

---

# Wissensbestandsaufnahme

## Zur Relevanz der WDA für die Rekonstruktion des Deutungsmusters „Wachkoma“

Ronald Hitzler

---

### Das – revidierte – Forschungskonzept

Schon seit das Schicksal der US-Amerikanerin Terri Schiavo und spätestens seit in jüngerer Zeit das des niederländischen Prinzen Friso (und vermutlich auch das des Formel Eins-Weltmeisters Michael Schuhmacher) weltweit für mediales Aufsehen gesorgt haben, haben die Diskussionen um sogenannte Wachkomapatienten international erheblich an Bedeutung gewonnen.

„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: XI)

Menschen, die als „im Wachkoma“ lebend diagnostiziert sind, bilden zwar quantitativ ein nur marginales soziales Aggregat. Gleichwohl hat dieser aus schweren und schwersten Hirnschädigungen resultierende Symptomkomplex sowohl innerhalb der Medizin und medizinnahe Professionen als auch unter Juristen und Ethikern sowie in Politik und Öffentlichkeit in jüngerer Zeit heftige Kontroversen

ausgelöst, weil sich in ihm dilemmatische Konsequenzen des Einsatzes avancierter medizinischer und medizintechnologischer Verfahren verdichten.<sup>1</sup>

Mit der medizinisch informierten wissenssoziologischen Analyse dieses Phänomens befassen wir uns in einem einigermaßen komplexen, an der wesentlich von Anne Honer (vgl. z.B. 1989) begründeten Art des Ethnographierens orientierten Forschungsunternehmen, zu dem wir seit 2009 eigenfinanzierte Vor-Studien durchgeführt haben und das von Juli 2012 bis Juni 2015 unter dem Titel „Deutungsmuster ‘Wachkoma‘“ von der DFG gefördert worden ist.<sup>2</sup> Ursprünglich war unser Erkenntnisinteresse dabei sehr stark darauf fokussiert, Karrieren einzelner Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen und je die lokale Diagnose- und Therapiepraxis leitende Wissensbestände in Akutkliniken, Reha-Kliniken, Pflegeheimen und häuslichen Pflegesettings zu registrieren und zu rekonstruieren, in denen diese Patienten behandelt, gepflegt und betreut werden. In der Annahme, im Zentrum aller Aktivitäten stehe das Interesse daran, die Patienten zu (re-)aktivieren, hatten wir uns im seinerzeitigen Antrag (vgl. Hitzler/Grewe 2010) methodisch also ganz dezidiert auf eine *Trajekt-Ethnographie* im Sinne von Corbin und Strauss (1988) fokussiert.

Als sich gezeigt hat, dass das, was wir vorgehabt hatten, aus mehreren Gründen so, wie geplant gewesen, nicht realisierbar war, haben wir unsere Vorgehensweise deutlich modifiziert und uns auf die Rekonstruktion gegenläufiger professioneller Sichtweisen des Deutungsmusters „Wachkoma“ konzentriert.<sup>3</sup> Am augenfälligsten

- 
- 1 Menschen, die dank der avancierten Medizin und ihrer Technologien schwerste Hirnschädigungen über-, dann aber im Wachkoma weiterleben, sind nachgerade exemplarisch für nichtintendierte Artefakte dessen, was ‘heute’ medizinisch zu tun möglich ist (vgl. Pahl/Hitzler 2012).
  - 2 Leiter und Leiterin: Ronald Hitzler (TU Dortmund) und Henny Annette Grewe (HS Fulda); Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen: Jessica Pahl (TU Dortmund) und Kathrin Möller (HS Fulda).
  - 3 Unter „Deutungsmustern“ verstehen wir Wissensbestände und Argumentationszusammenhänge, die ‘ursprünglich’ mit irgendwelchen Handlungsproblemen korrelieren, die sich diesen Handlungsproblemen gegenüber aber verselbständigen und verstetigen (können) – und dann diese Handlungsprobleme signifizieren (und ihnen damit einen typischen Sinn geben). Gegeben sind Deutungsmuster als „Mindsets“ (Hitzler 2010a), das heißt als mentale Dispositionen, die Wahrnehmungen organisieren und konkrete empirische Fälle, in denen sie in Erscheinung treten, subsumptiv zu- und einordnen. Ein für den Diskurs symptomatischer Antagonismus von Interpretationsschemata *im* Deutungsmuster „Wachkoma“ 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. Das Deutungsmuster selber steht beim ‘Streit’ um das richtige Interpretationsschema also nicht in Frage.

