

# Ist da jemand?

Über Appräsentationen bei Menschen im Zustand „Wachkoma“

Ronald Hitzler

„Leblos scheint sie,  
die dennoch lebt:  
der Traurigen kost  
ein lächelnder Traum.“

*Richard Wagner: Die Walküre (2. Aufzug, 5. Szene:  
Siegmund, über Sieglinde geneigt, dem Atem lauschend)*

Es klopft. B betritt das Zimmer. A liegt im Bett, atmet sehr schwer, keucht und würgt immer wieder. B hat den Eindruck, dass es A nicht gut geht, denn A schwitzt auch stark am Kopf (die Haare sind nass, Stirn und Nase sind schweißüberströmt). B trocknet A das Gesicht ab und redet A in ‚beruhigender Absicht‘ zu. Dann hält B die rechte Hand von A. A reagiert darauf nicht (jedenfalls nicht für B erkennbar), sondern verzieht in kurzen Abständen immer wieder das Gesicht wie im Schmerz, im Zorn oder in übergroßer Anstrengung. A atmet schnell und überaus hektisch. Dazwischen hustet und würgt A und knirscht oft mit den Zähnen. B empfindet die Korrelation zwischen dem, was A tut bzw. was um A *herum* überhaupt vorgeht, und dem, was *bei* A bzw. *in* A vorzugehen scheint, als allenfalls ausgesprochen schwach bzw. als nicht erkennbar.

## 1 Die Erkenntnisrelevanz kleiner Wahrnehmungen

Subjektiv ‚sicher‘ weiß B, dass das, was hier als „A“ bezeichnet wird, ein Körper ist – augenscheinlich ein typisch menschlicher Körper und überdies ein *belebter* typisch menschlicher Körper – ein Leib also: Da ist leibhaftig Etwas, etwas phänotypisch Menschliches. Was aber impliziert diese Evidenz? Impliziert sie, dass dieses phänotypisch menschliche Etwas auch (ein) Jemand ist? Eben dies ist die Frage, die sich B stellt, seit ein für B existenziell bedeutsamer Mitmensch herausgeschleudert worden ist aus der banalen Welt unseres alltäglichen, geschwätzigen Miteinanders. Und dies ist auch die Frage, der ich in und mit diesem Beitrag nachgehen werde: Verkörpert A sich in diesem phänotypisch menschlichen Leib? Also: *Ist* A nicht nur ein Leib, sondern *hat* A auch einen Körper (vgl. Plessner 1983;

vgl. dazu auch Waldenfels 2000)? Ist A jemand bzw. ein Jemand – im Sinne nicht nur eines Individuums, einer von anderem und anderen unterscheidbaren Einheit, sondern im Sinne eines Subjekts, eines Akteurs, einer Person?

Diese Frage führt hinein in eine Welt, die, hat man sie erst einmal betreten und seine Vorannahmen am ‚Eingang‘ zurückgelassen, neben unleugbaren Schrecknissen auch eine Vielzahl aufschlussreicher Erfahrungen ermöglicht (u. a. auch solche, die eine Revision mancher ‚liebgewordener‘ phänomenologischer Prämissen nahelegen). Diese Erfahrungen nicht nur zufällig ‚einmal‘ machen zu können, erfordert allerdings nicht nur sehr viel Zeit. Diese Erfahrungen zu machen, erfordert *in* dieser vielen Zeit zudem ein hohes Maß an (auch körperlicher) Zuwendung zur physischen Präsenz eines Menschen, dessen Subjekthaftigkeit alles andere als gesichert oder gar evident ist. Und diese Erfahrungen zu machen, erfordert eine dauerhafte Konzentration auf Ereignisse, die in unserem normalen, schwatzhaften Miteinander in aller Regel keine andere Bedeutung für uns haben als die von Beiläufigkeiten und Kleinigkeiten. Eben diese Kleinigkeiten gilt es erst einmal wahrzunehmen – und im Weiteren dann als Wahrnehmungen zu bedenken.

Diese ‚kleinen‘ Wahrnehmungen mache ich zunächst einmal dadurch, dass ich die ‚großen‘ Wahrnehmungen aus- (oder auch ein-)klammere, die wir üblicherweise von einem menschlichen Individuum haben, das Eigenschaften, Merkmale, Verhaltensweisen aufweist, welche ‚anzeigen‘, dass es im „Wachkoma“ ist. Menschen in diesem Zustand werden in der Schul- bzw. Biomedizin zumeist als „apallisch“ (vgl. Kretschmer 1940; Preger 2003) bzw. als in einem „persistent“ bzw. in einem „permanent vegetative state (PVS)“ (vgl. Jennett/Plum 1972; Nacimiento 2005) oder allenfalls in einem „minimally conscious state (MCS)“ (vgl. Giacino et al. 2002) befindlich diagnostiziert.<sup>1</sup> Vor diesem Hintergrund beansprucht meine hier vorgeschlagene Rede vom Menschen im Zustand „Wachkoma“ nicht mehr, als die neutralste Formulierung zu sein, die mir bislang eingefallen ist (vgl. dazu auch Bienstein 2005; Geremek 2009; Tolle 2005).

Wie dergestalt etikettierte bzw. qualifizierte Menschen grosso modo wahrgenommen werden, lässt sich problemlos nicht nur in medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fachzeitschriften und Praxisbüchern nachlesen, sondern ebenso auch im Internet. Die meisten von uns empfinden, wenn sie zum ersten Mal einem Menschen im Zustand „Wachkoma“ begegnen, diesen als (relativ) ‚leblo‘, weil sie durch sein ungewohntes und mithin befremdliches Gesamtbild – geschlossene oder ‚blicklose‘ Augen, starre Körperhaltung, spastische Verkrümmungen der Extremitä-

---

<sup>1</sup> Da allein schon die *Diagnose* dieses Zustandes ausgesprochen schwierig (vgl. Klein 2000; Owen et al. 2006) und die *Prognose* von dessen Verläufen mehr als zweifelhaft ist (vgl. Laureys et al. 2004), ist im internationalen medizinischen Diskurs in jüngerer Zeit immer mehr von „Vegetative State (VS)“ *ohne* weitere Qualifizierung die Rede. Vgl. dazu Jennett (2002).

ten, Automatismen in der Gesichtsmuskulatur, kombiniert mit diversen Prothesen<sup>2</sup> – vom Rollstuhl über Arm- und Beinschienen, Fixierungen bei sitzender Position, bis hin zur Trachealkanüle, zu automatischer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr mittels Magensonde, Blasenkatheter usw. – zumindest *zunächst einmal* so affiziert werden, dass auf ‚Kleinigkeiten‘ zu achten sie kaum in der Lage sind. Manche von uns, die sich *vor* ihrer ersten Begegnung mit einem Menschen im Zustand „Wachkoma“ von diesem ein solches ‚lebloses‘ Bild bereits gemacht haben, erschrecken aber auch, wenn sie dann tatsächlich eben *nicht* auf einen Menschen im Koma (also im bewusstlosen *Schlaf*) treffen, sondern auf ein sich bewegendes, zuckendes, grimassierendes, röchelndes, hustendes und vor allem auf ein oft ‚irgendwie‘ (wenn auch nicht selten völlig starr) *schauendes* Gegenüber.

