

---

## Praktische Deutungen

# Eine komplexe Ethnographie zum Umgang mit Menschen im Wachkoma

Ronald Hitzler

Im Folgenden skizziere ich Problemstellungen und Erträge relativ komplex ineinandergreifender ethnographischer und ethnographiebasierter Studien zum Umgang mit Menschen im Wachkoma, die wir seit insgesamt fünf Jahren und die wir intensiv seit Juli 2012 (und bis Juni 2015) in einem von der DFG unter dem Titel „Deutungsmuster ‚Wachkoma‘“ geförderten Forschungsprojekt durchführen (vgl. dazu Grewe 2012). In diesem Projekt geht es uns darum, je die lokale Diagnose- und Therapiepraxis leitende Deutungen bzw. Definitionen des Phänomens in Akutkliniken, Reha-Kliniken, Pflegeheimen und häuslichen Pflegesettings zu registrieren und zu rekonstruieren, in denen Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen behandelt, gepflegt und betreut werden.<sup>1</sup>

Unsere zentrale Forschungsfrage bezieht sich darauf, a) was welche Arten von Akteuren woher wissen, wenn von „Wachkoma“ (Geremek 2009) – oder von etwelchen Synonymen dieses Begriffs wie „Apallisches Syndrom“ (Gerstenbrand 1967), „Vegetative State“ (Jennett und Plum 1972) und „Unresponsive Wakefulness Syndrome“ (Laurey et al. 2010) – die Rede ist, b) welche Arten von Implikationen und Konnotationen etwelche Akteure jeweils mit diesem Thema in Bezug worauf verbinden und c) welche beiläufigen und absichtlichen, direkten und indirekten praktischen Konsequenzen aus dem ganzen Komplex dieses Wissens welche Arten von Akteuren mit welchen Begründungen ziehen.

- 
- 1 Unter „Deutungsmustern“ verstehen wir bislang Argumentationszusammenhänge, die sich auf irgendwelche Handlungsprobleme beziehen, die sich diesen Handlungsproblemen gegenüber aber verselbständigen können – und das in der Regel auch tun. Deutungsmuster weisen stets über konkrete Fälle, in denen sie in Erscheinung treten, hinaus. Ein im Wachkoma-Diskurs symptomatischer Deutungsmuster-Antagonismus ist z. B. der, dass schwerste Hirnschädigungen von manchen Leuten (auch Fachleuten) als Beweis für ‚fehlendes‘ Bewusstsein gedeutet werden, von anderen (Leuten und Fachleuten) hingegen nicht (vgl. Hitzler und Grewe 2013).

## Erkenntnisinteresse I

In einer ganz einfachen (sozusagen ‚ersten‘) Oberflächentypologie haben wir zunächst jene Art von Akteuren identifiziert, die *keine* Primärerfahrungen und *keine* unmittelbaren oder zumindest vermittelten Kontakte mit Menschen im sogenannten Wachkoma haben oder (wohl erinnerlich) gehabt haben. Das trifft auf die meisten Leute zu, denen wir „auf der Straße“ – bzw. heutzutage: im Internet – begegnen. Möglicherweise gilt das aber auch für manche nichtspezialisierten Journalisten und Publizisten, die im Kontext ihrer Tagesgeschäfte in irgendeiner Form auch einmal über Menschen im Wachkoma berichten. Diese Art von Akteuren bezeichnen wir als „Nicht-Involvierte“. Deren thematisch einschlägiges Wissen korreliert hochgradig mit dem, was in der „breiten Öffentlichkeit“ dazu über die Massenmedien verbreitet wird (vgl. Plaß und Schetsche 2001; Schetsche und Schmied-Knittel 2013). Das heißt, wir gehen davon aus, dass das *allgemein* verbreitete Deutungsmuster „Wachkoma“ im Wesentlichen als im individuellen Wissensbestand abgelagertes vor-gängiges Sinnschema zu verstehen ist, das die subjektive Wahrnehmung des Themas so vor-prägt und vor-strukturiert, dass der Einzelne sich mehr oder weniger beiläufig daran orientieren kann. Seit Beginn der Projektlaufzeit sammeln wir dazu bereits entsprechendes Material. Im Sommersemester 2013 und im Wintersemester 2013/14 haben wir mit Studierenden in einer Forschungswerkstatt solches (und auch fiktionales) Material ausgewertet und mittels leitfadengestützter, explorativer Interviews erkundet, inwieweit „das Wissen der Leute“ als medial geprägt und inwieweit es diesem gegenüber als ‚eigensinnig‘ erscheint.<sup>2</sup> Diese Studie zeigt uns,