hierbei ist der Antagonismus zwischen sogenannten biomedizinischen Ansätzen hier und dem sogenannten beziehungsmedizinischen Ansatz da (vgl. Hitzler/Grewe 2013).<sup>4</sup> Genauere Analysen der Argumentations- und Konfliktverläufe innerhalb der und zwischen den mit im Wachkoma lebenden Menschen befassten Professionen haben uns dann aber zu einer wesentlich differenzierteren Binnentypologie des infrage stehenden Deutungsmusters – also zu einer wesentlich differenzierte Typologie der in dessen Rahmen vorfindlichen Interpretationsschemata – geführt. Zwar würden wir das Projekt nach wie vor *nicht* als in einem *strengeren* Sinne „diskursanalytisch“ bezeichnen. Immerhin haben wir es aber so rekonzipiert, dass die ‘Logik’ der Wissenssoziologischen Diskursanalyse (WDA) eine der wesentlichen Bezugsgrößen für unsere Arbeit gebildet hat. Anders ausgedrückt: Sozusagen legitimiert durch eine neuere Bemerkung von Reiner Keller (2014: 146) zu einem alten Text von Ulrich Oevermann rücke ich hier unser „Datenkorpus (...) unter dem Stichwort ‘Diskurs’ in den Blick“. Denn der Rekurs auf die WDA<sup>5</sup> hat uns geholfen, die Material- und Datenflut mit Hilfe eines möglichst pragmatischen diskursanalytischen Zugriffs besser ‘bändigen’, das heißt strukturieren, und mithin das Deutungsmuster, dem wir auf der Spur zu sein glauben, argumentativ plausibler darstellen zu können, auch wenn wir keine *Systematik* entwickelt haben etwa für die Bildung unseres Datenkorpus, wie sie in den uns bekannten diskurs-

- 
- 4 Nach *biomedizinischem* Verständnis wird Wachkoma definiert als „a clinical condition of complete unawareness of the self and the environment“ (Multi-Society Task Force on PVS 1994). Die beobachtbaren Verhaltensweisen eines Menschen im Zustand Wachkoma gelten als „motorische Schablonen oder als minimal willkürliche Reaktionen“ (Geremek 2009: 199), die sich in der Form variabel erhaltener kranialer oder spinaler Reflexe ausdrücken können. Da bei Menschen im Wachkoma keine kognitiven oder mentalen Funktionen mehr nachweisbar sind, wird in diesem Deutungszusammenhang von einem wahrscheinlichen Verlust der Gefühls- und Leidensbefähigung ausgegangen (vgl. Rumpl 1997). Diesem defektologischen Ansatz stellt die *Beziehungsmedizin* eine Perspektive gegenüber, die die Personalität des Menschen nicht an die Funktionsfähigkeit der Großhirnrinde bindet. Es wird im Gegenteil davon ausgegangen, dass sich bei Menschen im Zustand Wachkoma über den Körper und dessen Ausdrucksweisen auf der Ebene der „Körpersemantik“ (Zieger 2002: 267) das vorhandene Ich des Patienten realisiert (vgl. Fröhlich 1994) und ein Dialogaufbau unter veränderten Bedingungen erreicht werden kann (vgl. Hannich 1993).
  - 5 Generell steht im Hintergrund meiner ‘Anleihen’ bei der Diskursanalyse eine ganze Reihe von Arbeiten der Augsburger ‘Diskurskiste’ (vgl. Keller 1997, 2005, 2007, 2008, 2010 und 2011; Keller u.a. 2005, 2010 und 2011; Keller/Truschkat 2014; Viehöver/Keller/Schneider 2012) und seit 2013 außerdem die im Verlag Beltz Juventa (Weinheim und Basel) erscheinende *Zeitschrift für Diskursforschung*. Einige *explizite* Verweise mache ich hier aber vor allem auf Keller (2011).