Diesen sozusagen ‚ersten‘ Eindruck durchzustehen und hinter sich zu lassen, ist aber unabdingbar dafür, im Umgang mit Menschen im Zustand „Wachkoma“ jene *kleinen* Wahrnehmungen zu machen, die die Chance eröffnen, *evidente* Antworten zu finden auf die Frage „*Ist da jemand?*“ – Antworten also jenseits medizinischer Theorien und Gegentheorien, jenseits von Statistiken, von Tests, von Messtechniken und bildgebenden Verfahren, jenseits von „Evidence Based Medicine“-Konzepten, jenseits aber auch von alternativheilkundlichen Mystifizierungen, von gutmenschlichen Glaube-Liebe-Hoffnung-Prinzipien und von etwelcher Betroffenheitslyrik; *evidente* Antworten vielmehr zum einen im Abgleich mit mikro- und nanosozilogischen Ansätzen zur Analyse von Körper-Appräsentationen (vgl. dazu exemplarisch Kendon 2004; Heath/Luff/Hindmarsh 2009) und zum anderen im empirischen Rekurs auf explorative Methoden, wie wir sie in der von Anne Honer initiierten „lebensweltanalytischen Ethnographie“ (vgl. Honer 1989 und 2004; vgl. dazu auch Hitzler/Eberle 2004) auf mannigfaltigen Themengebieten selber erprobt haben und erproben. Gemeint sind damit vor allem Methoden wie Beobachtende Teilnahme (also Mit-Tun), Teilnehmende Beobachtung (over the shoulder), By the way-Gespräche, (Experten-)Interviews und Videoaufzeichnungen – einschließlich jeweils der entsprechenden Analyse- und Interpretationsverfahren.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Zur essentiellen Differenz von Prothese und Werkzeug und zur Relevanz der Prothetik für die Neu-Justierung dessen, was uns (noch) als „menschlich“ gilt, vgl. Schneider (2005); vgl. zum letzteren auch Lindemann (2005).

<sup>3</sup> Derzeit erkunden wir in diesem Sinne lebensweltanalytischer Ethnographie die „Lebensbegleitung im Haus Königsborn“, einer Modelleinrichtung des Landes NRW für sogenannte ‚Phase F‘-Patienten; d. h. für Menschen im Zustand „Wachkoma“ mit verschiedenen Schweregraden und in verschiedenen Rehabilitationsstufen (vgl. dazu auch Pertzborn/Busian/Herkenrath 2000). Frank Mücher forscht in der – allen beteiligten Personen bekannten – Rolle eines ‚Anlernlings‘ praktisch teilnehmend am Therapie- und Pflegealltag. Ich konzentriere mich auf die – videogestützte (vgl. Knoblauch 2004; Raab 2008) – Registrierung und Interpretation ‚kleiner Wahrnehmungen‘ wie denen, die ich hier zur Diskussion stelle. Von dieser ethnographischen Fallstudie, die in expliziter Kooperation mit

## 2 Auf der Suche nach dem Code

In der sogenannten Beziehungsmedizin, die wesentliche Deutungsmuster und Legitimationsrhetoriken (auch) für explizit somatisch-sensorische und emotions- bzw. sentimentfokussierte Therapie- und Pflegekonzepte bereitstellt, wird vor allem Anderen Wert darauf gelegt, dass „Wachkoma“ *keine* (kurativ zu behandelnde) Krankheit sei, sondern eben ein (palliativ zu begleitender) „Zustand“ bzw. eine „andere Form“ menschlichen Lebens, eine eigen-sinnliche und eigen-sinnige Lebenswelt. Radikalere Positionen in diesem ‚alternativen‘ Deutungskosmos behaupten eine Strukturhomologie zwischen (Wach-)Koma und anderen *Bewusstseinszuständen*, wie sie insbesondere durch Drogengebrauch evoziert werden können.

Im Rekurs auf meine eigenen Erfahrungen unter dem Einfluss verschiedener Arten von Drogen stimme ich zwar dem Befund zu, dass Drogen Veränderungen von Bewusstseinszuständen (bzw. bergsonianisch gesprochen: von Bewusstseinsspannungen) evozieren. Aber zum einen bewirkt situativ sehr intensiver Gebrauch von Drogen schlicht den *Verlust* von Bewusstsein, also einen koma-ähnlichen Zustand (den wir alltagssprachlich etwa als „Filmriss“ oder als „black out“ kennen). Und mit Blick auf den Zustand von *Bewusstlosigkeit* wird m. E. die Rede von einem „anderen *Bewusstseinszustand*“ nachgerade widersinnig. Zum anderen fehlen für die behauptete – angeblich *phänomenologisch* rekonstruierte – Analogie zwischen Bewusstseinszuständen unter Drogeneinfluss und dem Erleben im (Wach-)Koma anhaltend valide Nachweise oder auch nur solide Argumente. Die Behauptung, den Zustand eines Menschen im (Wach-)Koma „aus *dessen* innerem Bewusstsein heraus“ betrachten zu können (vgl. Mindell 2000: 51 und 34), zeugt jedenfalls keineswegs von phänomenologischer Beschreibungs-kompetenz, sondern von der esoterischen Hybris eines sich als „Schamane“ gerierenden Psychologen, denn was dieser vorlegt, das sind allenfalls mystifizierende An-Deutungen von als Appräsentationen des Gegenübers postulierten eigenen Wahrnehmungsinhalten.

Aber auch das erscheint mir bislang als nicht wesentlich ‚evidenter‘, was einer Meldung zufolge, die Anfang Februar 2010 durch die Medien geisterte, just mittels einer „funktionellen Magnet-Resonanz- bzw. Kernspin-Tomographie (fMRT)“ gelungen sein soll: mit bislang als nicht mitteilungs-fähig geltenden Menschen im Zustand „Wachkoma“ zu kommunizieren. Die Experimentatoren (Monti et al. 2010) kolportieren, dass es ihnen (vereinzelt) gelungen sei, bei komatösen Patienten in Abhängigkeit davon, ob sie sie aufforderten, an motorische Aktivitäten (Tennis spielen) oder an Räumlichkeiten (eigene Wohnung) zu denken, nicht nur – reproduzierbar – unterschiedliche Hirnareale zu aktivieren, sondern diese unterschied-

---

den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung durchgeführt wird, erwarten sowohl diese als auch wir valide Erkenntnisse über Wirkungen von Formen des Umgangs mit Menschen im Zustand „Wachkoma“.