- 2 Im ersten der beiden Semester wurde unter Nutzung von qua Gruppendiskussion explizierten eigenen Wissensbeständen der Seminarteilnehmerinnen, von in Printmedien und im Internet publizierten einschlägigen Artikeln und von aus Fernsehsendungen generiertem und im Internet gefundenem dokumentarischem Filmmaterial ein Interviewleitfaden ausgearbeitet (vgl. Witzel 2000). Mit diesem wurden von den 12 Studentinnen insgesamt 148 Interviews mit einer Gesamtlänge von etwa 36 Stunden geführt, auditiv aufgezeichnet und transkribiert. Die Gesprächspartner wurden von den Interviewenden jeweils willkürlich ausgewählt – unter der Maßgabe, dass sie *nicht* selber mit der Betreuung von Menschen im Wachkoma befasst sein – im Jargon unseres Gesamtprojekts also in die Kategorie der „Nichtinvolvierten“ fallen – sollten. Im zweiten Semester der Forschungswerkstatt wurde anhand der zwischenzeitlich erstellten Transkripte „theoriegeleitet“ ein Codierleitfaden zur Auswertung der Interviews entwickelt (vgl. Schmidt 2012). Die Transkripte wurden untereinander getauscht, sodass die Teilnehmerinnen jeweils Transkripte von anderen Teilnehmerinnen (und damit die von diesen geführten Interviews) codiert und analysiert haben. Selbstverständlich erheben wir mit dieser Anlage keinerlei Anspruch auf Repräsentativität der daraus resultierenden Befunde. Immerhin lassen sich damit aber einige bereits (vor-) „informierte“ Vermutungen zum Verhältnis der Wissensbestände einschlägiger Experten zu denen von Laien anstellen.

dass „die Leute“ mehr über das Phänomen „Wachkoma“ wissen, d. h. dass sie sich mehr – teils ‚realistisch‘, teils ‚fantastisch‘ anmutende – Gedanken darüber machen, als wir vermutet hatten. Und sie zeigt uns auch, dass das gesellschaftlich verbreitete Jedermannswissen tatsächlich ein vor allem über Massenmedien (und – bislang jedenfalls – nicht über das Internet) verbreitetes Wissen ist.

---

## Erkenntnisinteresse II

Den „Nicht-Involvierten“ stellen wir jene Art von Akteuren gegenüber, die wir summarisch als „Involvierte“ bezeichnen. Involviert sind (bzw. waren wohl erinnerlich) diese Akteure in das, was *mit* einem Menschen oder (direkt wie indirekt) auf einen Menschen bezogen geschieht, der – vom Anfangsereignis einer wodurch auch immer verursachten schweren bzw. schwersten Hirnschädigung aus betrachtet – hinlänglich verbindlich als sich in einem als „Wachkoma“ gedeuteten Zustand befindlich angesehen wird. Theoriesprachlich haben wir es bei einem solchen Geschehen eben mit einem „Trajekt“ (vgl. Strauss 1993; Soeffner 1991) zu tun: Impliziert ist damit das Miteinander, Gegeneinander, Ineinander und Durcheinander von gewollten *und* ungewollten, von bedachten *und* unbedachten, von erstrebten *und* widerfahrenen Effekten von Aktivitäten und sonstigen Ereignissen. Im Rahmen eines Trajekts resultieren (die) Bedeutungen einzelner Geschehnisse aus deren Verweis auf andere – vorausgegangene, zeitgleiche oder erwartete – Geschehnisse, deren Bedeutungen wiederum aus entsprechenden Quer- und Rückverweisen resultieren. Dadurch erscheint das Gesamtgeschehen aus der Beobachterperspektive als ereignisfokussierte Verlaufskurve, innerhalb derer die (wie auch immer) involvierten Akteure Ziele verfolgen und zugleich Geschehnissen ausgesetzt sind, die sie nicht steuern können. In das Trajekt „Wachkoma“ involviert sind vor allem – im weiteren Sinne verstandene – Angehörige von in diesem Zustand befindlichen Menschen auf der einen Seite und „professionell“ damit befasste Akteure auf der anderen Seite.

Aus der von uns vertretenen sozialkonstruktivistischen Perspektive heraus betrachtet, erfolgt die Praxis ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Dienstleistungen ebenso wie die Praxis vielfältiger Zuwendungen von Angehörigen zu Menschen, die als im Wachkoma (oder einem dem Wachkoma ähnlichen Zustand) befindlich angesehen werden, wesentlich unter Bezugnahme auf sozial geteiltes Wissen. Dieses sozial geteilte Wissen fassen wir, wie erwähnt, in unserem Projekt mit dem in der interpretativen Sozialforschung etablierten, aber durchaus unterschiedlich konnotierten Konzept des Deutungsmusters. Dabei geht es um die Analyse typischer Interpretationsmodi, die sich in einzelnen Repräsentationen rekonstruieren lassen,

welche mit dem Typus zwar nicht vollkommen identisch, diesem aber mehr oder weniger ähnlich (bzw. mit diesem hinlänglich kompatibel) sind.

Wir gehen nun davon aus, dass zumindest im weiteren Sinne verstandene Angehörige von im – übrigens keineswegs *statisch* zu denkenden – Zustand „Wachkoma“ lebenden Menschen, also Partner, Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Freunde und auch andere „Betroffene“ in mehr oder weniger institutionalisierten Selbsthilfegruppen und Trostgemeinschaften, sich in aller Regel vor einen kaum auch nur erfassbaren und nur schwerlich abweisbaren *Komplex* lebenspraktischer Bewältigungsprobleme gestellt sehen. Einschlägige Deutungsmuster, hier verstanden als aus Lebenserfahrungen heraus gebildete und wie auch immer geartete Schemata des Wirklichkeitsverständnisses, können in Bezug auf diese Art von Akteuren zweifellos als sozial gültige Lösungskonzepte solcher Bewältigungsprobleme verstanden werden. Sie können sich bekanntlich aber auch von konkreten Bewältigungsproblemen ablösen und mangels Passung und/oder aufgrund widersprüchlicher Implikationen je individuelle Bewältigungsprobleme verstärken oder erst generieren (vgl. Oevermann 2001a, 2001b).