analytischen Studien üblich – oder gar unabdingbar – zu sein scheint (vgl. Keller 2011: 88 ff.).

Weder haben wir *sensu stricto* festgelegt, wie unsere Untersuchung dimensioniert sein soll, noch haben wir die Verfahren der Datenerhebung kanonisiert. Im Prinzip haben wir *alles* als Datum verwendet, was wir als von uns als einschlägig angesehenes Material in die Hände bekommen haben. Wie nicht anders zu erwarten ist, interpretieren wir im Prinzip im Geiste einer – pragmatisch verstandenen – wissenssoziologischen Hermeneutik (vgl. bereits Soeffner/Hitzler 1994). Für bestimmte Fragestellungen haben wir Texte aber auch unter Nutzung des Verfahrens sogenannten offenen Codierens (nach Strauss/Corbin 1996) ausgewertet, weil wir sie in ihrer Menge sonst gar nicht hätten bewältigen können. Quellenkritik haben wir – vom skrupulösen, ja misstrauischen Umgang meiner Projekt-Ko-Leiterin Henny Annette Grewe mit Publikationsorganen vermeintlich seriöser medizinischer Fachinformationen einmal abgesehen – allerdings lediglich beiläufig betrieben. Folglich haben wir auch immer wieder neue Ideen dazu eingespielt, an welchen ‘neuralgischen’ Stellen wir konkrete Nacherhebungen anstellen wollen und wo und wann wir das Sammeln neuer Daten auch wieder einstellen können. Und so weiter.

---

### **Jedermannswissen zum Deutungsmuster „Wachkoma“**

Diesen Beitrag verstehe ich nun als eine kurze Bestandsaufnahme unseres Gesamtprojekts, die ich dementsprechend mit der Frage verbinde, wie das, was wir da getan haben, sich eigentlich zu einer ordentlichen Diskurs*analyse* verhält – sozusagen im methodischen Nachdenken über einen von uns als für unsere Thematik ‘zentral’ angesehenen Diskurs, in dem es um jene bereits angedeuteten – existenzielle Konsequenzen zeitigenden – fundamentalen Differenzen der Einschätzung des Lebens in jenem Zustand geht, der populär eben als „Wachkoma“ bezeichnet wird. Und wenn ich mich hier mit der Frage befasse, in welcher Hinsicht die WDA relevant sei für unsere Rekonstruktion des Deutungsmusters „Wachkoma“, dann ist terminologisch zunächst einmal zu klären, ob es in Bezug auf dieses Deutungsmuster um *einen* Diskurs oder ob es um *mehrere* Diskurse geht und in welchen Verhältnissen gegebenenfalls diese bzw. solche Diskurse dann wiederum zueinander stehen. Und ich habe selbstredend auch einen entsprechenden Klärungsbedarf zu der Frage, ob wir es nun mit *einem* Deutungsmuster oder mit Argumentationslinien *in* einem Deutungsmuster als Basiselementen eines Diskurses bzw. *jeweils* eines Diskurses zu tun haben, oder ob wir auf *verschiedene* Diskurse stoßen, wenn wir dieses Deutungsmuster rekonstruieren.