lichen Gedanken-Bilder auch noch als „Ja“- oder „Nein“-Antworten auf Fragen herzustellen und dergestalt via fMRT mit dem Ärzteteam zu kommunizieren.<sup>4</sup>

Auf der Basis der *mir* bislang verfügbaren Daten und deren Auslegung – sowie angesichts des anhaltenden Streits der Experten über eine plausible Definition des Phänomens – kann ich „Bewusstsein“, „Körperbewusstsein“ oder gar (körper-)bewusstes Kommunizieren und Interagieren bei Menschen im Zustand „Wachkoma“ weder definitiv bestätigen, noch definitiv ausschließen.<sup>5</sup> Deshalb vermeide ich pathologische, Menschen auf im Organismus nachweisbare bio-chemische Abläufe reduzierende Begriffe der Schulmedizin so gut wie möglich. Aber ich vermeide so gut wie möglich auch Begriffe, die per se schon „Bewusstsein“ implizieren oder gar metaphorisch explizieren.<sup>6</sup>

Vor diesem Hintergrund stellt sich nun anhaltend die Frage, ob wir es bei diesem direkten Umgang mit Menschen im Zustand „Wachkoma“ mit einer *sozialen* Situation zu tun haben. In Frage steht das deshalb, weil die soziale Situation im mit Erving Goffman (1982) verstandenen Sinne mit „Wechselseitigkeit“ einhergeht. Und in Frage steht: Ob bzw. wie *Gewissheit* einer Wechselseitigkeit zu finden ist in einer Situation, in der eben wenigstens zwei menschliche Individuen körperlich anwesend sind, von denen sich zumindest eines in unmittelbarer Reichweite des anderen befindet.<sup>7</sup> Ob diese beiden auf irgendeine Art interagieren bzw. kommu-

---

<sup>4</sup> Die andere angebliche Entdeckung eines Falles von Kommunikationsfähigkeit bei einem seit über zwanzig Jahren im Zustand „Wachkoma“ lebenden Mann hat Steven Laureys, der belgische Mediziner, der die entsprechende Information weltweit verbreitet hat bzw. hat verbreiten lassen, kure Zeit später selber revidiert. Anders als die ursprüngliche, wenige Wochen zuvor schlagzeilenträchtige Sensationsmeldung tauchte der ‚Widerruf‘ allerdings lediglich als kleiner Hinweis in den Medien auf. <sup>5</sup> „Ganz und gar auf den *Körper* zurückgeworfen“ zu sein, wie Markus Schroer (2005a: 21, FN 24) das im Verweis auf Philipp Sarasin vermerkt, betrachte ich demnach nicht als extremste Form von Exklusion. Die extremste Form der Exklusion des Einzelnen scheint mir vielmehr der Verlust des Körperbewusstseins zu sein. Denn um etwas über meinen eigenen Körper (in der Welt) zu erfahren, muss ich mich mir selbst ‚von außen‘ nähern (können). D. h., dass ich um den Leib, um meinen Leib als einem Körper, durch Rückschlüsse der Beobachtung von anderen Körpern auf bzw. durch Mitteilungen anderer über meinen eigenen Körper weiß. Meinen Leib *habe* ich als Körper von einem Standpunkt *außerhalb* dieses Körpers (vgl. Hitzler/Honer 2005: 357; vgl. auch Hitzler 2002).

<sup>6</sup> Damit votiere ich nachdrücklich dafür, als mit dieser Thematik befasster Sozialwissenschaftler stets darauf zu achten, sich nicht – statt in etwelche im Lichte konstruktivistischer Kritik (vgl. z. B. Lindemann 2003) als zumindest allzu datenselektiv erweisende Deutungsmuster der Schulmedizin – nun in diverse datenresistente Deutungsmuster der – philosophisch, ideologisch und moralisch sehr breit aufgestellten – ‚Gegenseite‘ verstricken zu lassen. Die Gefahr einschlägiger (Über-)Identifikation ist nämlich gerade dann nicht von der Hand zu weisen, wenn man, wie wir lebensweltanalytischen Ethnographen das tun, sich hochgradig involviert in das jeweilige Forschungsfeld, denn ‚alternative‘ Deutungsmuster, die mit irgendwelchen Bewusstseinsmetaphern hantieren, bergen unzweifelhaft viel, allzu viel Tröstliches für den, der mit leidet mit dem „Betroffenen“.

<sup>7</sup> Möglicherweise hilft eine Situationsdefinition im Sinne von Sartre (1991) hier weiter als die Goffmansche (vgl. dazu auch Hitzler 1999).

nizieren, das zu klären steht im Zentrum aller registrierenden und rekonstruierenden Bemühungen. Selbstverständlich hingegen kann zumindest eines der beiden Individuen das andere *deuten*.

Und eben dies tun offenbar auch die therapeutischen Experten der unterschiedlichen Fachrichtungen, wenn und weil sie nach einem „Code“ suchen zur Verständigung mit dem von mir „A“ genannten Menschen, der damit als *Person A* in Erscheinung tritt:

Der *Ergotherapeutin* zufolge kann Person A den Kopf selbständig bewegen, zeigt aber die Tendenz, ihn nach links zu drehen. Person A nehme spontan Blickkontakt auf, richte sich zur akustisch-visuellen Reizquelle hin aus, habe aber auch Dystonien (Bewegungsstörungen), die sie „sozusagen überwältigen“. Die Ergotherapeutin verweist auf ein (situativ nicht zuhandenes) Video, auf dem während eines Besuchs bei der Kosmetikerin festgehalten sei, dass Person A den Eindruck mache, sie sehe sich selber interessiert in einem Spiegel an. Die Ergotherapeutin berichtet auch, dass sie mit A an einem Gesprächskreis in einer Kirche teilgenommen und dabei den Eindruck gehabt habe, A habe interessiert zugehört (thematisch sei es in dem Gesprächskreis u. a. um das Leben mit Blindheit gegangen), und dass sie beim Singen von Kirchenliedern geweint habe (jedenfalls hätten ihr die Augen getränt). Insgesamt konstatiert die Ergotherapeutin ein starkes Bemühen bei Person A, „aktiv“ zu werden bzw. zu sein, konstatiert aber auch, A sei sehr instabil – sowohl mit Blick auf ihre „Vigilanz“ (situative Wachheit) als auch auf ihr Gesamtfinden. Dieses korreliere vermutlich (auch) damit, ob A sich in einer Situation „wohl“ fühle.

Der *Musiktherapeut* bezeichnet Person A als „für mich ein sehr spannender, interessanter Mensch“. Er hat augenscheinlich das Eine und Andere von Person A gelesen und sich, wie er sagt, „ein ‚lebendiges‘ Bild von ihr gemacht“. Er sei erstaunt gewesen, wie wenig Person A sich im Zustand „Wachkoma“ physisch verändert habe. Er versuche, zu ergründen, wie sie gewesen sei – auch angesichts von Fotos, die von ihr in ihrem Zimmer hängen. Er bekundet, „eine große Nähe“ zu Person A zu verspüren. Augenscheinlich reflektiert er sehr stark die Frage „wechselseitigen Erlebens“ zwischen sich und A. Methodische Vorbehalte der Person B gegen zu schnelle und Über-Interpretationen teilt der Musiktherapeut explizit.