Die Frage, inwieweit solche Deutungsmuster den je zutiefst subjektiven Sinn- und Handlungsbedarf des nicht professionell affizierten, sondern *existenziell* involvierten Angehörigen – nicht theoretisch, sondern praktisch – zu decken vermögen, versuche ich seit nunmehr vier Jahren – im Abgleich mit umfangreichen eigenen Videoaufzeichnungen zum einen und mit Ratgeber-Publikationen und Betroffenenberichten zum anderen – qua phänomenologisch kontrollierter Introspektion zu klären (vgl. Hitzler 2012a, 2014a). Dass es mir dabei auch um die Beschreibung von Vorgängen der subjektiven Sinnkonstitution geht, versteht sich sozusagen von selbst. Für das Deutungsmuster-Projekt dient dieses ‚idiosynkratische‘ phänomenologische Interesse aber eher als methodologische Fundierung genuin *wissenssoziologischer* Fragen.

---

### Erkenntnisinteresse III

Durch phänomenologische Reflexionen also zwar informiert, empirisch im wesentlichen aber am ‚kanonischen‘ Methodenfundus explorativ-interpretativer Sozialforschung orientiert, befassen wir uns in diesem Hauptprojekt insbesondere mit Inhalten und Strukturen genuin *professioneller* (und semiprofessioneller) Wissensbestände: derer von Mediziner\*innen, Pflegekräften und Therapeuten, aber auch derer des Personals von (von uns so genannten) Begleitagenturen des Wachkoma-Trajekts (insbesondere denen der Gesetzgebung und der Rechtsprechung).

Darüber hinaus versuchen wir auch, uns einigermaßen informiert zu halten über einschlägige wissenschaftliche Diskurse – etwa der Biologie, der Psychologie, der Philosophie, der Theologie und selbstredend ganz zentral der Neurowissenschaften.

Selbstverständlich interessiert uns dabei *grundsätzlich* auch das Verhältnis bzw. die wechselseitige Beeinflussung von gesellschaftlich allgemein verbreitetem Wissen hier und Sonderwissensbeständen von Professionellen da. Mit guten Gründen vermuten wir aber, dass das, was zum Thema „Wachkoma“ einerseits öffentlich und was andererseits zwischen Spezialisten und Experten dazu verhandelt wird, eher punktuell ineinandergreift (zum Beispiel skandal- bzw. sensationsevoziert) und ansonsten zeitverzögert und sachhaltigkeitsgefiltert von der einen zur anderen Seite (und möglicherweise auch wieder zurück) transferiert wird. Dementsprechend registrieren und rekonstruieren wir vor allem Beziehungen, Abhängigkeiten, Verwiesenheiten, Überlagerungen, Widersprüchlichkeiten und Unverträglichkeiten jeweiliger Argumentationslinien *in* (den) verschiedenen professionsspezifischen und professionenübergreifenden Diskurssträngen. Denn *diese* und nicht – jedenfalls *noch* nicht – die sogenannte öffentliche Meinung sehen wir als entscheidend an für die Frage, wie mit im Zustand „Wachkoma“ befindlichen Menschen *praktisch* umgegangen wird.

Mithin haben wir – ausgehend von der zentralen Annahme der Wissenssoziologie, dass Menschen, die Wissen generieren, stets in bestimmten sozialen Zusammenhängen stehen, die jeweils in die Prozesse des Erkennens und in den Inhalt des Erkannten oder Gewussten eingehen – zunächst mittels einer Fallstudie eine Modell-Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen zur Betreuung von sogenannten Phase F-Patienten erkundet. Im Zentrum unseres Erkenntnisinteresses standen dabei die Praktiken im Pflege- und Therapie-Alltag dieser Einrichtung, die wir nicht nur teilnehmend beobachtet, sondern an denen wir auch beobachtend teilgenommen haben.

---

## Forschungsalltag I

Ein vertrauter Mensch im chronifizierten sogenannten Wachkoma ist *der* Fall, über den wir uns der Fragestellung unserer Studie ursprünglich und von einer ganz bestimmten Perspektive her genähert haben. Dass dies *nicht* die Perspektive des Betroffenen, des im Wachkoma befindlichen Menschen selber sein konnte, versteht sich von selber. Es ging bei dieser sozusagen ‚initialen‘ Perspektive vielmehr um die eines von Amts(gerichts) wegen mit der Betreuung beauftragten Angehörigen. Und

die Übernahme eben dieser Funktion war dann tatsächlich auch der *erste* Schritt ins Feld (vgl. Hitzler 2010):

Der mit der Betreuung betraute Angehörige trifft fast alle – insbesondere juristisch ebenso wie medizinisch relevanten – (Lebens-)Entscheidungen *für* den ihm ‚anvertrauten‘ Menschen im sogenannten Wachkoma. Er ist weniger Stellvertreter, denn Statt- bzw. Platzhalter dessen, den er betreut. Aus dieser Position heraus ist eine extrem intensive (im Grunde nur durch das eigene Zeitbudget des betreuenden Angehörigen eingeschränkte) Anwesenheit bei und (im Grunde nur durch die idiosynkratischen Restriktionen des betreuenden Angehörigen eingeschränkte) Praxis des Umgangs mit dem Menschen im sogenannten Wachkoma möglich, die eben *auch* die Generierung von Daten sowohl qua kaum eingeschränkten Beobachtungen als auch qua kaum eingeschränkter Teilhabe ermöglicht.

