

Edition Soziologie

Oliver Berli | Martin Endreß (Hrsg.)

Wissen und soziale Ungleichheit

BELTZ JUVENTA

Inhalt

<i>Oliver Berli, Martin Endreß</i> Einleitung	9
A. Konzeptionelle Probleme soziologischer Ungleichheitsanalyse	
<i>Martin Endreß</i> Zur Theorie der Deutung sozialer Ungleichheit	23
<i>Patrick Sachweh</i> Deutungsmuster sozialer Ungleichheit. Theoretische Bezugspunkte einer Moralökonomie gesellschaftlicher Privilegierung und Benachteiligung	54
<i>Alexander Brunke</i> Ungleiches Urteilen. Ökonomische Ordnung als Gegenstand alltäglicher Auseinandersetzungen	80
<i>Andreas Göttlich</i> Gleichheit und Gerechtigkeit. Soziologie zwischen Gesellschaftsanalyse und Sozialkritik	105
<i>Ferdinand Sutterlüty</i> Christliche Deutungen sozialer Ungleichheit	126
B. Digitale Ungleichheit	
<i>Heiner Meulemann, Beate Apolinarski, David Gilles</i> Allgemeine Kulturtechnik oder digitale Spaltung? Die Verbreitung des Internet in Deutschland 1997–2009	149
<i>Nicole Zillien</i> Laien als Experten. Ungleichheiten des Wissens von reproduktions- medizinischer Profession und Patientenschaft	177

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2013 Beltz Juventa · Weinheim und Basel
www.beltz.de · www.juventa.de

Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

ISBN 978-3-7799-2910-9

Wie das Bewusstsein (der einen) das Sein (der anderen) bestimmt

Über ungleiche Lebensbedingungen
im Zustand „Wachkoma“

Theorierahmen

Unter sozialer Ungleichheit versteht man gemeinhin die unterschiedlichen Chancen von Menschen, Menschengruppen und (sonstigen) Aggregationen von Menschen, an knappen und wichtigen gesellschaftlich relevanten Ressourcen (wie Einkommen, Besitz, Bildung, Ansehen usw.) teilzuhaben. Soziale Ungleichheit impliziert also relative Besser- und Schlechterstellungen von Menschen bzw. relativ bessere oder schlechtere Lebensbedingungen von Menschen im sogenannten sozialen Raum.

Die üblichen *soziologischen* Erklärungsansätze für soziale Ungleichheit(en) ‚streuen‘ ungefähr von Klassenkampftheorien bis hin zu organisistischen Metaphern über den „Gesellschaftskörper“ (als Überblicke exemplarisch Kreckel 1983; Hradil 2001; Berger/Schmidt 2004; Groß 2008; Burzan 2011). Insbesondere Klassenantagonismen nahmen und nehmen in der sozialwissenschaftlichen Theoriebildung einen zentralen Platz ein (genannt seien hier lediglich Karl Marx, Max Weber und in jüngerer Zeit eben Pierre Bourdieu) (Solga/Powell/Berger 2009). Die bedeutendste Alternative zu den Klassentheorien ist sicherlich das im Strukturfunktionalismus entwickelte organisistische Modell sozialer Schichten. Nach diesem Modell sind die in einer Gesellschaft vorhandenen Ungleichheiten funktional notwendig zur Wahrung des „Gleichgewichtes“ dieser Gesellschaft (Davis/Moore 1945; Mayntz 1961). Gegen diese strukturfunktionalistischen Annahmen wiederum gibt es seit langem erhebliche, vor allem auch empirische Einwände. Insbesondere Ralf Dahrendorf hat das Modell der sozialen Schichtung denn ja auch wieder mit einem an der alten Klassenkampftheorie angelehnten Konfliktansatz verbunden (z.B. Dahrendorf 1957; Dahrendorf 1974; Dahrendorf 1992). Diese Konflikttheorie besagt u.a., dass soziale Ordnungen vorzugsweise dadurch stabilisiert werden, dass je herrschende Gruppierung

gen Normen durchsetzen und damit die gegebene Hierarchie legitimieren (Bonacker 2005).

Gegenüber den sogenannten neuen sozialen Ungleichheiten (Beck 2008; Berger 1986; Hradil 1987; Berger/Hradil 1990; Berger/Vester 1998; Berger/Konietzka 2001; Rössel 2009) und gar gegenüber deren „Verzeitlichung“ (Berger z.B. 1996) erscheinen alle diese Erklärungsansätze allerdings als *statisch*: Sie beschränken sich auf stabile Großgruppen, sie registrieren nur *vertikale* Ungleichheiten, und sie konzentrieren sich völlig auf Positionierungen und Konflikte im Zusammenhang mit der Erwerbswirtschaft. Anders ausgedrückt: Klassen- und Schichttheorien sind als Modelle zwar nicht *falsch*, sie erscheinen aber (zunehmend) als unzureichend zur Beschreibung bzw. irreführend bei der Analyse der gegenwärtigen, postindustriellen Multioptions- und Risikogesellschaft (als Überblick Schimank/Volkmann 2002 und Schimank/Volkmann 2007; Bell 1985; Beck 1986; Beck 2007; Gross 1994). In dieser postindustriellen Multioptions- und Risikogesellschaft wird eine Vielzahl von Ungleichheiten, die sich mit und in den herkömmlichen Modellen vertikaler Schichtung eben nicht bzw. nicht *mehr* fassen lassen, alltäglich erfahrungs- und sozialwissenschaftlich beschreibungsrelevant (Beck 1997; Beck/Beck-Gernsheim 1994; Beck/Beck-Gernsheim 2002; Beck/Sopp 1997; Hitzler 2000; Hitzler 2012a; Hitzler/Pfadenhauer 2004; Berger/Hitzler 2011).

Unter vielem anderen geht es dabei auch um die Ungleichheit psychophysischer Zustände von Menschen (also um Behinderung im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen sowie um Gesundheit und Krankheit). Darum geht es auch uns in diesem Beitrag. Aber anders als das normalerweise in der soziologischen Befassung mit sozialer Ungleichheit schlechthin und auch speziell in der Befassung mit gesundheitlicher Ungleichheit gedacht wird – nämlich nachgerade ausschließlich von der Vorgängigkeit sozialmaterieller Lebensumstände gegenüber unterschiedlichen Wissensbeständen her (Oakes/Rossi 2003; Sperlich/Mielck 2003; Richter/Hurrelmann 2006) –, werden wir *nicht* versuchen, die von uns fokussierte Ungleichheit aus Schichtungsunterschieden (Lampert/Kroll 2006), aus Klassendifferenzen (Elo 2009), aus divergenten Lebenslagen (Case/Fertig/Paxson 2005) oder aus sonstigen materialen Daseinsbedingungen – wie Alter, Geschlecht usw. (Babitsch 2006, Schöllgen/Huxhold/Tesch-Rümer 2010) – heraus zu erklären, sondern als Konsequenzen bestimmter Denkweisen von für die Betroffenen lebensentscheidend relevanten Gruppen von Personen zu verstehen.

Was wir in diesem Sinne etwas vordergründig als Sein bestimmendes Bewusstsein¹ und vielleicht etwas maniert mit den in Klammern gesetzten „einen“ und „anderen“ angekündigt haben, lässt sich selbstverständlich auch – in Radikalisierung sozusagen einer bestimmten Art von Ursache für soziale Ungleichheit – als Machtdispositiv im Sinne des Konzepts der Biopolitik von Michel Foucault (1983) begreifen: „Biopolitik“ bezeichnet die Ausübung von Machtwissen und Wissensmacht auf das Leben von Menschen. Und dabei geht es eben sowohl um die Funktionalisierung und Optimierung menschlicher Körper als auch um die Verhinderung und um die Vernichtung von menschlichem Leben.