Die *Physiotherapeutin* und der *Physiotherapeut* konstatieren vor allem, bei Person A seien Versteifungen und Verspannungen in den Armen relativ ausgeprägt. Um schmerzhaften Krämpfen entgegenzuwirken, müssten die Muskeln, Sehnen und Gelenke möglichst oft gelockert werden. Außerdem solle in Absprache mit einem Neurologen von diesem eine Botox-Behandlung durchgeführt werden.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Inzwischen sind A die Botulinumtoxin-Spritzen ‚gesetzt‘ worden und zeitigen die intendierten „positiven Effekte“: As Arm-, Hand- und Finger Muskulatur ist deutlich weniger verkrampft als zuvor.

Noch sei ungeklärt, so die *Sprachtherapeutin* – die bemüht ist, die Schluckreflexe von Person A so weit zu reanimieren, dass diese ohne Trachealkanüle leben und wieder über Mund und Nase atmen und damit auch ihre Stimmbänder wieder gebrauchen können soll –, ob A prinzipiell stimmlich Laute produzieren könne bzw. ob die Mundmotorik (d. h. die Koordination von Zungen- und Mundbewegungen, die Koordination des Atmens usw.) überhaupt und wenn, dann hinlänglich verlässlich funktioniere. Bislang richteten sich die therapeutischen Maßnahmen auf sehr basale Stimulationen (v. a. zur Verlangsamung und Kräftigung der Atmung). Als nächstes stehe bei Person A eine klinische Überprüfung der Husten- und Schluckreflexe an, v. a. zur Klärung der Frage, ob A eine sogenannte Sprechkanüle (d. h. eine Kanüle mit einem Ventilsystem, das beim Ausatmen die Luft über die Stimmbänder ablässt) eingesetzt und während der Sprachtherapiesitzungen erprobt werden kann.<sup>9</sup>

Fazit der Gespräche mit den Therapeutinnen und Therapeuten: Noch ist *kein* „Code“ gefunden worden, der eine basale Kommunikation mit Person A ‚transsituativ‘ und intersubjektiv ermöglicht,<sup>10</sup> und der damit dazu beitragen könnte, zu entschlüsseln, was da in und mit A vor sich geht.

---

<sup>9</sup> Diese inzwischen durchgeführten Tests und Versuche haben ergeben, dass Person A offenbar (noch) nicht genügend hohen Druck auf der Lunge hat, um über die Löcher der Kanüle und des Inlets auszuatmen. Die Therapeutin versucht immer wieder, den Ballon-Reif, der die Kanüle ‚blockt‘ (so dass keine Flüssigkeiten in die Luftröhre laufen können), in der Sitzung zu entblocken (d. h. die Luft herauszulassen), um so einen Seiten-Weg zum Ausatmen zu schaffen. Bislang *ein*-mal sei es A gelungen, auf diesem Wege auszuatmen. Dieses eine Mal sieht die Therapeutin allerdings als ‚Beleg‘ dafür an, dass A das „im Prinzip“ kann, und dass es deshalb darum gehe, diese grundsätzliche „Kompetenz“ zu verstetigen. Der Zeithorizont für dieses ‚erste‘ Therapieziel sind allerdings nicht Wochen, sondern Monate oder Jahre.

<sup>10</sup> Vgl. dazu Neumann (2003). Die auf neurowissenschaftlichen Grundlagen (vgl. Pickenhain 1998) basierende Konzeption integriert das Affolter Konzept (vgl. Affolter 2001), die Sensorische Integration (vgl. Ayres 1984) sowie die Kinästhetik (vgl. Hatch/Maietta/Schmidt 1996) und anderes mehr. Die in deren pflegerische ‚Versorgung‘ eingebettete therapeutische „Ansprache“ von bzw. „Begegnung“ mit Menschen im Zustand „Wachkoma“ findet oft *nur*, stets aber zumindest *auch* mittels taktiler Reize (Berühren, Streicheln, Halten, Führen usw.) statt. Insgesamt spielt in der Pflege und in Physio-, Ergo- und Sprachtherapien, aber durchaus auch in der Musiktherapie, die taktile Beruhigung und Stimulation eine wesentliche Rolle: Die Nutzung mehr oder weniger der ganzen Palette aktivierender Therapie- und Pflegekonzepte (vgl. z. B. Gustorff/Hannich 2000; Gritt/Großmann 2005; Herkenrath 2004; Nusser-Müller-Busch 2005; Pickenbrock 2005), die allesamt ansetzen beim Leib-Sein der Menschen im Zustand „Wachkoma“, soll diesen dabei helfen, ihrer Körper wieder habhaft zu werden (vgl. zum Menschen als Körper-Wesen generell Plessner 1983; Gugutzer 2002; die Beiträge in Hahn/Meuser 2002) und wie auch immer geartete Kommunikationsfähigkeiten (wieder) zu erlangen (vgl. speziell Hannich 1993, generell Argyle 1979). Ein Rehabilitationskonzept für Menschen im Zustand „Wachkoma“ auf der Basis explizierter Wahrnehmungen von Therapeuten, Pflegekräften und Angehörigen entwickelt – im expliziten Anschluss an Wolfgang Jantzen – Tolle (2005).

### 3 Zur Konfusion von Kommunikation und Interpretation bzw. Appräsentation

Die Antwort auf die Frage „Was geht hier eigentlich vor?“ ergibt sich Erving Goffman (1977) zufolge, „daraus, wie Menschen weiter in der Sache vorgehen.“ Hier geht zumindest Person B aufgrund einer Situationsdefinition vor, der zufolge Person A (vermutlich) nicht kommunizieren *kann*. Diese Beobachtung generiert m. E. Daten, die alle Lesarten des kultur- und sozialwissenschaftlichen Trivial-Mythos, ein Mensch könne *nicht* nicht kommunizieren (vgl. z. B. Watzlawick/Beavin/Jackson 1969), empirisch in Frage stellen – bis hin zu Jo Reichertz' differenzierten aktuellen Einlassungen dazu (vgl. Reichertz 2009).