Das heißt, die Funktion und Position des betreuenden Angehörigen bietet nachgerade ideale Bedingungen für Dauerbeobachtungen zumindest *eines* im Wachkoma lebenden Menschen (vgl. Hitzler 2012d und 2012e; Grewe und Hitzler 2013). Aus dieser Rolle heraus können die Beobachtungen auch nachgerade jederzeit und nahezu problemlos kommunikativ (v. a. verbal-kommunikativ) mit Pflegekräften und Therapeuten sowie mit anderen Besuchern *dieses* Menschen, darüber hinaus aber auch mit den Angehörigen anderer Bewohner der Einrichtung sowie mit der einschlägigen Fach- und Betroffenheitsliteratur abgeglichen werden. Wenigstens ebenso günstige Bedingungen schafft diese Funktion und Position aber auch für Selbstbeobachtungen und Selbstreflexionen als in das (zunächst einmal als ausgesprochen ereignisarm erscheinende) Geschehen in verschiedener Hinsicht stark involviertes Subjekt. Diese subjektiven Erlebensdaten (und hierbei insbesondere die *first-order-Frage* nach den Befindlichkeiten des Menschen im sogenannten Wachkoma, um den es einem zu tun ist) erfordern – zur Vermeidung naheliegender betroffenheitslyrischer Mystifizierungen – u. E. unbedingt eine (körperausdrucksanalytisch informierte) *phänomenologische* Klärung ihrer Evidenz.

---

## Forschungsalltag II

Unser *zweiter* Schritt ins Feld war die – mit der Leitung und mit der Belegschaft der Einrichtung abgesprochene – ‚Installation‘ eines Sozialwissenschaftlers als einem wissbegierigen *und* praktisch engagierten Quasi-Anlernling im Schichtbetrieb des Pflegedienstes. Die forschungslogische Aufgabe dieses Quasi-Anlernlings war zum einen, beim Mit-Gehen im Einrichtungsalltag organisatorische Struktur- und Rahmenbedingungen sowie beobachtbare Arbeitspraktiken, Interaktionsweisen und

Aktivierungsstrategien im alltäglichen therapeutisch-pflegerisch-betreuerischen Umgang mit Menschen Wachkoma zu identifizieren und zu registrieren. Bei dem das *Mit-Gehen* transzendierenden *Mit-Machen* des Quasi-Anlernlings ging es uns zum anderen darum, das, was (die) Pflegekräfte, (die) Therapeuten und auch (die) Personen, die das Ganze verwalten, tun, quasi ‚intrinsic‘ zu verstehen (und mit der Zeit auch ein quasi-kollegiales Vertrauensverhältnis aufzubauen). Unser *dritter* Schritt, ins Feld und *im* Feld, war der der ‚Transformation‘ einer in dieser Einrichtung erfahrenen und hochgradig engagierten Pflegekraft in eine distanzierte sozialwissenschaftliche Analytikerin, die die ‚lokale‘ Praxis und mithin auch ihre eigene Praxis sozusagen mit fremden Augen anschaut (vgl. Hitzler et al. 2013).

Die wesentlichste Aufgabe in dieser Praxis besteht in der direkten händischen Arbeit am Pflege- bzw. Therapiefall. Arbeitsorganisatorisch gesehen allerdings kommt dem alltäglichen Wissensmanagement bei diesem Schichtbetrieb nahe-liegender Weise ebenfalls ein hoher Stellenwert zu. Und auch die Praxis dieses Wissensmanagements lässt sich nur qua kollegialem *Mit-Machen* erkunden, denn z. B. erfolgt die sogenannte ‚Übergabe‘ täglich im Dienstzimmer bei dezidiert geschlossener Tür. Dieses Ritual dient der Information der ihre Schicht Antretenden über etwelche Auffälligkeiten, Probleme und nicht routinisiert zu Beachtendes bzw. zu Berücksichtigendes bei jedem einzelnen Patienten und bei sonstigen spezifischen und generellen Arbeitsaufgaben.

Auf der Basis solcherart alltäglicher Teilnahmen haben wir allmählich immer mehr uns auffällig gewordene oder fraglich gebliebene organisatorische Rahmenbedingungen und interaktive Routinen und Handlungsstrategien von Therapeuten und Pflegekräften erschlossen. Wir haben Regelmäßigkeiten und Unregelmäßigkeiten in alltäglichen und kriseninduzierten Interaktionen erfasst und etwelche heuristischen Befunde überprüft und modifiziert. Vor allem haben wir *solche* Therapie- und Pflegesituationen genauer angeschaut, die durch spezifische Arbeitsaufgaben gekennzeichnet sind (z. B. unterschiedliche therapeutische Maßnahmen, Körperpflege, Behandlungspflege, Transfers, Nahrungszufuhr bzw. Essensanreicherungen, Begrüßungen, interaktionsbegleitende Verbalisationen, Verabschiedungen).