Durchaus nicht im Widerspruch zu dem auch in diesem Dispositiv geltenden Vorschlag von Max Weber (1972, S. 28), Macht als „Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen“, zu verstehen, d.h. als ein Verhältnis zwischen Akteuren, die Macht haben bzw. ausüben, und solchen, die deren Macht zu spüren bekommen, konstatiert Foucault (1983, S. 115): „Die Macht ... beruht nicht auf der allgemeinen Matrix einer globalen Zweiteilung, die Beherrscher und Beherrschte einander entgegengesetzt und von oben nach unten auf immer beschränktere Gruppen und bis in die letzten Tiefen des Gesellschaftskörpers ausstrahlt. Man muss eher davon ausgehen, dass die vielfältigen Kraftverhältnisse, die sich in den Produktionsapparaten, in den Familien, in den einzelnen Gruppen und Institutionen ausbilden und auswirken, als Basis für weitreichende und den gesamten Gesellschaftskörper durchlaufende Spaltungen dienen.“ Macht und Wissen stehen also nicht in einem kausalen, sondern in einem korrelativen Verhältnis zueinander: Sie erzeugen sich wechselseitig. Dergestalt erscheint Wissen als Korrelat von Macht bzw. Machtverhältnissen und Machtprozessen und somit als konstitutives Element sozialer Ungleichheiten. Wissen als Machtinstrument markiert soziale Ungleichheiten. Macht als Wissensproduktion schafft soziale Ungleichheiten.

Im weiteren werden wir ein sehr spezifisches Beispiel dafür betrachten, wie im Sinne eines biopolitischen Machtdispositivs das Bewusstsein der einen

1 Im Zusammenhang mit der Frage nach dem Zusammenhang von Sein und Bewusstsein werden beide Phänomene – trotz der ‚alten‘ dialektischen Genese der Problemstellung – in der Regel eher schlicht, nämlich im Sinne eines alltäglichen Verständnisses dessen diskutiert, was Leute eben „so sind“ hier und was sie „so im Kopf haben“ da. Auch wir beabsichtigen in diesem Beitrag nicht, epistemologische Reflexionen zu den beiden Begriffen anzustellen. Zum Versuch, phänomenologisch informierter zu bedenken, wie „Bewusstsein“ im Zustand Wachkoma gedacht und gefasst werden könnte, vgl. aber z.B. Hitzler 2012b; Hitzler 2012c und Hitzler 2012d.

das Sein der anderen bestimmt, bzw. genauer: wie unterschiedliche Wirklichkeitsbestimmungen von um Deutungs- und Definitionsmacht streitenden Professionellen ungleiche Lebenslagen für Menschen in existenziellen Extremsituationen an den Grenzen unserer Sozialwelt produzieren (Luckmann 1980; Lindemann 2002; Hitzler 2012b, 2012c). Konkret wollen wir zeigen, dass divergente Deutungsmuster von Personen, die (auf vielfältige Arten und Weisen) mit Menschen mit schwersten Hirnschädigungen befasst sind, zu ungleichen Lebensbedingungen für Menschen führen, die als nicht-intendierte Artefakte der avancierten Medizin und ihrer Technologie (Poock/Hacke 2006, S. 85) in jenem Zustand (über-)leben, der volkstümlich als „Wachkoma“ bezeichnet wird², denn „kaum ein anderes humanmedizinisches Krankheitsbild als das apallische Syndrom, weithin als Wachkoma bekannt, hat zu derart heftigen, jahrelangen Kontroversen innerhalb der medizinischen Gemeinschaft, aber auch unter Juristen und vor allem auf der gesellschaftlich-politischen Bühne geführt“ (Geremek 2009, S. XI).

Bei diesen Kontroversen geht es um Machbares und Wünschbares, um Diagnosen und Prognosen, um Sinnvolles und Überflüssiges, um Rechte und Pflichten, um Projektionen und gesicherte Erkenntnisse, um Fremd- und Selbstbestimmung, um Intensivmedizin und Behandlungsabbruch, um Liebe und Folter, um Menschenwürde und Dahinvegetieren (Beiträge in Dörr/Grimm/Neuer-Miebach 2000 sowie in Jox/Kühlmeier/Borasio 2011). Denn wenn man auch Menschen im sogenannten Wachkoma z.B. selbstbezügliches Schmerzempfinden (in dem etwa von David B. Morris 1996 vertretenen Sinne) attestiert (wie z.B. Klein 2000), steht man ethisch nachgerade unweigerlich vor der Frage, ob diese Menschen gefoltert werden, wenn man sie – mehr oder weniger total gelähmt, hochgradig spastisch kontrak-

2 Medizinisch gesehen resultiert der Zustand „Wachkoma“ aus einer schweren Schädigung der Großhirnrinde und/oder ihrer Verbindungen zu tiefer gelegenen Nervenzellgebieten z.B. des Thalamus und/oder der Basalganglien infolge von äußeren Gewalteinwirkungen auf den Schädel und/oder durch eine anderweitig verursachte massive Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff bei Ausparung des Hirnstamms. Ernst Kretschmer hat in den 1930er-40er Jahren den infrage stehenden Zustand als (relativ seltene) Folgewirkung ausgedehnter entzündlicher Prozesse beider Großhirnhemisphären oder traumatischer Schädigungen des Großhirns oder schwerer degenerativer Veränderungen der Großhirnhemisphären infolge z.B. vaskulärer Prozesse (d.h. von Erkrankungen der Arterien/Venen) diagnostiziert und als „apallisches Syndrom“ bezeichnet (Kretschmer 1940). In der internationalen Diskussion werden gegenwärtig in aller Regel die Begriffe *vegetative state* (VS) – mit und ohne die Qualifizierung als *persistent* oder *permanent* – sowie neuerdings das Etikett *unresponsive wakefulness syndrome* (UWS) (Nacimiento 2007; Laureys et al. 2010) bzw. „Syndrom teilnahmsloser Wachheit“ (Demertzi et al. 2011; kritisch dazu Müller 2012) verwendet.

tiert, trachealkanülisiert und mithin bauchsondenernährt und blaskatheterisiert – möglichst lange an einem aus nachvollziehbaren Gründen als „vegetativ“ bezeichneten Leben erhält.

Dem Attest der Schmerzempfindsamkeit sozusagen diametral gegenüber steht die Auffassung, Menschen mit schwersten Hirnschädigungen *fehle* jegliche Selbstbezüglichkeit, weshalb ihre implizite, aber faktische Tötung qua Verdursten und Verhungern moralisch unbedenklich sei. In der derzeit radikalsten Zuspitzung geht es in den Kontroversen um den angemessenen Umgang mit Menschen mit schwersten Hirnschädigungen also tatsächlich im strengsten Wortsinne um *Leben und Tod*: um die Frage, ob – und wenn ja: unter welchen Umständen – das Recht auf Leben in Konkurrenz steht zu dem Recht, zu sterben (Beine/Böttger-Kessler 2005; Beine/Böttger-Kessler 2007; Böttger-Kessler 2006; Mameghani 2009; Nagel 2002; Neitzke 2007; Oorschot/Simon 2008; Tolmein 2004; Jox 2011 sowie auch nochmals Beiträge in Jox/Kühlmeier/Borasio 2011).

Beide antagonistische Deutungsstränge zeitigen offenkundig praktische Konsequenzen, die für von diesen Deutungen betroffene Menschen existenziell bedrohlich sind. Der Unterschied besteht aber darin, dass im ersten Deutungsansatz über die (auch als gravierende, ja konzeptionsunterminierende eben keineswegs per se auszuschließenden) nicht-intendierten Folgen des eigenen (ärztlichen, therapeutischen, pflegerischen und/oder betreuenden) Tuns und Lassens anscheinend wenig nachgedacht, jedenfalls kaum je publiziert wird. Die nicht intendierte Konsequenz daraus ist, dass unter der Maßgabe, dass auch Menschen im Zustand Wachkoma ein selbstbezügliches Schmerzempfinden haben, diese *so* möglicherweise *mehr* Schmerzen erleiden müssen, als auch dann unvermeidlich wäre, wenn diese Problematik konsequenter und prominenter aufgearbeitet werden würde. Im zweiten Deutungsansatz hingegen wird aus dem Fehlen eines (nach schulmedizinisch anerkannten Kriterien gültigen) Beweises für „(Selbst-)Bewusstsein“ bei schwerst hirngeschädigten Menschen erkenntnistheoretisch völlig unzulässig auf den Beweis eines Fehlens, nämlich des Fehlens von „(Selbst-)Bewusstsein“ geschlossen (Grewe 2012).