Angesichts der dergestalt dräuenden terminologischen Verwirrung habe ich mich dafür entschieden, von der aus der Materialsichtung heraus begründeten Annahme auszugehen, es lasse sich *ein* – empirisch in *einem* in mehrere Stränge differenzierbaren Diskurs aufweisbares – Deutungsmuster „Wachkoma“ rekonstruieren, innerhalb dessen sich mehrere Interpretationsschemata und prinzipiell unbestimmbar viele in Argumentationslinien verknüpfte Deutungsmusterelemente zum Stichwort „Wachkoma“ identifizieren lassen. Diesen – meines Erachtens mit der Lesart des Phänomens „Deutungsmuster“ z.B. durch Yvonne Schütze (1991 und 1992) kompatiblen – Begriffsdektionismus legitimiere ich hier durch eine extensive Auslegung der bei Reiner Keller (2011: 20) gefundenen Bemerkung, „die Bestimmung des Anfangs und Endes eines Diskurses“ werde „in Abhängigkeit von der Forschungsfrage getroffen.“ Und unsere *zentrale* Forschungsfrage bezog sich nun eben darauf,

- a) was welche Arten von Akteuren woher wissen, wenn von „Wachkoma“ (Nydahl 2007; Geremek 2009) – oder von etwelchen Synonymen dieses Begriffs wie „Apallisches Syndrom“ (Gerstenbrand 1967), „Vegetative State“ (Jennett/Plum 1972) und „Unresponsive Wakefulness Syndrome“ (Laureys u.a. 2010) – die Rede ist,
- b) welche Arten von Implikationen und Konnotationen sie 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.

In einer 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/Schetsche 2001; Schetsche/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.

Von Beginn der Projektlaufzeit an haben wir dazu entsprechendes Material gesammelt. 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“ (Waldschmidt/Klein/Tamayo Korte 2009) als medial geprägt und inwieweit es diesem gegenüber als ‘eigensinnig’ erscheint.<sup>6</sup> Diese kleine Studie zeigt uns, dass „die Leute“ mehr über das Phänomen „Wachkoma“ wissen, das heißt, 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 – und damit eben genuin diskursanalytisch fassbares – Wissen ist.

---

## Mit im Wachkoma lebenden Menschen befasste Personen

Den „Nicht-Involvierten“ stellen wir jene Art von Akteuren gegenüber, die ich hier summarisch als „Involvierte“ bezeichne. 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

---

6 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, so dass 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 (vor-),„informierte“ Vermutungen zum Verhältnis der Wissensbestände einschlägiger Experten zu denen von Laien anstellen.

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 doch mit einem „Trajekt“ zu tun:<sup>7</sup> 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 nun vor allem – im weiteren Sinne verstandene – „Angehörige“ von in diesem Zustand befindlichen Menschen auf der einen Seite und „professionell“ – auch semi- und paraprofessionell – damit befasste Akteure auf der anderen Seite (vgl. Hitzler 2014a).

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 – mehr oder weniger deutlich in als solchen bestimmbaren Milieuzusammenhängen ‘geltendes’ – sozial geteiltes Wissen. Dieses sozial geteilte Wissen fassen wir in unserem Projekt eben mit dem in der interpretativen Sozialforschung etablierten, aber durchaus unterschiedlich konnotierten Konzept des Deutungsmusters<sup>8</sup> – als einem relativ stabilen, handlungsrelevanten und in (teilweise konfligierenden) Interpretations-schemata differenzierten Mindset.

Mit Ulrich Oevermann (2001a, 2001b) gehe ich 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

---

7 Vgl. Gerwin/Lorenz-Krause (2005), Schütze (1995), Strauss (1993, 1998), Soeffner (1991).

8 Vgl. dazu z.B. Thomssen (1980), Arnold (1983), Meuser/Sackmann (1992), Lüders/Meuser (1997), Keller (2014).

*Komplex* von ihrer Wahrnehmung nach ‘objektiv’ gegebenen lebenspraktischen Bewältigungsproblemen gestellt sehen. Das Deutungsmuster „Wachkoma“ liefert hier ein zumindest von Ungewissheit und Unsicherheit entlastendes Erklärungsmodell für die (in der Regel katastrophal) veränderte Wirklichkeit. In Bezug auf diese Art von Akteuren kann das Deutungsmuster selber also zweifellos als sozial gültiges Lösungskonzept ihrer grundlegenden Bewältigungsprobleme verstanden werden. Etwelche im Rahmen des Deutungsmusters verfügbaren Interpretations-schemata aber können, mangels Passung und/oder aufgrund widersprüchlicher Implikationen, je individuelle Bewältigungsprobleme aber auch verstärken oder erst generieren.