Aufruhend auf der praktisch engagierten Teilnahme am Pflege- und Therapie-Alltag, haben wir einen großen Teil der Gespräche mit den Professionals in Form eines mehr oder minder beiläufigen, kollegialen Miteinander-Redens geführt. Nur dort, wo wir im *Mit-Machen* den Eindruck gewannen, dass darüber hinausreichende bzw. -weisende relevante Fragen offen und klärungsbedürftig geblieben sind, haben wir Mitarbeiter gelegentlich um thematisch zentrierte Interviews gebeten. Diese konnten – insbesondere aufgrund der Erfahrungen als langjährig tätiger Pflegekraft – in der Regel als Experteninterviews im von uns vorgeschlagenen

Sinne geführt werden: als Gespräche also ‚auf Augenhöhe‘ zwischen Experte und nicht ‚nur‘ Quasi-Experte, sondern tatsächlich einem anderen Experten im vollen Wortsinne (vgl. Honer 1994; Pfadenhauer 2002).

Selbstverständlich haben wir auch alle verfügbaren und uns zugänglichen Dokumente analysiert und dergestalt die politische Vorgeschichte und die institutionelle Geschichte der Einrichtung einschließlich entwicklungsstatistischer Daten sowie die medialen Präsentationen der Einrichtung rekonstruiert. Vor allem aber haben wir uns mit dem die Einrichtung und die Arbeit in der Einrichtung prägenden Pflege-, Therapie- und Betreuungskonzept, d.h. also sozusagen mit der ‚Philosophie des Hauses‘ befasst. Diese ‚Philosophie‘ besagt – vereinfacht formuliert –, dass ‚alles‘, was geschieht, auf die (wie auch immer konstatierten) Belange des einzelnen in der Einrichtung betreuten Menschen abgestellt sein soll, dass *er* den je mit ihm befassten Therapeuten und Pflegekräfte Geschwindigkeit und Richtung für (Inter-)Aktivitäten vorgibt, dass er hier nicht Patient, sondern dass er eben vor allem *Bewohner* sein soll, der sein Lebenszentrum in der Einrichtung hat, der hier also „zu Hause“ ist, und dass Besucher (und auch Angehörige gelten als Besucher) zwar jederzeit (und tatsächlich zu *jeder* Zeit, denn es gibt keinerlei formale Einschränkungen der Besuchszeiten) willkommen sein, dass sie aber nicht als essentiell für den *Alltag* des Bewohners, sondern eher als bereichernde Abwechslung begriffen werden sollen. Die gesamte Konzeption des Hauses ist ideell, organisatorisch und personell am Prinzip der „*dialogischen Begleitung*“ (d.h.: nicht Fordern, sondern Fördern) des Bewohners dabei, *seine* besondere Lebensform und Lebensart zu finden, ausgerichtet.

Naheliegenderweise haben wir uns nachdrücklich dafür interessiert, in welchem Verhältnis diese ‚Philosophie‘ zur alltäglichen Pflege- und Therapiepraxis und dabei auch zu der diese begleitenden, von der Belegschaft der Einrichtung gepflegten spezifischen bzw. lokalidiosynkratischen Semantik steht. Und gerade weil das die Körperlichkeit betonende Gesamtkonzept unter den Mitarbeitern in der Einrichtung (hinlänglich) konsensuell zu sein scheint, war es denn auch unabdingbar, das oft subtile Wechselverhältnis zwischen Therapeuten und Pflegekräften hier und den von ihnen betreuten Menschen da genau zu beobachten, um so bei den Professionals augenscheinlich daraus erwachsende Deutungen der (Befindlichkeiten der) Bewohner zu verstehen.

---

## **Eine (zumindest) lokalidiosynkratische Begriffslücke**

Auffällig ist z. B., dass in der Semantik der Belegschaft dieser Einrichtung die schulmedizinisch üblichen Kategorisierungen von Phase F-Patienten (so gut

wie) keine Rolle spielen. Gleichwohl kommt man als Beobachter nicht umhin, zu konstatieren, dass in dieser Einrichtung unübersehbar Menschen mit augenfällig *unterschiedlichen* Fähigkeiten leben: Man trifft auf Bewohner, die selber essen, auf Bewohner, die sprechen (können), auf Bewohner, die sich im Rollstuhl selber bewegen können (und immer wieder auch auf solche, die wieder lernen, zu stehen und zu gehen). Man trifft aber eben auch auf Bewohner, die gefüttert werden müssen, auf Bewohner, die sich zwar quasi-verbalisierend äußern, deren Verbalisierungen aber für andere schwer oder gar nicht verständlich sind, auf völlig stumme Bewohner und auf Bewohner, die sich überhaupt nicht selber bewegen können. (Fast) alle Bewohner haben irgendwelche Prothesen (Rollstuhl, orthopädisches Schuhwerk, Arm-Orthesen usw.). Manche Bewohner haben eine Trachealkanüle und müssen über eine Bauchsonde mit Flüssignahrung versorgt werden. Viele haben einen Urin-Katheter. Ein beträchtlicher Teil der Bewohner reagiert nicht „verlässlich“ oder (so gut wie) gar nicht auf Ansprache und nur bedingt (teilweise und manchmal) auf Reize wie Geräusche, Bewegungen, Berührungen usw. Und man trifft auf Bewohner, bei denen es zumindest extrem schwierig ist, überhaupt (irgend) eine *Relation* zu konstatieren zwischen dem, was sich an ihnen beobachten lässt, und dem, was um sie her vorgeht.