Wenn diese Deutung nun mit der Attribuierung „infaust“ einhergeht, mit dem Mediziner eben prognostizieren, dass bis zum Tod des Patienten keine Zustandsverbesserung mehr zu erwarten und dieser mithin der ‚erhaltenden‘ Pflege und/oder der Palliativmedizin zu überantworten sei, resultiert daraus weder lediglich ein epistemologisches noch ‚nur‘ ein Problem suboptimaler medizinisch-therapeutisch-pflegerischer Langzeitversorgung dieser Menschen. Vielmehr kann die Annahme fehlender Selbstbezüglichkeit im faktischen medizinischen Vollzug (der in der jüngsten deutschen

Rechtsprechung akzeptiert und damit quasi-legalisiert wird³) die Konsequenz nach sich ziehen, dass der Mensch im chronifizierten Wachkoma unter bestimmten Umständen, nämlich dann, wenn mangels der als fehlend attestierten Befähigung zur aktuellen Willensbekundung und mangels Patientenverfügung der sogenannte „mutmaßliche Wille“ (der selbstredend ein gemutmaßter Wille ist) in Anschlag gebracht werden kann, getötet wird – derzeit vor allem durch Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug. Die somit letztlich auf der Basis eines erkenntnistheoretischen Fehlschlusses erfolgte Tötung eines Menschen ist, im Gegensatz zur möglicherweise suboptimalen Schmerzvermeidung, irreversibel. In diesem Zusammenhang gibt es aber auch noch weiterreichende Überlegungen – bis hin zur Idee von Organentnahmen bei Menschen mit schwersten Hirnschädigungen (Truog/Miller 2008; Verheijde/Rady/McGregor 2009), die wiederum damit korrespondiert, dass anscheinend durchaus nicht nur viele Laien, sondern auch manche Fachleute diese Menschen für mehr oder weniger „hirntot“ halten (Payne/Taylor/Stocking/Sacks 1996).⁴

Positionierungen

Diagnostisch relativ zweifelsfrei nachweisbar weisen Menschen, denen attestiert wird, im Zustand Wachkoma zu sein, also schwerste Schädigungen des Gehirns auf, die im Kontext *bestimmter* Deutungsmuster wiederum als Ursache gelten dafür, dass die Betroffenen allenfalls noch minimales oder eben *kein* Bewusstsein von der Welt und von sich und folglich – analytisch gesehen – auch keinen Körper (mehr) haben, sondern eben nur noch Leib sind.⁵ Im Kontext hierzu *konträrer* Deutungsmuster werden die – wie gesagt: diagnostisch relativ zweifelsfrei nachweisbaren – Hirnschädigungen hingegen keineswegs als Beweis maximal reduzierten oder erloschenen Bewusstseins angesehen, sondern allenfalls als Beleg dafür, dass Menschen im Zustand Wach-

3 Exemplarisch bzw. richtungsweisend ist hierfür der Freispruch des wegen Totschlags angeklagten Münchner Rechtsanwaltes Wolfgang Putz durch den Bundesgerichtshof im Jahr 2010. Auf diesem Grundsatzurteil basieren u.v.a. auch die Ratschläge in Putz/Gloor 2011 und Putz/Steldinger 2012.

4 Die gegenwärtig radikalste Deutung der Hirntoten als Reservearmee für künftige Transplantationsbedürfnisse findet sich wohl bei Agamben 2002.

5 Einen Körper *haben* bedeutet (analytisch), den Körper *willentlich* benutzen zu können (Landweer 2002) – oder zumindest eine Vorstellung davon zu haben, den Körper willentlich benutzen zu können. Ein Leib *sein* hingegen bedeutet, sich als Leib zu erleben oder auch nur noch als Leib zu leben. Akteur bin ich dementsprechend in dem Maße, wie ich nicht nur mein Leib bin, sondern auch meinen Körper habe (Plessner 1981).

koma nicht mehr *in den gewohnten Formen bzw. mit den gemeinhin üblichen Mitteln* kommunizieren (können). In diesem konträren Deutungskontext wird auch nachdrücklich die „Personalität“ *auch* von Menschen mit schweren Hirnschädigungen betont. „Personalität“ gilt hier als *nicht* an die Funktionsfähigkeit der Großhirnrinde gebunden (Bienstein/Hannich 2001, S. 12). D.h., dem dabei geltend gemachten Menschenbild zufolge sind *alle* Menschen im Wachkoma als zumindest rudimentär handlungs- und entscheidungsfähige Akteure mit individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen zu begreifen, denen – im Rahmen ihrer unterschiedlich stark ausgeprägten Behinderungen – mittels elementarer Lernvorgänge (Jetter 2006) durch operantes Konditionieren (Watson et al. 1992) oder durch Habitationsvorgänge (Schönle/Schwall 1994) ein möglichst „alltagsnahes“ Leben ermöglicht werden soll.

Diese divergenten Deutungsmuster von Menschen, die mit Menschen im Zustand Wachkoma befasst sind, werden produziert, stabilisiert und im Bedarfsfalle auch modifiziert in mehr oder weniger antagonistischen Diskurszusammenhängen, und sie werden konsensuell ‚verdichtet‘ in heterogenen und zum Teil antagonistischen Wissensmilieus, in denen einschlägig relevante Sichtweisen aufeinander abgestimmt, einsozialisiert und legitimiert werden (Hitzler 2013). Diskussionszusammenhänge und Wissensmilieus korrelieren mit Expertisen und Gegenexpertisen im Kampf um hegemonale Deutungs- und Definitionsmacht innerhalb und zwischen verschiedenen Berufsfeldern (vor allem der Medizin und der Ethik sowie der Therapie bzw. Pflege, aber auch solchen der Politik, der Rechtsprechung, der Kranken- und Pflegekassen und anderer Versorgungsträger).

Die augenfälligsten Deutungsmuster-Divergenzen, ja Deutungsmuster-Antagonismen lassen sich aber eben verorten zwischen den Polen dessen, was die einen Bio- versus Beziehungsmedizin und was die anderen wissenschaftliche versus alternative Medizin nennen: die Protagonisten der wissenschaftlichen bzw. Biomedizin beanspruchen, ihre Position stehe (jedenfalls) auf einer (hinlänglich) gesicherten logischen, erkenntnistheoretischen und empirischen Basis; die Protagonisten der alternativen bzw. Beziehungsmedizin beanspruchen, ihr Ansatz resultiere aus einem ‚ganzheitlichen‘ Verständnis des Menschen und begreife je individuelle psycho-physische Befindlichkeiten mithin nicht ‚defizittheoretisch‘, sondern als Ausdruck und Ausformung einer biographisch gewordenen, gegenwärtigen Lebenssituation (Zieger 2004 und 2006). In der dem eigenen Anspruch nach zunehmend evidenzbasierten wissenschaftlichen bzw. Biomedizin wird Krankheit prinzipiell als Abstraktum⁶ behandelt, in der sozusagen epiphanie-

basierten alternativen bzw. Beziehungsmedizin wird stets *der* Mensch behandelt, der an der Krankheit leidet.

Dabei prägen Expertisen und Gegenexpertisen augenscheinlich weit eher die in Frage stehenden professionellen Praktiken, als dass sie durch diese Praktiken ‚erklärbar‘ wären. So fällt z.B. auf, dass Protagonisten der alternativen bzw. Beziehungsmedizin (ebenfalls) gerne auf Abstrakta verweisen, sofern sie ihnen als geeignet erscheinen dafür, ihren Ansatz zu legitimieren, während Protagonisten der wissenschaftlichen bzw. Biomedizin häufig für eine klinische Haltung des Arztes plädieren, die eher patientenbezogene Heil-Kunst impliziert als fallunspecifische Distanznahme.