Die Frage, inwieweit das der *Oevermannschen Konzeption* gemäß begriffene Deutungsmuster „Wachkoma“ den je zutiefst subjektiven Sinn- und Handlungsbedarf des nicht professionell affizierten, sondern *existenziell* involvierten Angehörigen – weniger theoretisch als praktisch – zu decken vermag, versuche ich – im Abgleich mit umfangreichen eigenen Videoaufzeichnungen (vgl. Hitzler 2012a) zum einen und mit Ratgeber-Publikationen und Betroffenenberichten zum anderen – qua phänomenologisch kontrollierter Introspektion zu klären.<sup>9</sup> Dass es *mir* (und diese Idiosynkrasie reklamiere ich hier tatsächlich *nur* für mich) damit selbstredend (und bekanntlich?) vor allem um „die Ebene der subjektiven Sinnattribution“ (Keller 2011: 101 f.) bzw. um die Beschreibung von Vorgängen der subjektiven Sinnkonstitution geht, ist nicht nur Reiner Keller zufolge, sondern auch meiner Einschätzung nach für die von ihm protegierte Diskursforschung allerdings kaum bzw. eher kontradiktorisch relevant: Phänomenologie, wie ich sie verstehe, ist ein anderes ‘Geschäft’ (vgl. Hitzler 2010b, 2012b, 2012c, 2012d, 2014c) – ein ‘Geschäft’ im Übrigen, das auch wir in unserem Deutungsmuster-Projekt kaum betreiben, sondern eher als methodologische Fundierung unserer genuin *wissenssoziologischen* Fragen voraussetzen.

---

9 Zwischen Februar 2009 und Februar 2012 habe ich einen Menschen mit einer schweren hypoxischen Hirnschädigung in den letzten drei Jahren seines Lebens begleiten und betreuen dürfen. In jener Zeit habe ich (mit-)erlebt, wie das menschliche Leben, mit Martin Heidegger (1967) begriffen als Ganzheit des Daseins, in seiner Qualität als *Sein zum Tode* unabweisbar und in seiner Qualität als *Mit-Sein* im hohen Maße rätselhaft wird. Hier, im Grenzgebiet zwischen Leben und Nicht-mehr-Leben, sehe ich Klärungsbedarf zu solchen basalen Fragen wie: Ist der Mensch ein Mensch dadurch, dass er das „Gattungsschicksal“ teilt? Ist der Mensch ein Subjekt dadurch, dass er als Individuum sinnhaft handelt? Ist das Subjekt eine Person dadurch, dass, bzw. dann, wenn sein Handeln sinnhaft an Anderen orientiert ist? (Oder) ist die Person (und ist *nur* eine Person) ein sozialmoralisch relevanter Anderer, wenn ihr von anderen Subjekthaftigkeit attestiert wird?



## Expertenwissen zum Deutungsmuster „Wachkoma“ I

Durch phänomenologische Reflexionen also zwar informiert, empirisch aber entschieden ‘kanonischer’ am Methodenfundus explorativ-interpretativer bzw. „qualitativer“ Sozialforschung orientiert, haben uns im Projekt eben insbesondere Inhalte und Strukturen genuin *professioneller* (und semiprofessioneller) Wissensbestände interessiert: derer von Mediziner\*innen, Pflegekräften und Therapeuten, aber auch derer des Personals von (von uns so genannten) Begleitagenturen des Wachkoma-Trajekts (also von Gerichten, Krankenkassen, Pflegeversicherungen, Rentenanstalten und Sozialämtern). Am einschlägigen professionellen Diskurs beteiligen sich überdies auch Vertreter anderer wissenschaftlicher Disziplinen – etwa des Rechts, der Biologie, der Psychologie, der Philosophie, der Theologie und selbstredend – ganz zentral – der Neurowissenschaften.<sup>10</sup>