Das heißt also, dass auch wenn die entsprechenden Begriffe sowohl im Kontext des praktischen Tuns als auch in den Rede-Weisen der von uns untersuchten Belegschaft (so gut wie) nie auftauchen, Menschen, die die beiden zuletzt genannten Merkmale aufweisen, im medizinischen Diskurs eben als „apallisch“, als in einem „permanent vegetative state“ bzw. „persistent vegetative state“ oder allenfalls als in einem „minimally consciousness state“<sup>3</sup> befindlich bezeichnet werden. Im Diskurs von Pflege und Therapie (und in der sogenannten Beziehungsmedizin) generell ist „Wachkoma“ der eindeutig dominierende Begriff dafür. Und auch die Betroffenen und ihre Selbsthilfe- und Lobby-Organisationen sprechen in aller Regel von „Wachkoma“.

---

## Explikation des Impliziten

Im Zentrum des Forschungsinteresses dieser Studie stand also die Frage, ob und ggf. wie (d. h. aufgrund welcher Indizien und Indikatoren) ‚man‘ erkennen zu können

---

3 Von „minimal consciousness state (MCS)“ ist dann die Rede, wenn Mediziner Bewusstseinsleistungen diagnostizieren, die als *nicht* (mehr) mit dem Symptomkomplex „Wachkoma“ vereinbar erscheinen (vgl. Giacino und Whyte 2005).

meint, ob ‚man‘ es bei einem Menschen im sogenannten Wachkoma mit „menschlichem Gemüse“, mit einem „Hirnstammwesen“ (Hitzler 2012b) oder mit einem Akteur, einem Subjekt, einer Person oder womöglich mit irgendetwas ‚dazwischen‘ zu tun hat. Kurz, wir versuchen eine Folie zu gewinnen, auf der wir abbilden können, wann und warum einem Menschen im Wachkoma von wem attestiert wird, er sei ein *Anderer*, ein zumindest zu Reaktionen (auf Reize) oder ein gar zu (basalen) Interaktionen fähiges ‚Gegenüber‘ (vgl. Hitzler 2012c). Analytisch unverzichtbar ist dabei, der ‚Gefühligkeit‘, die nicht nur dem betreuenden Angehörigen typischerweise quasi-naturwüchsig eignet, sondern die – im Gegensatz zur ‚mitleidslosen‘ diagnostisch-therapeutischen Semantik der Schul- bzw. Biomedizin – auch ganz massiv das Feld des Pflege-, Therapie-, Angehörigen- und Beziehungsmediziner-Diskurses kennzeichnet, und die unüberhörbar – und unübersehbar – auch die händischen Praktiken und die Rede-Weisen der Belegschaft jener Einrichtung prägt, mit maximal möglicher epistemologischer Skepsis zu begegnen (vgl. Hitzler 2013). Und das heißt, dass erst die phänomenologischen Reflexionen der Erlebensdaten die in der Praxis symptomatischer Weise *implizite*, von uns aber eben explizit gestellte Frage fundieren, wie sich bei (den) Professionals handlungsleitende Annahmen darüber konstituieren, was im (wohlgemeinten) Sinne der – nach externen Kriterien – im Zustand „Wachkoma“ befindlichen Bewohner, mit denen sie je zu tun haben, zu geschehen oder eben zu unterbleiben hat.

Diese Explikation des alltäglich Impliziten ist zum einen eine ausgesprochen sensibel zu handhabende Aufgabe des – mit-machenden und entsprechende Erläuterungen bei seinen Gesprächspartnern evozierenden – Ethnographen schlechthin. Ausgesprochen *sensibel* ist dieses Evozieren von Explikationen v. a. deshalb zu handhaben, weil die Professionals diese (Art von) Wahrnehmungen allem Anschein nach zwar *machen* (und wohl auch typisieren), weil sie typischerweise aber eben nicht hinterfragen, *wie* sie sie machen bzw. warum sie glauben bzw. sicher sind, *dass* sie sie gemacht haben. Oder vorsichtiger ausgedrückt: Jedenfalls sind die Professionals, mit denen wir zu tun haben, in aller Regel nicht darauf eingestellt, jemandem, der ‚dumm‘ nachfragt, qua Erläuterung verständlich bzw. nachvollziehbar zu machen, was da an für sie auf etwas („Anderes“) hinweisend Wahrnehmbarem vor sich geht. Und nicht zuletzt deshalb ist die Explikation des Impliziten zum anderen eines der zentralen Erkenntnisinteressen der – körperausdrucksanalytisch informierten – phänomenologischen Beschreibung von Erlebensdaten der Forscher im Rahmen einer in der Tradition von Anne Honer (z. B. 1993 und 2011) als „lebensweltlich“ bzw. „lebensweltanalytisch“ begriffenen Ethnographie (vgl. dazu auch Hitzler 2014b).