Komplikationen

Vor dem Hintergrund nun, dass (spätestens) seit der Aufklärung als ausschlaggebend für ein als ‚menschlich‘ qualifiziertes Leben das (Selbst-)Bewusstsein und dass gegenwärtig das (Selbst-)Bewusstsein wiederum als ausschließlich oder zumindest unabdingbar an ein neurales Korrelat, d.h. an das Gehirn gebunden gilt (dazu Chalmers 1996; Reichertz/Zaboura 2006), besteht im medizinischen Sach- ebenso wie im sogenannten gesunden Menschenverstand heutzutage weitestgehend Konsens darüber, dass *alles* am menschlichen Körper eliminiert oder substituiert werden kann, ohne dass der Mensch seine soziale und persönliche Identität verliert – alles, außer eben dem Gehirn.⁷

Folglich manifestiert sich das Bewusstsein (der einen), das das Sein (der anderen) bestimmt, groß teils in den Antworten auf für die einschlägigen Auseinandersetzungen symptomatischen Fragen wie

- Sind Menschen im Wachkoma bewusstlos oder lassen sich (rudimentäre) Bewusstseinsleistungen bei ihnen nachweisen?
- Sind Menschen im Wachkoma leidensfähig oder fehlen ihnen (hirnphysiologisch) die Voraussetzungen zur bewussten Schmerzwahrnehmung?

sentlich verändert haben – hin zu einer „Vernaturwissenschaftlichung“ und damit zu einer Verengung des medizinischen Blicks auf, von einer statistischen ‚Normalität‘ abweichende, Organzustände und Körperfunktionen.

- 7 Im alten Ägypten hingegen schien das Gehirn keineswegs als wesentlich für die Person angesehen zu werden: Bei Mumifizierungen wurden (möglichst) alle Organe, die dem Körper entnommen wurden, in Gefäßen bei der Mumie aufbewahrt – außer dem Gehirn, das in der Regel über die Nasenöffnung aus dem Schädel des Toten gezogen und weggeworfen wurde (Germer 2005).

6 Günter Feuerstein (2008, S. 161) weist darauf hin, dass sich mit den technischen Innovationen Selbstwahrnehmungen und Handlungsorientierungen von Ärzten we-

- Reagieren Menschen im Wachkoma auf Ansprache (durch vertraute Stimmen) oder projizieren vertraute Personen Reaktionen in das Verhalten des Menschen im Wachkoma hinein?
- Können Menschen im Wachkoma Gesprochenes (teilweise) noch semantisch verarbeiten oder fehlen ihnen die neuronalen Voraussetzungen für Sprachverständnis völlig?
- Ist (dialogisch verstandene) verbale Kommunikation mit Menschen im Wachkoma – prinzipiell – möglich oder verunmöglicht?
- Ist das Wachkoma ein Defekt-Zustand oder eine Prozess-Form (hochgradig hilfebedürftigen) menschlichen Lebens?

Die ganze damit nur angedeutete Problemstellung verschärft sich, und insbesondere die letztgenannte Frage wird hochgradig virulent durch beginnend in den 1960er Jahren gewonnene, grundlegend neue Erkenntnisse über die Neurogenesis, das heißt über die Neubildung von Nervenzellen aus neuronalen Stammzellen⁸ im Gehirn von Säugetieren und nachweislich auch im Gehirn des Menschen bis ins höhere Lebensalter (Eriksson et al. 1998; Zhao et al. 2008): Jahrhunderte lang galten Zellverluste im zentralen Nervensystem als nicht ersetzbar, denn die medizinischen Experten waren sich sicher, dass im ausgereiften Gehirn keine Regeneration über Zellteilung möglich sei. Alles, so die bis vor kurzem geltende Annahme, könne absterben, aber nichts könne sich regenerieren oder regeneriert werden (Cajal 1928). Heute hingegen wird die Neurogenesis aus neuronalen Stammzellen intensiv beforscht (Armstrong/Barker 2001; Brazel et al. 2004; Arias-Carrión/Yuan 2009; Maxwell 2011). Und es gilt als gesichert, dass im zentralen Nervensystem sehr wohl auch bei Erwachsenen Reparaturprozesse überlebender Nervenzellen stattfinden können, wenn diese entsprechend stimuliert werden (Ende-Henningsen/Henningsen 2010)⁹.

Diese Stimulation, bei der es bei Menschen im sogenannten Wachkoma vor allem anderen darum geht, das reine Leib-Sein wieder in ein Körper-Haben zu transformieren, lässt sich durch geeignete Medikationen zwar bereits unterstützen, geschieht bislang aber vor allem durch sogenannte ‚dia-

8 Neuronale Stammzellen sind, stark vereinfacht dargestellt, Zellen, die während der Entwicklung des Nervensystems in einem „unreifen“ Entwicklungsstadium verharren und sich im Laufe des Lebens bei Bedarf zu funktionstüchtigen Nervenzellen weiterentwickeln können. Wie diese Prozesse gesteuert werden, ist noch nicht genau bekannt.

9 Letztere Prozesse umfassen unter anderem die Aktivierung von in der Entwicklung des Gehirns bereits angelegten, aber zuvor „ruhenden“ Verbindungen zwischen Nervenzellen oder die Aussprossung neuer Zellausläufer und Bildung neuer Kontakte zwischen Nervenzellen.

logische‘ therapeutische und durch pflegerische Maßnahmen und durch intensive, nachhaltige und ‚zugewandte‘ Betreuung (Hitzler/Leuschner/Mücher 2013). Dementsprechend wird nun nahe liegender Weise über die prognostische Relevanz eines diagnostizierten apallischen Syndroms bzw. über die Frage von Persistenz oder gar Permanenz eines diagnostizierten „vegetative state“ gestritten. Insbesondere die Qualifikation „infaust“ für den erwarteten weiteren Verlauf impliziert für die dies diagnostizierenden Mediziner, wie erwähnt, dass bis zum Tod keine Zustandsverbesserung mehr zu erwarten und der Patient mithin der ‚erhaltenden‘ Pflege und/oder der Palliativmedizin zu überantworten ist. Für die Kritiker solcher Prognosen hingegen impliziert die Qualifikation „infaust“ lediglich, dass der je sie stellende Mediziner keine Idee für eine Kausalbehandlung (mehr) hat, denn der alternativen Deutung nach ist, unbeschadet statistischer Wahrscheinlichkeiten, so gut wie nichts unmöglich, wenn es um das anhaltend unklar beschriebene Phänomen Wachkoma geht.

Die Aussagefähigkeit und Vorhersagegenauigkeit der Ergebnisse klinischer, bildgebender und elektrophysiologischer Untersuchungen ist jedenfalls (noch?) durchaus beschränkt (Carter/Butt 2005). Dementsprechend besteht hinsichtlich der Beurteilung des Einzelfalles keine Sicherheit. Diese Unsicherheit erstreckt sich nicht nur auf die erste Phase nach dem Überleben der Schädigung, sondern auch auf die Deutung der klinischen und apparativen Befunde im weiteren Verlauf. Falsch-positive Zuschreibungen eines Wachkomas z.B. bei Menschen mit „Locked-in-Syndrom“¹⁰ oder im „minimally conscious state“ sind möglich und nach Ansicht einiger Autoren keineswegs so selten, wie bis anhin angenommen (bereits Childs/Mercer/Childs 1993; später auch Kalmar/Giacino 2005; Laureys/Boly 2007 sowie Monti et al. 2010).¹¹

10 Das Locked-in-Syndrom ist gekennzeichnet durch eine Lähmung aller Extremitäten und eine verbale Sprachunfähigkeit bei erhaltenem Bewusstsein und erhaltenem Sprachverständnis. Kommunikation ist z.B. mittels „verabreiteter Augenbewegungen“ (nach oben gucken = ja, nach unten gucken = nein usw.) möglich.