In Frage steht dabei aber immer noch, ob wir es beim Umgang mit Menschen im Zustand „Wachkoma“ mit *sozialen* Situationen im Sinne von Goffman (1982) zu tun haben: Augenscheinlich sind mindestens zwei Personen körperlich anwesend und befinden sich – jedenfalls unter Normalitätsgesichtspunkten – auch in unmittelbarer Reichweite zueinander. Und trotzdem kann mindestens eine der beiden Personen dezidiert nicht – genauer: jedenfalls nicht ständig – kommunizieren. Gleichwohl kann die andere Person die eine selbstverständlich ständig bzw. jederzeit zum Gegenstand von Deutungen machen. Aber die permanente Option eines Subjekts, Wahrgenommenes zu deuten (z. B. etwas anderes als anderes Subjekt – mit allen daran sich anschließenden epistemologischen Konsequenzen), sowie die notorisch nicht auszuschließende Möglichkeit, als Wahrgenommenes von einem anderen Subjekt (als anderes Subjekt oder eben auch als Nicht-Subjekt) gedeutet zu werden, als per se „kommunikativ“ zu etikettieren, unterschlägt die erkenntnistheoretisch fundamentale Differenz von „Kommunikation“ und „Interpretation“ und vermischt die beiden Begriffe: Selbstverständlich kann man, wie Jo Reichertz (2009: 124 ff.) notiert, jedes menschliche Verhalten „als kommunikativ relevant“ *interpretieren*. Aber das gilt, wie Thomas Luckmann (1980) gezeigt hat, (sogar alltagspragmatisch) auch für jedes *nicht*-menschliche Verhalten. Nützlich, weil zur semantischen Ordnung beitragend, erscheint mir hier die von Michael Tomasello (2009: 24 ff.) vorgeschlagene Unterscheidung von „Kommunikationsdisplays“ und „Kommunikationssignalen“. Oder anders ausgedrückt: Ein Mensch, der mit einem Baum befreundet ist, mag tatsächlich *mit* diesem kommunizieren. Diese für diesen Menschen subjektiv vielleicht völlig zufriedenstellende Kommunikation *intersubjektiv* zu plausibilisieren, dürfte – jedenfalls in Gesellschaften wie der unseren – hingegen auch *diesen* Menschen vor gewisse Kommunikationsprobleme stellen.

Am – extremen – Beispiel von Menschen im Zustand „Wachkoma“ lässt sich m. E. also zeigen, dass man sehr wohl nicht kommunizieren kann. Zeigen lässt sich daran, dass sowohl Goffman (1994), der meint, ein Mensch müsse nicht nur seinen Körper stets dabei haben, sondern könne auch „nicht aufhören, mit seinem Körper

zu kommunizieren“, als auch Luckmann, der behauptet, dass ein Körper „darüber, was man getan, gefühlt oder gedacht hat, darüber, was man gerade tut, fühlt oder denkt, oder darüber, was man tun wird [*spricht*]“, – wie so viele andere – Kommunikation mit Appräsentation konfundieren. Der Körper kommuniziert nicht. Vielmehr setzen wir unseren Körper dann kommunikativ ein, wenn wir etwas (mit ihm) tun, was wir unterlassen würden, wenn wir alleine wären (vgl. Hitzler 1998 und 2002). Ansonsten ist unser Körper (lediglich) ein – im sogenannten Normalfall vom Subjekt allerdings nur beschränkt kontrollierbares – *Anzeichenfeld*, auf das der bzw. auf das jeder Deutende in der face-to-face-Situation nachgerade beliebig zugreifen (und das selbstverständlich auch kommunikativ *genutzt* werden) kann (vgl. dazu nochmals Tomasello 2009).

#### 4 Praktiken in der Therapie, Pflege und Betreuung von Menschen im Zustand „Wachkoma“

In unserer derzeit laufenden ethnographischen Studie (vgl. Fußnote 2), aus der ich hier meine ‚ersten Eindrücke‘ referiere, stellt die anfangs skizzierte Situation nun die einfachste Variante des zentralen Erkenntnisinteresses dar: die Situation, in der Person B mit Blick auf Person A sozusagen *prototypisch* vor einem Problem des Deutens dessen steht, was ‚man‘ im Umgang mit Menschen im Zustand „Wachkoma“ qua Mit-Sein beobachten, ergründen, errahnen zu können meint bzw. hofft. Die Erfassung von Stimmungen, Strebungen und Wünschen von Menschen im Zustand „Wachkoma“ stellt mit ihnen befasste Personen nämlich *typischerweise* vor erhebliche, mitunter kaum bzw. nicht lösbare Deutungsprobleme, denn, so Ott-Schindele (2002: 235), oftmals liegen diese Patienten „mit offenen Augen, schier regungslos in [ihrem] Bett. Das Herz schlägt, die Haut ist warm und die Atmung funktioniert. Der Blick wirkt leer und durchdringend. Er ist nicht gerichtet und kann auch nicht fixieren. Jede Form der Ansprache bleibt ohne jegliche sinnvolle Reaktion.“ Und Meinolfus Strätling et al. (2005: 28) schreiben, „dass beispielsweise auch das scheinbare ‚Lächeln‘ auf dem Gesicht (...) eines chronisch ‚apallischen‘ Patienten keineswegs einen auch nur ansatzweise hinreichend sicheren Rückschluss auf dessen tatsächliches Wohlbefinden, auf seinen objektiven Leidensdruck, auf etwaige Bewusstseins- oder Willensinhalte, auf Selbstwahrnehmung oder Interaktion (...) zulässt.“ Infolgedessen werden Menschen im Zustand „Wachkoma“ – variierend mit dem ihnen (im Wesentlichen aufgrund ihres konstatierten bzw. ihres ihnen attestierten Interaktions- und Kommunikationsverhaltens) jeweils zugeschriebenen Ausmaß an „Restbewusstsein“ – quer durch die für sie zuständigen Instanzen (des Rechts-, des Fürsorge-, des Versicherungswesens usw.) und auch durch die mit ihnen interaktiv befassten Personengruppen (Mediziner, Therapeuten, Pflegekräfte, Betreuer, Angehörige) stark verminderte bis fehlende

(kognitive) Fähigkeiten der Selbstbestimmung und Selbststeuerung attestiert, denn die alltägliche Gewissheit der „Reziprozität der Perspektiven“ (vgl. Schütz, z. B. 1971a und 2003; Schütz/Luckmann 2003) wird beim Umgang mit ihnen eben zumindest erheblich irritiert bzw. zumeist unterminiert.

