt dann erreicht, wenn mit pflegerischen Tätigkeiten keine weitere Verbesserung der Situation mehr möglich war. Die freiwilligen Sitzwachen, welche als einzige Aufgabe das „Dasein“ hatten, erlebten diesen Bruch nicht. Bei der interviewten Ärztin und dem Arzt war der Bruch auch nicht klar erkennbar. Die Ärztin sprach im Interview keine religiösen Elemente an, der Arzt führte mit den Sterbenden Gespräche über religiöse und spirituelle Fragen, und bezeichnete das als „Dasein“. Er sah das jedoch als Teil seiner ärztlichen Praxis (Peter, Arzt, 5.6.2014).

### 3.2 Glaubensvorstellungen

Anstatt vom „Sterben“ wurde oft vom „Loslassen“ und vom „Gehen“ gesprochen. Damit stellen sich die Fragen, was losgelassen werden soll und wer loslässt. In der Regel wurde vom Loslassen des Lebens generell, des sozialen Netzes und des Körpers im Spezifischen gesprochen. Damit wurde die Vorstellung einer unsterblichen Komponente des Menschen verbunden, welche das Genannte loslässt und den Rest überdauert. Für einige der Interviewpartner ist diese Komponente immateriell und wurde „Seele“ genannt, für andere ist es gerade die „Energie“ als eine Zwischenform zwischen materiell und immateriell. Auch die Materie wird als überdauerndes Element gesehen und zwar in Form von Atomen, welche nach dem Tod wieder in andere Lebewesen übergehen (Walter, Seelsorger, 7.5.2013; Katia, Psychologin, 15.5.2014). Diese Vorstellungen gestalteten sich bei den Befragten unterschiedlich und es kam auch vor, dass ein und dieselben Person unterschiedliche Konzepte im Interview genannt hat.

Die „Seele“ wurde von Personen aus allen befragten Professionen genannt. Dieser Begriff wurde nur selten mit dem Christentum in Verbindung gebracht, sondern mehr mit einer psychologischen Entwicklung zum „wahren Ich“ oder zum „höheren Selbst“. Das „Loslassen“ des Materiel- len als wichtigster Punkt in der Entwicklung, also das Ein- treten des Todes, wurde aus der Sicht des Personals durch Akzeptanz der Situation, durch eine psychologische Ver- arbeitung problematischer Erlebnisse und einer Klärung von Beziehungsproblemen ermöglicht. Die Entwicklung gehe aber auch über den Tod hinaus. Sehr prägnant for- muliert das die Psychologin „Nora“:

Das ist sehr häufig das Thema [in meiner Arbeit]. [...] Wo es dar- um geht noch zu verarbeiten oder abzuschließen. [...] Sich rück- blickend nicht selbst zu verurteilen, sondern das auch loslassen zu können. [...] Also ich glaube [...] an eine Seelenwanderung [...] Ich glaube, [...] dass der Mensch einfach gefordert ist, sich zu entwickeln. [...] Und ich glaube, deine Entwicklung bricht nicht ab nach dem Tod (Nora, Psychologin, 5.6.2014: 118-128).

Die Energie stellte, wie bereits erwähnt, für das befragte Personal eine Zwischenform zwischen der Materie und der Seele dar (Pascal, Freiwilliger 16.11.2013; Selina Freiwillige, 16.12.2013; Anna, Komplementärtherapeutin, 30.10.2013; Walter, Seelsorger 7.5.2013; Katia, Psychologin 13.5.2014). Durch Berührungen des Körpers könne die Energie entwe- der gestaut oder zum Fließen gebracht werden, indem die richtige Körperhaltung in der Meditation eingenommen werde, werde ein optimaler Energiefluss gewährleistet, welcher wiederum das „ruhige Sterben“ des Gegenübers er- mögliche. Das Stauen der Energie wurde im Anbetracht des baldigen Todes mit einem Zurückhalten des Sterbenden im Körper gleichgesetzt. Die Personen, welche die Materie als die überdauernde Komponente geschildert hatte, beton- ten, dass der Körper physikalisch aus Energie bestehe, was nach dessen Tod einen Zerfall in die Ursprungsform, die Energiepartikel, bedeutete. Die Energie wurde auch mit der Persönlichkeit und der höheren Form des Ichs in Verbin- dung gebracht. Das Ich bestehe demnach aus Energie und könne nach dem Tod und dem Wegfallen des Körpers erst in seine vollkommene Form zurückfinden. In dieser Vorstel- lung von Energie habe das Personal keinen Einfluss auf das „Loslassen“, weil der Tod an sich schon das Mittel zur Ver- vollkommnung sei. Aus dieser Sichtweise bildet der Tod als natürlicher Prozess die Voraussetzung dafür, dass die Ener- gie richtig fließe.