11 Exemplarisch für die kompetente Handhabung avancierter medizinischer Deutungstechnologien (von CTs und vor allem MRTs) im hier thematischen Kontext erscheinen uns hingegen Untersuchungen wie die der „Coma Science Group“ um Steven Laureys in Lüttich (Laureys 2006), die des Teams von Adrian Owen in Cambridge (Owen/Coleman 2008) oder auch die des von Andreas Bender geführten Therapie-zentrums Burgau und die von Boris Kotchoubey in Tübingen (Kotchoubey/Lang 2011). In unserem Beitrag geht es dementsprechend keineswegs darum, medizinisches Wissen schlechthin zu problematisieren oder gar die – unserer Wahrnehmung nach die einschlägige Diskussion hochgradig sensibilisierenden – aktuellen Erkenntnisse der neurobiologisch informierten (Damasio 1989; Mumford 1991) high-tech-medizinischen Hirnforschung in Frage zu stellen.

Diese Einschätzung verweist auf ein Grundproblem, das sich durch die gesamte Wachkoma-Diskussion zieht und darin kulminiert, dass die einzige Gewissheit über Menschen, die sich im Zustand Wachkoma befinden, der hohe Grad an Ungewissheit ist, der mit diesem Symptomkomplex einhergeht. Die Ursache für diese Ungewissheit besteht darin, dass die Diagnose eines Wachkomas auf dem Nachweis von etwas Nichtnachweisbarem beruht: auf dem Fehlen von Bewusstsein. Dafür gibt es bislang eben kein definiertes Testverfahren (Wade 2001). Folglich ist die Diagnose des vegetativen Zustandes durch keine Methode beweisbar (MSTF 1994a; MSTF 1994b). Denn obwohl das Fehlen von wie auch immer gearteten bewussten bzw. genauer: als solchen ‚erkennbaren‘ Reaktionen messbar ist, lässt dieses messbare Fehlen keinerlei valide Rückschlüsse auf das Fehlen des Bewusstseins insgesamt zu: das alleinige Fehlen eines Beweises kann nicht als Beweis des Fehlens geltend gemacht werden (Shewmon 2004). In dieser aus Ungewissheit resultierenden Unsicherheit über das Gegenüber handeln *alle* mit der Früh- ebenso wie mit der Langzeitversorgung schwersthirngeschädigter Menschen Betrauten.

Unbeschadet dessen begreifen Protagonisten der wissenschaftlichen bzw. Biomedizin das Fehlen von mit ihren Messtechniken nachweisbarem Bewusstsein (erkenntnistheoretisch gesehen: unzulässiger Weise) als Nachweis fehlenden Bewusstseins und gehen deshalb auch von einem Verlust der Gefühls- und Leidensbefähigung des apallischen Menschen aus (Rumpl 1997). Protagonisten der alternativen bzw. Beziehungsmedizin hingegen koppeln die Personalität des Menschen nicht an die Funktionsfähigkeit der Großhirnrinde und begreifen folglich die Unmöglichkeit, *nachzuweisen*, dass ein Mensch im Wachkoma (so gut wie) *kein* Bewusstsein hat, als fraglose Berechtigung dafür, diesem zu attestieren, er *habe* Bewusstsein – das sich insbesondere auf der Ebene der „Körpersemantik“ (Zieger 2002, S. 267) in multiplen (An-)Zeichen von Eigensinnlichkeit, Eigenwilligkeit, Eigenwertigkeit usw. manifestiere (Fröhlich 1994).

Auch der schwerst hirngeschädigte Mensch wird in der alternativen bzw. Beziehungsmedizin also nicht als defizitär, sondern – unter Berücksichtigung seiner Eigenart(en) – als kompetentes „Körper-Ich“ (Rödler/Berger/Jantzen 2001) begriffen. Diese attestierte Kompetenz ist die entscheidende Bezugsgröße für die als „Dialogaufbau“ (Hannich 1993) und „gemeinsames Handeln“ deklarierte zwischenmenschliche Zuwendung zu ihm. Diese Deklaration impliziert die moralische Erwartung, sich – auch – den Menschen im Wachkoma gegenüber so zu verhalten, als wären diese keineswegs nur Adressaten von Handlungen, sondern mitgestaltungsfähige „Interaktions- und Kommunikationspartner“, die verbal angesprochen und

denen die zugrunde liegenden Absichten der an ihnen vollzogenen Handlungen erläutert werden sollen. Augenscheinlich wirkt sich diese normative Setzung nachhaltig aus auf den alltäglichen Umgang mit Menschen, die *neurophysiologisch* gesehen unzweifelhaft stark wahrnehmungs- und bewegungsbeeinträchtigt und nicht – oder allenfalls rudimentär – dazu in der Lage sind, mit anderen Menschen intersubjektiv erkennbar zu kommunizieren (Nacimiento 2007).

Wie bereits angesprochen, erschöpfen sich die professionellen Sichtweisen auf das Phänomen Wachkoma aber nicht in den hier vor allem thematisierten antagonistischen Deutungsmustern von wissenschaftlicher bzw. Biomedizin hier und alternativer bzw. Beziehungsmedizin da. Vielmehr vertreten Pflegekräfte und Angehörige therapeutischer Disziplinen (wie Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Musiktherapie usw.) durchaus eigene professionelle Positionen, haben ein eigenes Wissen über ihre jeweils spezifischen Verfahren der „Aktivierung“ und verfügen über eigene Instrumente und vor allem über spezifische, erfahrungsgesättigte und oft habitualisierte Kompetenzen (Kraeftner/Kroell 2009; Kraeftner/Kroell/Warner 2010; auch nochmals Hitzler/Leuschner/Mücher 2013) zur Erfassung der Befindlichkeiten, der Reaktionen bzw. zum Nachweis von (Teil-) „Leistungen“ von Menschen mit schwersten Hirnschädigungen (Dorfmueller 1992; Hertl 1993; Nydahl 1999). Und nicht zum wenigsten auch deren Angehörige vertreten ihre Deutungen ggf. auch gegen die diversen Sichtweisen der Professionellen und positionieren sich in Selbsthilfegruppen und Lobbyvereinigungen gegenüber Leistungsträgern, gegenüber der Rechtsprechung und gegenüber der Gesetzgebung.

Die Wirkungen und Auswirkungen all dieser Bewusstseinshaltungen (der einen) auf die Bedingungen, unter denen bzw. in denen Menschen im Wachkoma leben (also auf das Sein der anderen) zu erkunden, zu registrieren, zu rekonstruieren und zu analysieren ist die wesentliche Aufgabe in einem von uns gemeinsam verantworteten, laufenden DFG-Projekt (Hitzler/Grewe 2010), in dem wir, anders als in der (Schul-)Medizin, den Zustand Wachkoma eben nicht als einen Symptomkomplex unterschiedlicher Ätiologie hypostasieren, sondern – wissenssoziologisch – als handlungs(an)leitendes *Deutungsmuster* verstehen (Jacob 1995; Lüders/Meuser 1997; Plaf/Schetsche 2001).¹² Denn ganz gleich, ob nun das Deutungsmuster Wach-

12 Hierbei geht es zunächst einmal wesentlich um die schulmedizinische Fabrikation von Erkenntnis (im Sinne von Knorr Cetina 2002). D.h., es geht um Ad-hoc-Erstellungen von Verdachtsdiagnosen und deren quasi-fatale Langzeit-Folgen; es geht möglicherweise auch um die Fabrikation von Erkenntnisverzicht; es geht um Relationen von Diagnose, Therapie und Pflege zur organisationalen Ausstattung mit Apparaten, Geräten und Instrumenten; es geht um Relationen von Diagnostik, The-

koma einerseits in Folge intensivmedizinischer (Notfall-)Maßnahmen als Zustandsumschreibung ‚entsteht‘, oder ob es andererseits als Beschreibung von Menschen, die sich (längerfristig) in diesem Zustand befinden, von unterschiedlich involvierten Akteuren geltend gemacht wird¹³: immer haben die Auslegungen des Krankheitsbildes die elementare Funktion, Orientierung im Hinblick auf die „konstellierte Gestalt“ (Lindemann 2002: 231), bzw. auf den Patientenkörper (Bischoff/Zenz 1989; Burri 2006; Schneider 2005) des Menschen im Zustand Wachkoma sinnhaft zu ermöglichen und dadurch entsprechende Handlungsoptionen zu erschließen.