Entgegen typischerweise in der ‚Logik‘ der Schul- bzw. Biomedizin üblichen Diagnosen (und daraus nicht selten resultierenden „infausten“ Prognosen; vgl. zur Kritik daran Lindemann 2002; vgl. generell auch Atkinson 1995) attestieren Personen, die mehr als nur punktuell mit Menschen im Zustand „Wachkoma“ zu tun haben, diesen in aller Regel allerdings nicht lediglich stereotype Appräsentationsautomatismen, sondern auch zumindest *situationsbezogene* individuelle Ausdrucksformen, über deren Unwillkürlichkeit oder Willkürlichkeit allerdings zu großen Teilen schwer zu entscheiden ist (vgl. dazu z. B. Whyte/DiPasquale/Vaccaro 1999), denn sehr oft beschränken diese Ausdrucksformen sich auf Variationen der Atmung, der Augenbewegungen, der Mimik, der Produktion von Lauten und der Körperhaltung, appräsentieren nicht- oder allenfalls quasi-bewusste akute Befindlichkeiten und sind vor allem in den meisten Fällen nicht mit intersubjektiv ‚zufriedenstellender‘ Verlässlichkeit evozier- bzw. abrufbar.<sup>11</sup> Dementsprechend lässt sich die sinnverstehende Deutung und Interpretation von Äußerungen eines Menschen im Zustand „Wachkoma“ typischerweise eben *nicht* interaktionsbegleitend ‚kommunikativ validieren‘ (wie wir das im normalen, schwatzhaften Miteinander gewohnt sind – vgl. Knoblauch 1995). Diese sinnverstehende Deutung ist vielmehr unabdingbar dem nicht-komatösen Beobachter bzw. (Quasi-) Interaktanten auferlegt, der das, was er zu erkennen vermeint, lediglich anhaltend beobachten und reflektieren – und immer wieder mit den Erkenntnissen (bzw. Vermutungen) anderer Beobachter bzw. (Quasi-)Interaktanten von Menschen im Zustand „Wachkoma“ abgleichen – kann (vgl. dazu die Studie von Tolle 2005). Denn kaum scheint man einer signifikanten Korrelation auf der Spur zu sein, schon erweist sie sich als nicht oder zumindest nicht auch nur einigermaßen *verlässlich* reproduzierbar. Kaum deutet man Wahrgenommenes als unwillkürliche Appräsentation unwillkürlicher ‚innerer‘ Vorgänge, schon konstituiert sich Evidenz für willkürliche Re-Aktivität – und das heißt: für basale Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit – des bzw. mancher Menschen im Zustand „Wachkoma“. Und so weiter.<sup>12</sup>

Diesen Befund will ich an zwei ‚kleinen‘ Episoden aus unserer laufenden lebensweltanalytischen Studie exemplarisch verdeutlichen:

---

<sup>11</sup> Zu diesen Ausdrucksformen liegen bislang noch wenig wissenschaftliche Untersuchungen vor. Ausnahmen sind z. B. die Dissertation von Herkenrath (2004) und v. a. zahlreiche Schriften von Andreas Zieger (z. B. 1998, 2005 und 2007).

<sup>12</sup> Vgl. auch Kraeftner/Kroell (2009) zur Problematisierung subsumptionslogischer Instrumente der Erfassung von Befindlichkeiten bei Menschen im Zustand „Wachkoma“ durch Pflegekräfte.

## Episode 1:

Person B versucht, sich auf den Atemrhythmus von Person A, die im Rollstuhl sitzt, einzustellen (d. h. ganz nahe an ihrem Ohr mit ihr *mit* zu atmen), und spricht dann im Atemrhythmus (d. h. in einer Art leisem Singsang) zu ihr. B gewinnt den Eindruck, dass Person A ihren Kopf zu B hin wendet. Um zu überprüfen, ob es sich bei der Drehung eher um eine unwillkürliche Kopfbewegung oder um eine willkürliche Zuwendung gehandelt hat, geht B auf die andere Seite von A und beginnt das Mit-Atmen und den begleitenden Singsang von vorne. Person A wendet nun ihren Kopf jedoch *nicht* zu Person B hin.

Sozusagen experimentell gescheitert beginnt B darüber nachzudenken, ob A bei dem Seitenwechsel einfach nicht mitspielen will. Dann denkt Person B über dieses Nachdenken nach und mahnt sich selber zu mehr ‚Realismus‘, denn sie argwöhnt, sie übernehme mehr und mehr irgendwelche mystisch-esoterischen Deutungsmuster, die auf wenig mehr als dem schlichten *Glauben* basieren, bei Menschen, die in einem Zustand wie A sind, sei so etwas wie ein Eigensinn, ein Eigenwille und ein (Selbst-?)Bewusstsein zu finden, auch wenn es – jedenfalls für B – keine Evidenz dafür gibt. Person B konstatiert für sich, dass ihr eigenes Empfinden für A *nicht* damit zusammenhängt, ob A noch Eigensinn, Eigenwillen, (Selbst-)Bewusstsein hat. Aber Person B konstatiert für sich auch, dass sie *Evidenz* braucht, um ein *aktuelles* alter ego zu konstituieren.

Während B bei ihr sitzt, öffnet Person A ein paar mal das rechte Auge, schaut Bs Deutung zufolge aber eher ziellos umher. Im Weiteren schließt und öffnet sich das Auge von Person A in unregelmäßigen Intervallen. Person B erkennt aber keinerlei Korrelation zwischen dem, was sie bei Person A beobachtet, und irgend etwas, was *um diese herum* vorgeht. Nach ein paar Minuten fängt Person A an, heftiger zu atmen und zu grimassieren. Um sie zu beruhigen, setzt sich B in ihr Gesichtsfeld. Das scheint A aber eher noch mehr zu beunruhigen. Erst als Person B ihren Kopf an den von Person A legt, wird diese etwas ruhiger. Person B erzählt leise von Menschen, die A kennt. A wirkt auf B im Verlauf dieser Aktivität immer entspannter und scheint nach relativ kurzer Zeit einzuschlafen.

## Episode 2:

Person B setzt sich so, dass sie sich im Gesichtsfeld von Person A befindet und diese sie ggf. problemlos beobachten kann. Dann beginnt B damit, A einen kleinen Text über A vorzulesen. Anfangs scheint A sich bei Bs Vorlesen erkennbar aufzuregen: A öffnet ein Auge ganz, das andere ein wenig, bewegt heftig den Mund und zuckt bzw. rüttelt mehrmals mit dem rechten Arm. Nach einer gewissen Zeit aber schließt A die Augen, bewegt den Arm nicht mehr, grimassiert nicht mehr und atmet ruhig und regelmäßig. B bemerkt auch sonst keine Aufmerksamkeitszuwendung von A mehr. B stellt das Vorlesen ein und liest stumm Zeitung. Nach kurzer Zeit öffnet A die Augen wieder und macht Mundbewegungen. B liest

daraufhin weiter aus dem Text über A vor. Wieder bemerkt B nach in paar Minuten keine Aufmerksamkeitszuwendung von A mehr. Wieder hört B auf, vorzulesen und liest stattdessen stumm in der Zeitung weiter. Wieder dauert es nicht lange, bis A die Augen wieder öffnet, grimassiert und den Arm bewegt. Wieder liest B weiter aus dem Text über A vor. Wieder verschwindet alsbald jede für B erkennbare Aufmerksamkeitszuwendung. Nun holt B den Laptop und fängt an, Notizen zu diesem aktuellen Geschehen zu machen. Nach einer gewissen Zeit öffnet A wieder die Augen und wird mimisch und motorisch unruhiger. B stellt nun den Laptop direkt in As Gesichtsfeld und lässt eine Powerpoint-Präsentation laufen, die A entwickelt hat. Bs Wahrnehmung zufolge scheint A die Präsentation einige Minuten lang anzuschauen. Dann ‚driftet‘ A weg. B schaltet die Präsentation aus und macht wieder Notizen. Nach relativ kurzer Zeit öffnet A wieder die Augen. Wieder stellt B den Laptop in As Gesichtsfeld und lässt die Präsentation dort weiter laufen, wo B sie zuvor unterbrochen hatte. Nach knapp drei Minuten ‚driftet‘ A wieder weg. Während B wieder Notizen macht, kommt eine Pflegekraft, um A umzulagern. B wartet vor der Tür.