### 3.3 Das „ruhige Sterben“ als ein idealer Sterbeablauf in der Palliative Care

Aus den erhobenen Handlungsstrategien und Glaubens- vorstellungen kann ein Ideal (der Begriff „Ideal“ wird hier im Sinne Clydes (1995: 395) als „conception of the desir- able“ verwendet) eines Sterbeprozesses herauskristalli- siert werden, das hier als das „ruhige Sterben“ bezeichnet wird. Der zentrale Punkt ist das „Loslassen“, das zur Beru- higung und damit zum Sterben führe. Das „ruhige Ster- ben“ ist eine zentrale Vorstellung davon, wie das Sterben aus der Sicht des Personals abläuft. Sie ließ sich in 14 In- terviews identifizieren. Im Sinn der *Grounded Theory* han- delt es sich dabei um eine Schlüsselkategorie, weil sie mit allen anderen gebildeten Kategorien verknüpft werden konnte (Strauss 1998). Das Ideal wurde in den 14 Inter- views implizit aufgenommen. Die Befragten formulierten nur selten explizit, wie zentral es sei, dass das Sterben in Ruhe stattfinden könne. In den Interviews beschrieben sie jedoch Situationen, in denen sie versuchten, das Ideal zu erreichen. Diese Beschreibungen folgten einem einheitli- chen Schema:

Als Ausgangslage für einen ruhigen Sterbeprozess diente in den Interviews in der Regel die Beschreibung ei- ner sterbenden Person, welche unruhig war. Das heißt, dass die Sterbenden in der Wahrnehmung des Personals durch Bewegungen oder (Laut-)Äußerungen Unwohlsein signalisierten, was für das Personal oft zu Hilflosigkeit und zu einem gefühlten Bruch in ihrer professionellen Tä- tigkeit führte. Durch eine Intervention in Form einer alter- nativ-religiösen Handlung konnte die Situation aus der Sicht der Interviewten beruhigt werden, indem sie zu einer psychischen oder geistigen Entwicklung geführt habe. Die Beruhigung wird als Voraussetzung gesehen, dass die sterbende Person ihr Leben loslassen könne und das Ster- ben überhaupt erst möglich werde. Das Ableben des Pa- tienten oder der Patientin wurde als direkte Folge der Be- ruhigung dargestellt.

Ein typisches Beispiel für das Ideal zeigt folgendes Zi- tat aus einem der geführten Interviews:

[D]ie Frau, die Mühe hatte zum Sterben und auch sehr unruhig war [...] Habe ich wirklich einfach nur ihre Hand gehalten und dann so mit ihr nonverbal kommuniziert und dann [...] ist sie tatsächlich gestorben (Tina, Freiwillige, 21.11.2013: 182-194). (Da- bei wird nicht das Handhalten als alternativ-religiöse Handlung verstanden, sondern die nonverbale Kommunikation, die den Glauben an eine geistige Komponente voraussetzt.)

Man kann also sagen, dass das „ruhige Sterben“ mit Hilfe von alternativ-religiösen Handlungen bewirkt werden soll und dass einerseits die Vorstellung einer unsterblichen In-

stanz die „loslässt“, sowie andererseits die Entwicklung dieser Instanz am Lebensende zentrale Elemente des Ideals sind.

## 4 Diskussion der Daten: Einflussgrößen auf das Ideal des „ruhigen Sterbens“

Welches sind nun die wichtigsten Einflussgrößen, die das Ideal des „ruhigen Sterbens“ und die damit verbundenen alternativ-religiösen Handlungen und Vorstellungen prägen? Im Folgenden werden zwei davon beschrieben und diskutiert. Daneben gibt es weitere Einflussfaktoren wie zum Beispiel der Zustand der sterbenden Person oder der persönliche Hintergrund des Personals. Auf diese wird jedoch hier nicht eingegangen.