Und die mit verschiedenen Handlungsoptionen korrelierenden ungleichen Lebensbedingungen implizieren, im Sinne des oben skizzierten biopolitischen Machtdispositivs folgerichtig weitergedacht, eben auch Szenarios des Sterben-Machens von Menschen, die (bislang) als nicht-intendierte Artefakte der avancierten Medizin und ihrer Technologie (über-)lebt haben, denn je nach moralischer Grundhaltung wird dieses Überleben – keineswegs nur, aber eben auch von Medizinern – eher als „Segen“ (weil der Mensch, um den es geht, jedenfalls nicht tot ist) oder als „Fluch“ (weil er nicht hatte „gehen“ dürfen) begriffen. Dementsprechend stellt sich, nachgerade unabweisbar, die Frage, ob ein Mensch, der „am Rande zum Tode“ (Zieger 1998, S. 169) *lebt* – und nicht etwa stirbt –, legaler Weise getötet werden soll oder auch nur getötet werden *können* soll, wenn sich zu seinem je aktuellen Willen nicht *mehr* eruieren lässt, als ein von anderen gemutmaßter Wille. Allerdings ist auch die Gegenfrage unabweisbar, ob einem leidensfähigen Wesen damit, dass es womöglich in Schmerzen und Angst zu leben gezwungen wird, (unzumutbar) Gewalt angetan wird.

Zugespitzt formuliert geht es bei den seit einiger Zeit zunehmend geführten einschlägigen Kontroversen also um die Positionierung des Ideals von Fürsorge für Menschen mit schwersten Hirnschädigungen auf der einen Seite gegenüber der Positionierung der Idee, Menschen im Zustand Wachkoma qua Euthanasie zu „erlösen“¹⁴, statt sie qua Lebenserhaltung zu „foltern“, auf der anderen Seite.

rapie und Pflege zur institutionellen Funktion der Einrichtung (z.B. Funktion der Primärversorgung, Spezialklinik Neurologie/Neurochirurgie, Reha); es geht um die Deutung apparativ erzeugter Daten über den Zustand (technologische Repräsentationen) und die ‚klinische Performance‘ des Patienten (augenscheinliche Appräsentationen) im Hinblick auf Prognosen zum weiteren Verlauf „des Falles“.

13 In Frage steht dabei, welche ‚Theorien‘ von den jeweiligen Akteuren wie, wann, woraufhin und warum entwickelt werden (Brünner/Gülich 2002).

14 Allem zufolge, was wir wissen können, ist es Menschen mit schwersten Hirnschädigungen verunmöglicht, freiwillig (qua intendierter Selbsttötung) zu sterben. Damit bleibt gerade für Menschen im Zustand Wachkoma die Alternative virulent des sozusagen

Literatur

- Agamben, G. (2002): *Homo Sacer*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Arias-Carrión, O./Yuan, T.F. (2009): Autologous neural stem cell transplantation: A new treatment option for Parkinson's disease? In: *Medical Hypothesis* 73, S. 757–759.
- Armstrong, R.J.E./Barker, R.A. (2001): Neurodegeneration: a failure of neuroregeneration? In: *Lancet* 358, S. 1174–1176.
- Babitsch, B. (2006): Die Kategorie Geschlecht. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS, S. 283–299.
- Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, U. (Hrsg.) (1997): *Kinder der Freiheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, U. (2007): *Weltrisikogesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, U. (2008): *Die Neuvermessung der Ungleichheit unter den Menschen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, U./Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.) (1994): *Risikante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, U./Beck-Gernsheim, E. (2002): *Individualization. Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. London: Sage.
- Beck, U./Sopp, P. (Hrsg.) (1997): *Individualisierung und Integration: Neue Konfliktlinien und neuer Integrationsmodus?* Opladen: Leske + Budrich.
- Beine, K. H./Böttger-Kessler, G. (2005): Brisantes Forschungsprojekt. Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma? In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (30): A2082.
- Beine, K. H./Böttger-Kessler, G. (2007): Aktive Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma? Ergebnisse einer Einstellungsuntersuchung bei Ärzten und Pflegenden. In: *Der Nervenarzt* 7, S. 802–808.
- Bell, D. (1985): *Die Nachindustrielle Gesellschaft*. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Berger, P. A. (1986): *Entstrukturierte Klassengesellschaft? Klassenbildung und Strukturen sozialer Ungleichheit im historischen Wandel*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Berger, P. A. (1996): *Individualisierung: Statusunsicherheit und Erfahrungsvielfalt*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Berger, P. A./Hitzler, R. (Hrsg.) (2010): *Individualisierungen*. Wiesbaden: VS.
- Berger, P. A./Hradil, S. (Hrsg.) (1990): *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile* (Sonderband 7 von „Soziale Welt“). Göttingen: Schwartz.
- Berger, P. A./Konietzka, D. (Hrsg.) (2001): *Die Erwerbsgesellschaft. Neue Ungleichheit und Unsicherheiten*. Opladen: Leske + Budrich.
- Berger, P. A./Schmidt, V. H. (Hrsg.) (2004): *Welche Gleichheit, welche Ungleichheit? Grundlagen der Ungleichheitsforschung*. Wiesbaden: VS.
- Berger, P. A./Vester, M. (Hrsg.) (1998): *Alte Ungleichheiten – Neue Spaltungen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bienstein, Ch./Hannich, H.-J. (2001): *Abschlussbericht. Forschungsprojekt zur Entwicklung und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wach-*

vom Leben bzw. vom eigenen Organismus auferlegten Sterbens hier und des von anderen auferlegten (und aktiv bewirkten) Sterbens (qua intendierter Fremdtötung) da.