## Vorgehensweise und Verfahren

In dieser Studie haben wir Methoden der Datenerhebung (teilnehmende Beobachtung, beobachtende Teilnahme, quasi-alltägliche Gespräche, Experteninterviews und Dokumentenanalysen), Methoden der Datenauswertung (pragmatische Hermeneutik bzw. quasi-sokratische Deutungstechnik, ethnographische Semantik, Körperausdrucksanalyse und Phänomenologie) und die feldkonformen Perspektiven der Forscher (betreuender Angehöriger, neugieriger Hospitant und erfahrene Pflegekraft) genutzt. Im größeren Projektkontext sammeln, sichten, ordnen und interpretieren wir seit etwa vier Jahren von uns als (wodurch auch immer) einschlägig identifizierte Bücher, Sammelbände und Aufsätze vor allem aus der Medizin, den Neurowissenschaften, der Rechtswissenschaft, der Rechtsprechung, der Bioethik, der Pflegewissenschaften, der Pflege- und der Therapiepraxis. Auf der Basis von Dokumentationen einschlägiger, disziplinär heterogener Forschungsprojekte haben wir Leitfadenterviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie mit Leiterinnen und Leitern von mit dem Thema „Wachkoma“ befassten Forschungsprojekten durchgeführt. Im Rahmen von (weiteren) Hospitationen haben wir teilnehmend Praktiken und Wissensbestände auf einer Intensivstation, in einer Reha-Klinik, in verschiedenen Langzeitpflegeeinrichtungen und bei einem ambulanten Pflegedienst eruiert. Dabei nutzen wir die verschiedenen im Projekt versammelten disziplinären Perspektiven. Jessica Pahl befasst sich als Soziologin dazu hin mit metaphorischen Verwendungsweisen der Begriffe „Wachkoma“ bzw. „Vegetative State“. Dabei geht es vor allem um die Frage, wie Metaphern den Austausch zwischen Medizin und der (vorläufig) nicht-involvierten Öffentlichkeit beeinflussen. Und Henny Annette Grewe rekonstruiert als Medizinerin anhand von Krankenhausakten und Arztberichten exemplarisch die Karriere einer Wachkoma-Patientin.

Unser Datenmaterial streut also weit: Von Deutungen, die sich bei Dienstleistern und Angehörigen in Reha-Einrichtungen, Pflegeheimen und in häuslichen Kontexten rekonstruieren lassen, bis zu einschlägigen Wissensbeständen in der Rechtsprechung, in der Forschung, in Medien und sozusagen bei Jedermann. Wissensrekonstruktionen in derart unterschiedlich strukturierten bzw. organisierten Kontexten erfordern naheliegenderweise auch unterschiedliche methodische Zugänge: Zentral gestellt haben wir dabei, wie deutlich geworden sein sollte, die ethnographische Feldarbeit, denn unbeschadet der vielfältigen Vorteile, die auch von uns genutzte nichtstandardisierte (bzw. nicht-direktive) Interviews bieten – wie z. B. die Offenlegung expliziter Wissensbestände und die relativ gute Vergleichbarkeit von mit Ihnen gewonnenen Daten –, bleiben implizite Wissensbestände und nicht sprachlich gefasste Sinnschichten dabei unthematisiert. Deshalb nutzen wir auch andere Erkundungstechniken wie sie etwa bei der Erforschung subjektiven

Krankheits- und Schmerzerlebens eingesetzt werden, die aber bei Menschen mit degenerativen neurologischen Erkrankungen – und exemplarisch bei Menschen mit schweren erworbenen Hirnschädigungen – unweigerlich ebenfalls wieder an Grenzen des Erfassbaren führen (vgl. Lucius-Hoene 2000); Grenzen, die wir durch phänomenologische Deskriptionen, vor allem aber durch eine – pragmatisch verstandene – wissenssoziologischen Hermeneutik bei der Datenauslegung wieder auszuweiten versuchen.

Kurzes Fazit: Insgesamt geht es bei diesem komplexen ethnographiebasierten Unternehmen darum, die vielfältigen intersubjektiv zugänglichen Wissensbestände und die praktischen Konsequenzen von Definitionen, Konnotationen, Interpretationen und normativen Aufladungen jenes, aus dem medizintechnologisch ermöglichten Überleben schwerster Hirnschädigungen resultierenden, Zustandes zu registrieren und zu rekonstruieren, der populär eben als „Wachkoma“ bezeichnet wird.