### 4.1 Spital als Einflussgröße

Die Spitäler und vor allem die professionsspezifischen Aufgaben der Mitarbeitenden nahmen Einfluss auf das Ideal des „ruhigen Sterbens“, indem sie die Rahmenbedingungen für Handlungsoptionen stellten. Sie bestimmten die Zeitfenster und die Ausdrucksmöglichkeiten von religiösen Glaubenskonzepten maßgeblich. Die Pflegenden hatten zum Beispiel wenig Zeit und führten somit Handlungen durch, welche zeitsparend waren oder parallel zu anderen Handlungen durchgeführt werden konnten. Die Seelsorgenden und die Freiwilligen hatten mehr Zeit und konnten somit zeitintensivere Handlungen wie Meditationen durchführen.

Nur wenige der genannten Handlungsstrategien wurden durch die Spitäler aktiv gefördert und sie unterschieden sich in den zwei Spitälern. Die untersuchte Palliativstation war zum Zeitpunkt der Erhebung erst wenige Jahre jung und die Mitarbeitenden wurden in die Konzeption involviert. Das führte zu Inventar, das den beteiligten Personen persönlich zusagte. So wurden dort die Kristalllampen, ein Gong für die Zimmerreinigung und das Zubehör für die Aromatherapie bereitgestellt. In den Interviews mit dem Personal der Palliativstation wurden auch „innerliche“ Handlungen beschrieben, jedoch eher selten und wenn, dann bezogen sich diese auf die Zeit, kurz nachdem die Patientin oder der Patient verstorben war. Im Spital ohne Palliativstation fand der größte Teil der alternativ-religiösen Handlungsstrategien, mit Ausnahme der Komplementärtherapie, auf der persönlichen, „innerlichen“ Ebene oder versteckt in einer Alltagshandlung statt, sodass sie

von außen nicht erkennbar waren. Als Begründung dafür, warum eine religiöse Handlung durchgeführt wurde oder warum jemand an etwas glaube, wurde meistens auf das eigene Gefühl verwiesen. Das könnte damit erklärt werden, dass das Spitalpersonal, abgesehen von den Seelsorgenden, aufgrund des historischen Abgrenzungsprozesses zwischen medizinischen und religiösen Einrichtungen (Bruchhausen 2011; Ferngren 2012, 2014), nicht auf religiöse Traditionen referieren soll, um seine Handlungen zu legitimieren.

### 4.2 Psychologisierung als Einflussgröße

Inwiefern kann nun die anfangs dargestellte psychologische Ausrichtung von Religion als Einflussgröße auf das „ruhige Sterben“ angesehen werden? Die Diesseitsorientierung der religiösen Handlungen und Vorstellungen, die Hero als Bestandteil der psychologischen Ausrichtung sieht, lässt sich in den Daten nicht feststellen. Das ist nachvollziehbar in Anbetracht dessen, dass es bei Palliative Care um den nahen Tod geht. Dennoch steht das Jenseits nicht im Zentrum, sondern ein ruhiger Übergang in das Leben nach dem Tod. Dem in Palliative Care gängigen Schema der präterminalen, terminalen und der finalen Phase (Jonen-Thielemann 2012) wäre noch eine „postterminale Phase“ hinzuzufügen, also das Leben nach dem Tod, die viele Angestellte auf privater Ebene mitberücksichtigen.

Anthropozentrismus, wie Hero ihn beschreibt, also die Transzendierung des Selbst, stellt einen zentralen Punkt im „ruhigen Sterben“ dar: Die Voraussetzung für einen ruhigen Übergang vom Leben in den Tod sei eine psychologisch-spirituelle Entwicklung der Sterbenden. Die Transzendierung des Selbst wird in verschiedenen Formen dargestellt. Einerseits wird das Sterben als ein psychologisches Verarbeiten verstanden, bei dem Beziehungen geklärt werden sollen. Dadurch können diese Beziehungen losgelassen werden. Andererseits wird angenommen, dass ein Prozess auf der „feinstofflichen“ Ebene abläuft, welcher nicht durch das Zutun des Sterbenden geschieht, sondern einen natürlichen Ablauf darstellt. Das Personal sieht sich dabei als Unterstützung, indem es verschiedene Handlungen wie Berührungen, Meditationen, Gespräche oder das Fenster öffnen ausführt oder unterlässt.