- koma- und Langzeitpatienten im stationären und ambulanten Bereich. Dorsten-Wulfen: Eigenverlag.
- Bischoff, C./Zenz, H. (Hrsg.) (1989): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Huber.
- Böttger-Kessler, G. (2006): *Aktive Sterbehilfe bei Wachkomapatienten. Die Einstellung von Ärzten und Pflegepersonen zur Aktiven Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Bonacker, T. (Hrsg.) (2005): *Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien*, Wiesbaden: VS.
- Brazel, C. Y./Rao, M. S. (2004): *Aging and neuronal replacement*. In: *Ageing Research Reviews* 3, S. 465–483.
- Brünner, G./Gülich, E. (Hrsg.) (2002): *Krankheit verstehen*. Bielefeld: Aisthesis.
- Burri, R.V. (2006): *Die Fabrikation instrumenteller Körper*. In: Rammert, W./Schubert, C. (Hrsg.): *Technografie*. Frankfurt am Main: Campus, S. 424–441.
- Burzan, N. (2011): *Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien*. Wiesbaden: VS.
- Cajal, R. (1928): *Degeneration and Regeneration of the Nervous System*. London: Oxford University Press.
- Carter B. G./Butt, W. (2005): *Are somatosensory evoked potentials the best predictor of outcome after severe brain injury?* In: *Intensive Care Medicine* 31, S. 765–775.
- Case, A./Fertig, A./Paxson, C. (2005): *The Lasting Impact of Childhood Health and Circumstance*. In: *Journal of Health Economics* 24, S. 365–389.
- Chalmers, D. J. (1996): *The Conscious Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Childs, N.L./Mercer, W.L./Childs, H.W. (1993): *Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state*. In: *Neurology* 43, S. 1465–1467.
- Dahrendorf, R. (1957): *Soziale Klassen und Klassenkonflikt in der industriellen Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Dahrendorf, R. (1974): *Pfade aus Utopia*. München: Piper [darin „Die gegenwärtige Lage der Theorie der sozialen Schichtung“ und „Über den Ursprung der Ungleichheit unter den Menschen“].
- Dahrendorf, R. (1992): *Der moderne soziale Konflikt*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Damasio, A. R. (1989): *The brain binds entities and events by multiregional activation of convergencezones*. In: *Neuronal Computation* 1, S. 123–132.
- Davis, K./Moore, W. E. (1945): *Some Principles of Stratification*. In: *American Sociological Review* 10 (2), S. 242–249.
- Demertzi, A./Schabus, M./Weilhart, K./Roehm, D./Bruno, M.-A./Laureys, S. (2011): *Wachkoma: medizinische Grundlagen und neurowissenschaftliche Revolution*. In: Jox, R. J./Kühlmeier, K./Borasio, G.D. (Hrsg.) (2011): *Leben im Koma*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 21–32.
- Dörr, G./Grimm, R./Neuer-Miebach, T. (2000) (Hrsg.): *Aneignung und Enteignung*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Dorfmueller, M. (1992): *Die Problematik des Langzeitpatienten auf Intensivstationen*. In: *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, S. 466–470.
- Elo, I. T. (2009): *Social Class Differentials in Health and Mortality*. In: *Annual Review of Sociology* 35, S. 553–572.
- Ende-Henningsen, B./Henningsen, H. (2010): *Neurobiologische Grundlagen der Plastizität des Nervensystems*. In: Frommelt, P./Lösslein, H. (Hrsg.) (2010): *NeuroRehabilitation*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 68–79.
- Eriksson, P.S./Perfilevia, E./Bjork-Eriksson, T./Alborn, A.M./Nordborg, C./Peterson, D.A./Gage, F.H. (1998): *Neurogenesis in the adult human hippocampus*. In: *Nature Medicine* 4, S. 1313–1317.
- Feuerstein, G. (2008): *Die Technisierung der Medizin. Anmerkungen zum Preis des Fortschritts*. In: Saake, I./Vogd, W. (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS, S. 161–188.
- Foucault, M. (1983): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fröhlich, A. (1994): *Pädagogische Überlegungen zum Thema Bewusstsein und Bewusstlosigkeit*. In: Bienstein, Ch./Fröhlich, A. (Hrsg.) (1994): *Bewusstlos*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Geremek, A. (2009): *Wachkoma*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Germer, R. (2005): *Mumien*. Düsseldorf: Patmos.
- Grewe, H. A. (2012): *Wachkoma: Deutungsmuster eines irritierenden Phänomens*. In: Schröer, N./Hinnenkamp, V./Kreher, S./Poferl, A. (Hrsg.) (2012): *Lebenswelt und Ethnographie*. Essen: Oldib, S. 375–385.
- Gross, P. (1994): *Die Multioptionsgesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Groß, M. (2008): *Klassen, Schichten, Mobilität*. Wiesbaden: VS.
- Hertl, M. (1993): *Ausdrucksphänomene als Äquivalent seelischer Inhalte und Vorgänge*. In: Hertl, M.: *Der Gesichtsausdruck des Kranken*. Stuttgart/New York: Thieme, S. 181–219.
- Hitzler, R. (2000): *„Vollkasko-Individualisierung“*. In: Prisching, M. (Hrsg.) (2000): *Ethik im Sozialstaat*. Wien: Passagen, S. 155–172.
- Hitzler, R. (2012a): *Inequality: From Natural „Facts“ to Injustice*. In: Heinlein, M./Kropp, C./Neumer, J./Poferl, A./Römhild, R. (eds.): *Futures of Modernity*. Bielefeld: transcript, S. 201–213.
- Hitzler, R. (2012b): *Hirnstammwesen?* In: Gugutzer, R./Böttcher, M. (Hrsg.) (2012): *Körper, Sport und Religion*. Wiesbaden: VS, S. 125–139.
- Hitzler, R. (2012c): *Die rituelle Konstruktion der Person*. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 13(3), Art 12, 44 Absätze. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1203126> (Abruf 29.8.2012).
- Hitzler, R. (2012d): *Am Ende der Welt?* In: Schröer, N./Hinnenkamp, V./Kreher, S./Poferl, A. (Hrsg.): *Lebenswelt und Ethnographie*. Essen: Oldib, S. 355–366.
- Hitzler, R. (2013): *In der Konsensmaschine*. In: Isenböck, P./Renn, J. (Hrsg.) (2013): *Die Form des Milieus. Sonderband der Zeitschrift für theoretische Soziologie (im Erscheinen)*.
- Hitzler, R./Grewe H.A. (2010): *Deutungsmuster „Wachkoma“*. Eine projektfokussierte Trajektanalyse. Dortmund/Fulda: Förderantrag an die DFG.
- Hitzler, R./Leuschner, C. I./Mücher, F. (2013): *Lebensbegleitung im Haus Königsborn. Konzepte und Praktiken in einer Langzeitpflegeeinrichtung für Menschen mit schweren Hirnschädigungen*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Hitzler, R./Pfadenhauer, M. (2004): *Individualisierungsfolgen*. In: Poferl, A./Sznajder, N. (Hrsg.) (2004): *Ulrich Becks kosmopolitisches Projekt*. Baden-Baden: Nomos, S. 115–128.