## Literatur

- Geremek, A. (2009). Wachkoma. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Gerstenbrand, F. (1967). Das traumatische apallische Syndrom. Wien: Springer.
- Giacino, J. T., & Whyte, J. (2005). The vegetative and minimally conscious states: Current knowledge and remaining questions. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 20(1), S. 30–50.
- Grewe, H. A. (2012). Wachkoma: Deutungsmuster eines irritierenden Phänomens. In: N. Schröer, V. Hinnenkamp, S. Kreher, & A. Pofel (Hrsg.), *Lebenswelt und Ethnographie* (S. 367–378). Essen: Oldib.
- Grewe, H. A., & Hitzler, R. (2013). Die tagtägliche Sorge. In: *Not*, H. 6, S. 20–23.
- Hitzler, R. (2010). Ist da jemand? Über Appräsentationen bei Menschen im Zustand „Wachkoma“. In: R. Keller, & M. Meuser (Hrsg.), *Körperwissen. Über die Renaissance der Körperlichen* (S. 69–84). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hitzler, R. (2012a). Am Ende der Welt? Zur Frage des Erlebens eines Menschen im Wachkoma. In: N. Schröer, V. Hinnenkamp, S. Kreher, & A. Pofel (Hrsg.), *Lebenswelt und Ethnographie* (S. 355–366). Essen: Oldib.
- Hitzler, R. (2012b). Hirnstammwesen? Das Schweigen des Körpers und der Sprung in den Glauben an eine mittlere Transzendenz. In: R. Gugutzer, & M. Böttcher (Hrsg.), *Körper, Sport und Religion* (S. 125–139). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hitzler, R. (2012c). Die rituelle Konstruktion der Person. Aspekte des Erlebens eines Menschen im sogenannten Wachkoma [44 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(3), Art. 12. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1203126>.
- Hitzler, R. (2012d). Grenzen der Entblößung – oder: Was nützen Bilder, die man nicht zeigen darf oder will. In: Soeffner, H.-G. (Hrsg.), *Transnationale Vergesellschaftung*.

- Verhandlungen des 35. Kongresses der DGS in Frankfurt a. M. 2010. Wiesbaden: Springer VS (CD-ROM).
- Hitzler, R. (2012e). Wie eine „Nicht-kommunikative Patientin“ Schmerzen kommuniziert. In: Not, H. 6, S. 50–54.
- Hitzler, R. (2013). In der Konsensmaschinerie. Milieuzugehörigkeit zwischen dem Entdecken von Gemeinsamkeiten und dem Erleben von Gemeinschaft. Erscheint im von P. Isenböck und J. Renn herausgegebenen Sonderband „Form des Milieus“ der Zeitschrift für theoretische Soziologie, S. 98–112.
- Hitzler, R. (2014a). Ist der Mensch ein Subjekt? – Ist das Subjekt ein Mensch? Über Diskrepanzen zwischen Doxa und Episteme. Erscheint in: A. Pofertl, & N. Schröer (Hrsg.), *Wer oder was handelt? Die Handlungsfähigkeit von Subjekten zwischen Strukturen und sozialer Praxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hitzler, R. (2014b). „...wie man in es hineingeht“. Zur Konstitution und Konstruktion von Feldern bei existenzieller Affiziertheit. Erscheint in: A. Pofertl, & J. Reichertz (Hrsg.), *Wege ins Feld – methodologische Aspekte des Feldzugangs*. Essen: Oldib.
- Hitzler, R., & Grewe, H. A. (2013). Wie das Bewusstsein (der einen) das Sein (der anderen) bestimmt. Über ungleiche Lebensbedingungen von Menschen im Wachkoma. In: O. Berli, & M. Endreß (Hrsg.), *Wissen und soziale Ungleichheit* (S. 240–259). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- 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.
- Honer, A. (1993). *Lebensweltliche Ethnographie*. Wiesbaden: DUV.
- Honer, A. (1994). Das explorative Interview. Zur Rekonstruktion der Relevanzen von Expertinnen und anderen Leuten. In: *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, Vol. 20, No. 3/1994, S. 623–640.
- Honer, A. (2011). *Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Jennett, B. & Plum, F. (1972). Persistent Vegetative State after Brain Damage. In: *The Lancet* 299, S. 734–737.
- Laureys, S., Celesia, G.G., Cohadon, F., Lavrijsen, J., Leon-Carrión, J., Sannita, W. G., Szabon, L., Schmutzhard, E., von Wild, K. R., Zeman, A., Dolce, G., & 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>.
- Lucius-Hoene, G. (2000). Die Hirnschädigung als subjektive Erfahrung und Bewältigungsaufgabe. In: W. Fries, & C. Wendel (Hrsg.), *Ambulante Komplex-Behandlung von hirngeschädigten Patienten* (S. 3–18). München: Zuckschwerdt.
- Oevermann, U. (2001a). Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern (1973). In: *Sozialer Sinn* 1, S. 3–33.
- Oevermann, U. (2001b). Die Struktur sozialer Deutungsmuster. In: *Sozialer Sinn* 1, S. 35–81
- Pfadenhauer, M. (2002). Auf gleicher Augenhöhe reden. In: A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview* (S. 113–130). Opladen: Leske+Budrich.
- Plaf, Ch., & Schetsche, M. (2001). Grundzüge einer wissenssoziologischen Theorie sozialer Deutungsmuster. In: *Sozialer Sinn* 3, S. 511–536.
- Schetsche, M., & Schmied-Knittel, I. (2013): Deutungsmuster im Diskurs. In: *Zeitschrift für Diskursforschung* 1(1), S. 24–45.

- Schmidt, Ch. (2012): Analyse von Leitfadeninterviews. In: U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 447–455). Reinbek b. Hbg.: Rowohlt.
- Soeffner, H.-G. (1991). „Trajectory“ – Das geplante Fragment. In: *BIOS 4*, H. 1, S. 1–12.
- Strauss, A. (1993). *Continual Permutations of Action*. New York: de Gruyter.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. In: *Forum Qualitative Sozialforschung (FQS) 1(1)*, Art 22. <http://nbn-resolving.de/ura:nbn:de:0114-fqs0001228>.