Die Erlebnisorientierung ist im Spitalkontext zentral: Religiöse Handlungen werden wie beschrieben selten mit Bezug auf eine Tradition oder eine Zugehörigkeit, sondern aus dem eigenen Gefühl oder dem eigenen Erleben begründet. So kann das Einbringen von „Religion“ im Spital umgangen werden.

Der Körper des Personals nimmt eine wichtige Rolle im Ideal des ruhigen Sterbens ein, da im „Dasein“ eine körperliche Präsenz Voraussetzung ist und dem richtigen Maß an Berührung eine zentrale Bedeutung im „reibungslosen“ Ablauf des Sterbeprozesses beigemessen wird. Der Körper wird in den beschriebenen palliativen Situationen auch, wie Hero es beschreibt, als Metapher für das psychologische Innenleben betrachtet. Allerdings wird das nicht auf den Körper des Personals bezogen, sondern auf den der Sterbenden. Der sterbende Körper ist für das Personal ein zentraler Indikator, wo die Psyche oder die Seele der Patientinnen und Patienten steht. Jedoch zeigt sich das nicht an seinem Gesundheitszustand, sondern darin, wo die Person im Sterbeprozess steht, bzw. ob der Sterbeprozess ruhig verläuft. Damit nimmt das Sterben die Rolle ein, die ansonsten die Gesundheit spielt: Statt der Gesundheit ist in der palliativen Situation das Sterben Indikator und gleichzeitig auch Konsequenz der psychischen Befindlichkeit. Deshalb wird das psychische Akzeptieren des Todes durch den Sterbenden und nicht etwa das Aufbäumen gegen das Schicksal angestrebt. Das Ziel der Handlungen verschiebt sich dann von der Heilung, auf die Lebensqualität im Sinne einer Symptomkontrolle und zuletzt auf einen sanften „ruhigen“ Übergang.

## 5 Fazit

Im vorliegenden Artikel wurde gezeigt, wie das Personal der spezialisierten Palliative Care das Ideal eines ruhigen Sterbeprozesses mit der Vorstellung einer psychischen und religiösen Entwicklung des Sterbenden verknüpft. Der Glaube an eine postmortale Phase macht dieses therapeutische Denken überhaupt erst möglich: Ziel der Entwicklung im „ruhigen Sterben“ ist, dass die sterbende Person den Körper möglichst reibungslos verlässt. Religiös konnotierte Handlungen sollen dabei helfen, dieses Ziel zu erreichen. Die ständige Konfrontation mit dem Tod in Palliative Care beeinflusst die Inhalte der Glaubensvorstellungen: Sie sind auf das Jenseits ausgerichtet. Es geht dabei jedoch nicht um ein entferntes Leben nach dem Tod, sondern um die Zeit des Sterbens als Übergang und die Zeit unmittelbar nach dem Tod. Alternative Glaubensinhalte und religiöse Praktiken, oder auch Alltagshandlungen, die mit dem Glauben an eine unsterbliche Komponente des Menschen verknüpft werden, stellen somit die Grundlage, das Ziel und auch den Weg zum Ziel dar und sind somit inhärent mit dem Ideal des „ruhigen Sterbens“ und mit der Vorstellung eines psychologischen Wachstums verbunden.

Die psychische Entwicklung wird als ein Bestandteil des Sterbeablaufs gesehen und als Bedingung für das Ein-

treten des Todes, sodass von einem „psychologisierten Sterben“ gesprochen werden kann. Hier kann eine Parallele zur Beschreibung von Sterbeprozessen durch Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross 1969/2014) gezogen werden, in welcher der Sterbeprozess ebenfalls mit einer Entwicklung – in diesem Fall zur Akzeptanz – in den Tod mündet.

Es konnte auch gezeigt werden, dass die Glaubensvorstellungen und religiösen Praktiken des Personals maßgeblich durch das Spitalumfeld beeinflusst werden. Auf der Palliativstation konnte das Personal in der Konzipierung Einfluss nehmen, was dazu führte, dass alternativ-religiöse Handlungsstrategien sichtbar durchgeführt werden können – im Gegensatz zum Spital ohne Palliativstation, in welchem die alternativ-religiösen Handlungen „innerlich“ und somit von außen nicht erkennbar durchgeführt werden. Sie werden den professionsbedingten Zeitverhältnissen angepasst und sind von der Entstehungsgeschichte der Spitäler sowie der Organisationsform spezialisierter Palliative Care geprägt.