## 5 Das Kriterium der signifikanten Korrelation

Diese beiden Episoden sollten vor allem illustrieren, wie schwierig es ist, zu klären, welchen epistemologischen Status Wahrnehmungen tatsächlich haben, die man im Umgang mit Menschen im Zustand „Wachkoma“ zu machen bzw. zu haben glaubt. Deshalb schränke ich, im Rekurs auf meinen bis dato zusammengetragenen und erst an-gedeuteten einschlägigen Datenfundus, nun meine Behauptung ein, dass (manche) Menschen im Zustand „Wachkoma“ generell für jenes ‚man‘ stünden, das – entgegen dem gängigen Trivialmythos – eben nicht kommunizieren *könne*. Ich konstatiere vielmehr: *Manchmal* scheinen Menschen im Zustand „Wachkoma“ *nicht* (mit uns) kommunizieren zu können.<sup>13</sup> Manchmal scheinen sie es aber *doch* zu vermögen. Wenn es aber manchmal so und manchmal anders ist, dann kommunizieren sie meines Erachtens in *den* Situationen zwar immer noch nicht, in denen sie eben *nicht* kommunizieren, aber dann ist die Feststellung, *dass* sie nicht kommunizieren, wenn sie in einer Situation nicht kommunizieren, *interpretierbar* in Relation zu den Situationen, in denen sie sehr wohl kommunizieren: Wenn Menschen im Zustand „Wachkoma“ überhaupt je *intersubjektiv erkennbar* kommunizieren – auch wenn es nur gelegentlich (und zumeist auch dann nur mit einer unzweifelhaft notwendigen hohen Deutungssensibilität erkennbar) geschieht –, dann *transzendieren* sie damit unzweifelhaft *grundsätzlich* das Leib-Sein des

<sup>13</sup> *Keinen* plausiblen Grund sehe ich bislang dafür anzunehmen, dass Menschen im Zustand „Wachkoma“ manchmal nicht (mit uns) kommunizieren *wollen*.

Vegetativen, denn dann appäsentieren sie – mittels ihrer Körper – *Erfahrungen* (seien es nun Wahrnehmungen oder Vorstellungen), und dann erfahren (auch) *wir* sie im *Mit*-Sein als *Da*-Sein.

## Literatur

- Affolter, Felicié (2001): *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*. Villingen-Schwenningen: Neckar
- Argyle, Michael (1979): *Körpersprache und Kommunikation*. Paderborn: Junfermann
- Atkinson, Paul (1995): *Medical Talk and Medical Work*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage
- Ayres, Jean (1984): *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Bienstein, Christel (2005): *Menschen im Wachkoma*. In: Nydahl, Peter (2005): 8–16
- Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.): *A Companion to Qualitative Research*. London et al.: Sage
- Geremek, Adam (2009): *Wachkoma*. Köln: Dt. Ärzte-Verlag
- Giacino, Joseph T. et al. (2002): *The minimally conscious state*. In: *Neurology* 58: 349–353
- Goffman, Erving (1977): *Rahmen-Analyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Goffman, Erving (1982): *Die vernachlässigte Situation*. In: Sprenger, Horst (1982): 199–205
- Goffman, Erving (1994): *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt a. M./New York: Campus
- Gritt, Gregor/Großmann, Antje (2005): *Ergotherapie*. In: Nydahl, Peter (2005): 43–62
- Grüber, Katrin/Graumann, Sigrid (2007) (Hrsg.): *Herausforderungen*. Frankfurt a. M.: Mabuse
- Gugutzer, Robert (2002): *Leib, Körper und Identität*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Gustorff, Dagmar/Hannich, Hans-Joachim (2000): *Jenseits des Wortes*. Bern: Huber
- Habermann, Carola/Kolster, Friederike (2002) (Hrsg.): *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. Stuttgart: Thieme
- Hahn, Kornelia/Meuser, Michael (2002) (Hrsg.): *Körperrepräsentationen*. Konstanz: UVK
- Hannich, Hans-Joachim (1993): *Bewusstlosigkeit und Körpersprache*. In: *Praxis der Psychologie und Psychosomatik* 38 (4): 219–226
- Hatch, Frank/Maietta, Lenny/Schmidt, Suzanne (1996): *Kinästhetik: Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Pflege*. Eschborn: DBfK
- Heath, Christian/Luff, Paul/Hindmarsh, Jon (2009): *Audiovisual methods in social research*. London: Sage
- Heese, Carl/Preger, Rudolf/Schmidt, Hans-Ludwig (2003) (Hrsg.): *Das Wachkoma. Berichte vom 8. Symposium der Neurochirurgischen und Neurologischen Fachklinik Kipfenberg*. Eichstätt: Diritto
- Herkenrath, Ansgar (2004): *Begegnung mit dem Bewusst-Sein von Menschen im Wachkoma*. Witten/Herdecke: unveröff. Dissertation
- Hitzler, Ronald (1998): *Das Problem, sich verständlich zu machen*. In: Willems, Herbert/Jurga, Martin (1998): 93–105
- Hitzler, Ronald (1999): *Konsequenzen der Situationsdefinition*. In: Hitzler, Ronald/Reichert, Jo/Schröer, Norbert (1999): 289–308