- Hradil, S. (1987): Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Opladen: Leske+Budrich.
- Hradil, S. (2001): Soziale Ungleichheit in Deutschland. Wiesbaden: VS.
- Jacob, R. (1995): Krankheitsbilder und Deutungsmuster. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Jetter, U. B. (2006): Elementare Lernprozesse bei Patienten mit schwerer diffuser Gehirnschädigung. http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2006/2556/pdf/Gesamt_EDV_Version_neu.pdf (Abruf 29.8.2012).
- Jox, R. J. (2011): Sterben lassen. Hamburg: edition Körber-Stiftung.
- Jox, R. J./Kühlmeier, K./Borasio, G. D. (Hrsg.) (2011): Leben im Koma. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kalmar, K./Joseph T. G. (2005): The JFK Coma Recovery Scale – Revised. In: *Neuropsychological Rehabilitation* 15 (3/4), S. 454–460.
- Klein, M. (2000): Schmerzempfindung und erhaltenes Bewusstsein im apallischen Syndrom? – Medizinische, juristische und ethische Aspekte. In: *intensiv* 8, S. 63–68.
- Knorr Cetina, K. (2002): Die Fabrikation von Erkenntnis. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kotchoubey, B./Lang, S. (2011): Aus den Tiefen des Bewusstseins. In: *Gehirn und Geist (G&G)* 9, S. 28–32.
- Kretschmer, E. (1940): Das apallische Syndrom. In: *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie* 169, S. 579–579.
- Kraeftner, B./Kroell, J. (2009): Washing and assessing: Multiple diagnosis and hidden talents. In: Latimer, J./Schillmeier, M. (Hrsg.) (2009): *Un/knowning bodies*. Oxford: Wiley, S. 159–180.
- Kraeftner, B./Kroell, J./Warner, I. (2010): The syndrome we care for. In: Mol, A./Moser, I./Pols, J. (Eds.) (2010): *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeld: transcript, S. 301–322.
- Kreckel, R. (Hrsg.) (1983): Soziale Ungleichheiten (Sonderband 2 von „Soziale Welt“). Göttingen: Schwartz.
- Lampert, T./Kroll, L.E. (2006): Einkommensdifferenzen in der Gesundheit und Lebenserwartung – Quer- und Längsschnittbefunde des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). In: *Gesundheitswesen* 68, S. 219–230.
- Landweer, H. (2002): Konstruktion und begrenzte Verfügbarkeit des Körpers. In: Barkhaus, A./Fleig, A. (Hrsg.) (2002): *Grenzverläufe*. München: Fink, S. 107–123.
- Laureys, S. (2006): Hirntod und Wachkoma. In: *Spektrum der Wissenschaft*, Februar, S. 62–72.
- Laureys, S./Celesia, G. G./Cohadon, F./Lavrijsen, J./Leon-Carrión, J./Sannita, W. G./Sazbon, L./Schmutzhard, E./von Wild, K. R./Zeman, A./Dolce, G. and the European Task Force on Disorders of Consciousness (2010): Unresponsive wakefulness syndrome: A new name for the vegetative state or apallic syndrome? In: *BMC Medicine*, 8, 68. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/68/> (Abruf 8.7.2012).
- Laureys, S./Boly, M. (2007): What is it like to be vegetative or minimally conscious? In: *Current Opinion in Neurology*, 20, S. 609–613.
- Lindemann, G. (2002): Die Grenzen des Sozialen. München: Fink.
- Luckmann, T. (1980): Über die Grenzen der Sozialwelt. In: Luckmann, T. (1980): *Lebenswelt und Gesellschaft*. Paderborn: Schöningh, S. 56–92.
- Lüders, Ch./Meuser, M. (1997): Deutungsmusteranalyse. In: Hitzler, R./Honer, A. (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik*. Opladen: Leske + Budrich, S. 57–79.
- Mameghani, J. R. (2009): Der mutmaßliche Wille als Kriterium für den ärztlichen Behandlungsabbruch bei entscheidungsunfähigen Patienten und sein Verhältnis zum Betreuungsrecht. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Maxwell, W.L. (2011): Traumatic brain injury in the neonate, child and adolescent human. In: *International Journal of Developmental Neuroscience*, doi:10.1016/j.ijdevneu.2011.12.08.
- Mayntz, R. (1961): Kritische Bemerkungen zur funktionalistischen Schichtungstheorie. In: Glass, D./König, R. (Hrsg.) (1961): *Soziale Schichtung und soziale Mobilität (Sonderheft 5 von „Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie“)*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Monti, M. M./Vanhaudenhuyse, A./Coleman, M. R./Boly, M./Pickard, J. D./Tshibanda, L./Owen, A. M./Laureys, S. (2010): Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness. In: *The New England Journal of Medicine* 362, S. 579–589.
- Morris, D. B. (1996): *Geschichte des Schmerzes*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Müller, D. (2012): Wachkoma: Ein Einspruch. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 109(11), A-537.
- Multi-Society Task Force on PVS (MSTF) (1994a): Medical aspects of the persistent vegetative state (first of two parts). In: *The New England Journal of Medicine* 330, S. 1499–1508.
- Multi-Society Task Force on PVS (MSTF) (1994b): Medical aspects of the persistent vegetative state (second of two parts). In: *The New England Journal of Medicine* 330, S. 1572–1579.
- Mumford, D. (1991): On the computational architecture of the neocortex. In: *Biological Cybernetics* 65, S. 135–145.
- Nacimiento, W. (2007): Apallisches Syndrom, Wachkoma, persistent vegetativ state. In: Höflich, W. (Hrsg.) (2007): *Das sog. Wachkoma*. Berlin: Lit Verlag, S. 29–48.
- Nagel, M. (2002): Passive Euthanasie. Probleme beim Behandlungsabbruch bei Patienten mit apallischem Syndrom. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Neitzke, G. (2007): Menschen im Wachkoma. Unter welchen Bedingungen können lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden? In: Ueberschär, E./Ralph C. (Hrsg.) (2007): *Lebensverlängernde Maßnahmen beenden? Gesetzeslage, Rechtsprechung, medizinische Praxis*. Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, S. 177–182.
- Nydahl, P. (1999): Basale Stimulation in der Intensivpflege. In: *Pflegezeitschrift* 4, S. 257–261.
- Oakes, J.M./Rossi, P.H. (2003): The Measurement of SES in Health Research. In: *Social Science & Medicine* 56, S. 769–784.
- Oorschot, B. van/Simon, A. (2008): Aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe? Über subjektive Definitionen und Klassifikationen von Ärzten und Richtern in Entscheidungssituationen am Lebensende. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik* 2/3, S. 126–12.
- Owen, A. M./Coleman, M. R. (2008): Functional neuroimaging of the vegetative state. In: *Nature Reviews Neuroscience*, 9 (March), S. 235–243.
- Payne, K./Taylor, R.M./Stocking, C./Sacks, G.A. (1996): Physicians' attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state. In: *Annals of Internal Medicine* 125, S. 104–100.

- Platz, Ch./Schetsche, M. (2001): Grundzüge einer wissenssoziologischen Theorie sozialer Deutungsmuster. In: Sozialer Sinn 3, S. 511–536.
- Plessner, H. (1981): Die Stufen des Organischen und der Mensch. Gesammelte Werke IV. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Poeck, K./Werner H. (2006): Neurologie. 12. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Putz, W./Gloor, E. (2011): Sterben dürfen. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Putz, W./Steldinger, B. (2012): Patientenrechte am Ende des Lebens. München: dtv.
- Reichert, J./Zaboura, N. (Hrsg.) (2006): Akteur Gehirn. Wiesbaden: VS.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS.
- Rödler, P./Berger, E./Jantzen, W. (Hrsg.) (2001): Es gibt keinen Rest! Neuwied/Berlin: Luchterhand.
- Rössel, J. (2009): Sozialstrukturanalyse. Wiesbaden: VS.
- Rumpl, E. (1997): Trauma. In: Jörg, J. (Hrsg.) (1997): Neurologische Therapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 225–241.
- Schimank, U./Volkman, U. (Hrsg.) (2002): Soziologische Gegenwartsdiagnosen II. Wiesbaden: VS.
- Schimank, U./Volkman, U. (Hrsg.) (2007): Soziologische Gegenwartsdiagnosen I. Wiesbaden: VS.
- Schneider, W. (2005): Der Prothesen-Körper als gesellschaftliches Grenzproblem. In: Schroer, M. (Hrsg.): Soziologie des Körpers. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 7–47.
- Schöllgen, I./Huxhold, O./Tesch-Römer, C. (2010): Socioeconomic Status and Health in the Second Half of Life. In: European Journal of Ageing 7, S. 17–28.
- Schönle, P.W./Schwall, D. (1994): Habituation des Blinkreflex als Zeichen früher Lernvorgänge bei apallischen Patienten. In: Wild, K. von (Hrsg.) (1994): Spektrum der Neurorehabilitation. München et al.: Zuckschwerdt.
- Shewmon, D.A. (2004): The ABC of the PVS. Problems of definition. In: Shewmon, D.A./Machdo, C. (ed.) (2004): Brain death and disorders of consciousness. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Soiga, H./Powell, J./Berger, P. A. (Hrsg.) (2009): Soziale Ungleichheit. Klassische Texte der Sozialstrukturanalyse. Frankfurt am Main: Campus.
- Sperlich, S./Mielck, A. (2003): Sozialepidemiologische Erklärungsansätze im Spannungsfeld zwischen Schicht- und Lebensstilkonzeptionen. In: Journal of Public Health, Vol. 11, No 2, S. 165–179.
- Stein, D.G./Brailowsky, S./Will, B. (2000): Brain-Repair. Das Selbstheilungspotential des Gehirns. Stuttgart: Thieme.
- Tolmein, O. (2004): Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state in rechtsvergleichender Sicht. Der Kemptener Fall und die Verfahren Cruzan und Bland. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Truog, R. D./Miller, F. G. (2008): The Dead Donor Rule and Organ Transplantation. In: The New England Journal of Medicine 359, S. 674–675.
- Verheijde, J. L./Rady, M. Y./McGregor, J. L. (2009): Brain death, states of impaired consciousness, and physician-assisted death for end-of-life organ donation and transplantation. In: Medicine, Health Care and Philosophy 12, S. 409–421.
- Wade, D. T. (2001): Ethical issues in diagnosis and management of patients in the permanent vegetative state. In: British Medical Journal 322, S. 352–354.
- Watson, M.J. et al. (1992): Learning during coma: a preliminary study. In: Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 14, S. 385–391.
- Weber, M. (1972): Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen: Mohr/Siebeck.
- Zhao, C./Deng, W./Gage, F.H. (2008): Mechanisms and functional implications of adult neurogenesis. In: Cell 132, S. 645–660.
- Zieger, A. (1998): Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten. In: Die Rehabilitation, 37, S. 167–176.
- Zieger, A. (2002): Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen Bio- und Beziehungsmedizin. In: intensiv 10, S. 261–274.
- Zieger, A. (2004): Informationen und Hinweise für Angehörige von Schädel-Hirn-Verletzten und Menschen im Koma und Wachkoma (sog. Apallisches Syndrom). Oldenburg: Eigenverlag, 9. Auflage.
- Zieger, A. (2006): Koma, Wachkoma. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Sterben Tod und Trauer. Freiburg: Herder, S. 126–129.