Auf religiöse Handlungen wird vor allem im „Dasein“ zurückgegriffen, wenn sich das Personal hilflos fühlt, weil in seiner Wahrnehmung keine professionellen Handlungsstrategien zur Verfügung stehen. Die Resultate der präsentierten Studie ließen sich auch so interpretieren, dass das Ideal des „ruhigen Sterbens“ einen so großen Anklang findet, weil Palliative Care noch Elemente aufweist, welche einer auf Heilung ausgerichteten Biomedizin entstammen und so angesichts des baldigen Todes an ihre Grenzen stoßen. Das Ideal und die alternative Religiosität helfen dem Personal trotz allem „etwas tun“ zu können und so das Sterben der Patienten und Patientinnen zu bewältigen.

**Acknowledgements:** Many thanks to Prof. Dr. Rafael Walthert, Dr. Regula Zwicky, Olivia Blumenfeld and Ylona Stadler, who supported me in thinking through the article and proofread it.

**Author contributions:** The author takes full responsibility for the entire content and submission of the manuscript.

**Research funding:** The research was financed by the Swiss National Science Foundation (NRP 67, project number 139280), and by the “Forschungskredit Candoc” of the University of Zurich (decree no. FK-13-003).

**Competing interests:** The author states no potential conflict of interest.

**Informed consent:** Informed consent was obtained from all study participants.

**Ethical approval:** In accordance with the Helsinki Declaration, the participants were informed about the exact procedure of the study and participated voluntarily. The stu-

dy was approved by the cantonal ethics commission of the canton of Zurich (KEZ-ZH-NR. 2013-0439)