- Hitzler, Ronald (2002): Der Körper als Gegenstand der Gestaltung. In: Hahn, Kornelia/Meuser, Michael (2002): 71–85
- Hitzler, Ronald/Eberle, Thomas S. (2004): Phenomenological Life-world Analysis. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (2004): 67–71
- Hitzler, Ronald/Honer, Anne (2005): Körperkontrolle. In: Schroer, Markus (2005): 356–370
- Hitzler, Ronald/Reichertz, Jo/Schröer, Norbert (1999) (Hrsg.): Hermeneutische Wissenssoziologie. Konstanz
- Höfling, Wolfram (2005) (Hrsg.): Das sog. Wachkoma. Münster: LIT
- Honer, Anne (1989): Einige Probleme lebensweltlicher Ethnographie. In: Zeitschrift für Soziologie (ZfS) 18 (4): 297–312
- Honer, Anne (2004): Life-world Analysis in Ethnography. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (2004): 113–117
- Jennett, Bryan (2002): The Vegetative State. Cambridge: University Press
- Jennett, Bryan/Plum, Fred (1972): Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name. in: The Lancet 299 (7753): 734–737
- Kendon, Adam (2004): Gesture. Cambridge: University Press
- Klein, M. (2000): Schmerzempfinden und erhaltenes Bewusstsein im apallischen Syndrom? In: Intensiv 8. 2. 63–68
- Knoblauch, Hubert (1995): Kommunikationskultur. Berlin/New York: de Gruyter
- Knoblauch, Hubert (2004): Die Video-Interaktionsanalyse. In: Sozialer Sinn 1 (1): 123–139
- Kraeftner, Bernd/Kroell, Judith (2009): Washing and assessing. In: Latimer, Joanna/Schillmeier, Michael (2009): 159–180
- Kretschmer, Ernst: (1940): Das apallische Syndrom. in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 169 (1): 576–579
- Latimer, Joanna/Schillmeier, Michael (2009) (Hrsg.): Un/knowning Bodies. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell
- Laureys, Stanley et al. (2004): Brain Function in the Vegetative State. In: Advances in Experimental Medicine and Biology 550: 229–238
- Lindemann, Gesa (2002): Die Grenzen des Sozialen. München: Fink
- Lindemann, Gesa (2003): Beunruhigende Sicherheiten. Konstanz: UVK
- Lindemann, Gesa (2005): Die Verkörperung des Sozialen. In: Schroer, Markus (2005): 114–138
- Luckmann, Thomas (1980): Über die Grenzen der Sozialwelt. In ders. (1980): 56–92
- Luckmann, Thomas (1980a): Lebenswelt und Gesellschaft. Paderborn: Schöningh
- Mindell, Amy (2000): Koma – Ein Weg der Liebe. Petersberg: Via Nova
- Monti, Martin M. et al. (2010): Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness. In: The New England Journal of Medicine. 362 (7): 579–589 (abgerufen am 4. Februar 2010 unter [www.nejm.org](http://www.nejm.org))
- Nacimiento, Wilhelm (2005): Apallisches Syndrom, Wachkoma, persistent vegetative state. In: Höfling, Wolfram (2005): 29–48
- Neumann, Joachim (2003): Wachkoma und Basale Stimulation. In: Heese, Carl/Preger, Rudolf/Schmidt, Hans-Ludwig (2003): 53–63
- Nusser-Müller-Busch, Ricki (2005): Logopädie: Atmung und Schlucken sichern und Koordinieren. In: Nydahl, Peter (2005): 82–97

- Nydahl, Peter (2005) (Hrsg.): Wachkoma. München: Urban & Fischer
- Ott-Schindele, Reinhard (2002): Schwere erworbene Hirnschädigung. In: Habermann, Carola/Kolster, Friederike (2002): 263–286
- Owen, Adrian M. et al. (2006): Detecting Awareness in the Vegetative State. In: *Science* 313 (8): 1402
- Pertzborn, Marianne/Bursian, Roland/Herkenrath, Ansgar (2000): Haus Königsborn. Ein besonderer Lebensort für eine besondere Lebensart. In: Herbert Rische/Wolfgang Blumenthal (2002): 379–381
- Pickenbrock, Heidrun (2005): Physiotherapie bei Patienten im Wachkoma. in: Nydahl, Peter (2005): 129–144
- Pickenhain Lothar (1998). Basale Stimulation – Neurowissenschaftliche Grundlagen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- Plessner, Helmuth (1983): Die Frage nach der *Conditio Humana*. In: Ders. (1983): 136–217
- Plessner, Helmuth (1983a): *Gesammelte Schriften VIII*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Preger, Rudolf (2003): Das apallische Syndrom (Das Wachkoma). In: Heese, Carl/Preger, Rudolf/Schmidt, Hans-Ludwig (2003): 11–25
- Raab, Jürgen (2008): Visuelle Wissenssoziologie. Konstanz: UVK
- Reichertz, Jo (2009): Kommunikationsmacht. Wiesbaden: VS
- Rische, Herbert/Blumenthal, Wolfgang (Hrsg.) (2002): Selbstbestimmung in der Rehabilitation. Chancen und Grenzen. 33. Kongress der Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V., 13.–15.10.1999 in Berlin. Ulm: Universitätsverlag Ulm
- Sartre, Jean-Paul (1991): *Das Sein und das Nichts*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt
- Schneider, Werner (2005): Der Prothesen-Körper als gesellschaftliches Grenzproblem. In: Schroer, Markus (2005): 371–397
- Schroer, Markus (2005) (Hrsg.): *Soziologie des Körpers*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Schroer, Markus (2005a): Einleitung. In: Schroer, Markus (2005): 7–47
- Schütz, Alfred (1971): *Gesammelte Aufsätze. Band 1*. Den Haag : Nijhoff
- Schütz, Alfred (1971a): Wissenschaftliche Interpretation und Alltagsverständnis menschlichen Handelns. In: Ders. (1971): 3–54
- Schütz, Alfred (2003): Symbol, Wirklichkeit und Gesellschaft. In: Ders. (2003a): 117–220
- Schütz, Alfred (2003a): *Theorie der Lebenswelt. 2. Werkausgabe Bd. V.2*. Konstanz: UVK
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (2003): *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK
- Sprenger, Horst (1982) (Hrsg.): *Anwendungsbereiche der Soziolinguistik*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Strätling, Meinolfus/Bartmann, Franz Josef/Fieber, Ulrich/Sedemund-Adib, Beate/Scharf, Edwin/Schmucker, Peter (2005): Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland. *Medizinethische Materialien*, Bd. 162. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik
- Tolle, Patrizia (2005): *Erwachsene im Wachkoma*. Frankfurt a. M.: Peter Lang
- Tomasello, Michael (2009): *Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Waldenfels, Bernhard (2000): *Das leibliche Selbst*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Watzlawick, Paul/Beavin, Janet H./Jackson, Don D. (1969): *Menschliche Kommunikation*. Bern/Stuttgart: Huber

- Whyte, John/DiPasquale, Madeline C./Vaccaro, M. (1999): Assessment of command-following in minimally conscious brain injured patients. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 80 (6): 653–660
- Willems, Herbert/Jurga, Martin (1998) (Hrsg.): *Inszenierungsgesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Zieger, Andreas (1998): Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit Wachkomapatienten. In: *Rehabilitation* 37 (4): 167–176
- Zieger, Andreas (2005): Verweildauer und Remission bei Komapatienten. Outcome-Analyse über 7 Jahre Frührehabilitation. In: *Reha aktuell* 2 (4): 9–12
- Zieger, Andreas (2007): Erfahrungen mit der Rehabilitation von Menschen im Wachkoma unter den Bedingungen von Zeitknappheit und Kostendruck im neoliberalen Gesundheitswesen. In: Grüber, Katrin/Graumann, Sigrid (2007): 111–119