## Literatur

- Beer B (2003) Systematische Beobachtung. In: Beer B (Hg.) Methoden und Techniken der Feldforschung. Berlin: Dietrich Reimer. 119–141.
- Bochinger C, Engelbrecht M, Gebhardt W (2009) Die unsichtbare Religion in der sichtbaren Religion: Formen spiritueller Orientierung in der religiösen Gegenwartskultur. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bourdieu P (2014) Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bruchhausen W (2011) Beziehung zwischen Gesundheit und Religion von der Frühgeschichte bis zur Neuzeit. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hg.) Gesundheit – Religion – Spiritualität. Weinheim: Juventa. 93–112.
- Bundesamt für Statistik (2019) Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren nach Religionszugehörigkeit seit 1910. Strukturhebung 2017 [Dataset, BFS-Nummer je-d-01.08.02.01] (Zitierdatum: 29.01.2019), abrufbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen/religionen.assetdetail.7226715.html>.
- de Flaugergues A (2016) Religiöse und spirituelle Praktiken und Glaubensformen in der Schweiz: Erste Ergebnisse der Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur 2014. In: Bundesamt für Statistik (Hg.) „Statistik der Schweiz“. Neuenburg: BFS.
- Endler J (2019) Alternative Spiritualität zwischen Nabelschau und sozialem Engagement. *Spiritual Care* 8:155–165.
- Ferngren GB (2012) Medicine and religion: a historical perspective. In: Cobb M, Puchalski C, Rumbold B (Hg.) Oxford textbook of spirituality in healthcare. Oxford: Oxford University Press. 5–9.
- Ferngren GB (2014) Medicine and religion: A historical introduction. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Groß D, Kreucher S, Grande J (2010) Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung: Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden. In: Rosentreter M, Groß D, Kaiser S (Hg.) Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod. Bd. 9. Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte. Kassel: Kassel University Press. 17–31.
- Heelas P, Seed B (2003) A aging New Age? In: Davie G, Woodhead L, Heelas P (Hg.) Predicting religion. Theology and religion in interdisciplinary perspectives series. Aldershot: Ashgate Publishing. 229–247.
- Heelas P, Woodhead L, Seed B, Szerszynski B, Tusting K (2005) The spiritual revolution: Why religion is giving way to spirituality. Religion and spirituality in the modern world. Malden: Blackwell Publishing.
- Hero M (2016) Zur Psychologisierung und Therapeutisierung von Religion. In: Aahorn R, Balzereit M (Hg.) Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS. 605–620.
- Hervieu-Léger D (2000) Religion as a chain of memory. Cambridge UK: Rutgers University Press.
- Hervieu-Léger D (2004) Pilger und Konvertiten. Religion in Bewegung. Religionen in der Gesellschaft. Würzburg: Ergon.
- Hofstätter E (2013) Religion und Krankenhaus – Partner beim Heilen? Einige Überlegungen zu einer wechselvollen Geschichte. In: Futterknecht V, Noseck-Licul M, Kremser M (Hg.) Heilung in den Religionen. Bd. 5. LIT. 371–392.
- Jonen-Thielemann I (2012) Sterbephase in der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hg.) Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer. 989–1022.
- Joye D, Schöbi N, Leuenberger-Zanetta S, Pollien A, Sapin M (2010) MOSAiCH: Enquête sur la religion, les inégalités sociales et la citoyenneté – 2009 [Dataset]. Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften (Hg.). Lausanne (Zitierdatum: 29.01.2019), abrufbar unter <http://fors-nesstar.unil.ch/web/view/index.jsp>.
- Kluckhohn C (1951) Values and value-orientation in the theory of action: An exploration in definition and classification. In: Talcott P, Shils E (Hg.) Toward a general theory of action. Cambridge MA: Harvard University Press. 388–433.
- Knoblauch H (2001) Fokussierte Beobachtung. Sozialer Sinn 1: 123–141.
- Knoblauch H (2010) Populäre Spiritualität. In: Mohrmann RE (Hg.) Alternative Spiritualität heute. Bd. 114. Beiträge zur Volkskultur in Nordwestdeutschland. Münster: Waxmann. 19–34.
- Knoblauch H (2018) Individualisierung, Privatisierung und Subjektivierung. In: Pollack D, Krech V, Müller O, Hero M (Hg.) Handbuch Religionssoziologie. Wiesbaden: Springer VS. 329–346.
- Kübler-Ross E (1969/2014) Interviews mit Sterbenden. Neuausgabe der erw. Ausgabe von 2009. Freiburg i. B: Kreuz.
- Luckmann T (1967/1991) Die unsichtbare Religion (engl. Originalausgabe: The Invisible Religion: The problem of religion in modern society) Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luckmann T (1999) Privatisierung und Individualisierung: Zur Sozialform der Religion in spätindustriellen Gesellschaften. In: Karl G (Hg.) Religiöse Individualisierung oder Säkularisierung. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. 17–28.
- Lüddeckens D, Walthert R (2010) Fluide Religion: Neue religiöse Bewegungen im Wandel. Theoretische und empirische Systematisierungen. Bielefeld: transcript.
- Mezger M (2018) Religion, Spiritualität, Medizin. Alternative Religiosität und Palliative Care in der Schweiz. Bielefeld: transcript.
- Oberholzer BE, Palm L, Kaelin A. (2018) Patientinnen und Patienten Ohne Bekenntnis (OB) Ein Erfahrungsbericht aus dem Universitätsklinikum Zürich. *Spiritual Care* 7:301–303.
- Peetel JR, Balboni JM (2013) Spirituality and Religion in Oncology. *Cancer Journal for Clinicians* 63:280–289.
- Rau A (2016) Die Regierung der Psyche – Psychopolitik und die Kultur des Therapeutischen in der neoliberalen Gesellschaft. In: Aahorn R, Balzereit M (Hg.) Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS. 647–666.
- Rose N (1998) Inventing our selves. Psychology, power and personhood. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (Hg.) (2019) Palliative Care: Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Basel: o.V.
- Stolz J, Könemann J, Scheuwyl Purdie M, Engelberger T, Krüggeler M (2014) Religion und Spiritualität in der Ich-Gesellschaft: Vier Gestalten des (Un-)Glaubens. Zürich: Theologischer Verlag Zürich.
- Strauss AL (1998) Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Sutcliffe SJ, Bowman M (Hg.) (2000) Beyond new age: exploring alternative spirituality. Edinburgh: Edinburgh University Press.

- Sutcliffe SJ (2004) The dynamics of alternative spirituality: seekers, networks, and New Age. In: Lewis JR (Hg.) The Oxford handbook of new religious movements. Oxford: Oxford University Press. 466–490.
- Woodhead L (2010) Real religion and fuzzy spirituality? Taking sides in the sociology of religion. In: Aupers S, Houtman S (Hg.) Religions of Modernity. Leiden: Brill. 31–48.

## Biografische Angaben

### Mirjam Mezger

Dr. sc. rel., geb. 1984, studierte und promovierte im Fach Religionswissenschaft an der Universität Zürich. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflege der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Forschungsschwerpunkte sind Religiosität, Diversität und Ethik im Gesundheitswesen.