Selbstverständlich geht es dabei *grundsätzlich* auch um das Verhältnis bzw. die wechselseitige Beeinflussung von gesellschaftlich allgemein verbreitetem Wissen hier und der Sonderwissensbestände von Professionellen da. Mit guten Gründen meinen wir aber, dass das, was zum Thema „Wachkoma“ einerseits öffentlich und was andererseits zwischen Spezialisten und Experten dazu verhandelt wird, eher punktuell ineinandergreift (z.B. skandal- bzw. sensationsevoziert wie eben bei den bereits genannten Terri-Shiavo-, Prinz-Friso- und Michael-Schuhmacher-Effekten) und ansonsten zeitverzögert und sachhaltigkeitsgefiltert von der einen zur anderen Seite (und möglicherweise auch wieder zurück) transferiert wird. Dementsprechend folgen wir Reiner Kellers Kritik an der Engführung des Deutungsmusterbegriffs bei Oevermann (vgl. Keller 2014: 152 f.) und registrieren bzw. rekonstruieren – im Anschluss hier nun an das Deutungsmusterkonzept von Carsten Ullrich (1999) – *vor allem* die Beziehungen, Abhängigkeiten, Verwiesenheiten, Überlagerungen, Widersprüchlichkeiten und Unverträglichkeiten der jeweiligen Argumentationslinien *in* (den) verschiedenen professionsspezifischen und professionenübergreifenden Diskurssträngen.<sup>11</sup> Denn *diese* und nicht – jedenfalls *noch* nicht – den Diskursstrang der sogenannten öffentlichen Meinung sehen wir als entscheidend an für die Frage, wie mit im Zustand „Wachkoma“ befindlichen Men-

---

10 Vgl. z.B. Dumit (2003), Owen/Coleman (2008) und, generell, Bennett/Hacker (2010).

11 Unter (den) Experten werden mit Blick auf den Symptomkomplex „Wachkoma“ gegenwärtig z.B. „alte“ klinische Einsichten in Relation zu Ergebnissen neuester high-tech-basierter Forschung diskutiert, werden allenthalben möglicherweise bahnbrechende Erkenntnisse gewonnen und werden (infolge dessen) immer feinere Binnendifferenzierungen vorgeschlagen und vorgenommen (vgl. z.B. Stender u.a. 2014; vgl. aber auch Bender 2013).

schen *praktisch* umgegangen wird – bis hin zur Frage, ob sie leben oder sterben sollen (vgl. nochmals Pahl/Hitzler 2012 und Hitzler/Grewe 2013).

### Exkurs: Zwischen Leben und Sterben

Das Grundproblem nachhaltiger Akzeptanz von schwer und schwerst hirngeschädigten Menschen als sozialmoralisch relevanten Anderen und damit ihre soziale „Lebendigkeit“ hat vor allem damit zu tun, dass das Statthaben von – im weitesten Sinne verstandener – Kommunikation ausgesprochen zweifelhaft wird im Umgang mit ihnen:

„Zwar gibt es körperliche Expressionen (...) bei schwerst bewusstseinsbeeinträchtigten Menschen, die als gezielte, reflexive Bezugnahme auf die Umwelt gedeutet werden können. Es bleibt jedoch häufig unklar, ob diese Entäußerungen als ein Ausdrucksverhalten im Sinne exzentrischer Positionalität zu verstehen sind.“ (Remmers/Hülsken-Giesler/Zimansky 2012: 676)

Mangels Erfüllung ‘normaler’ Verantwortlichkeitserwartungen unterminieren im Wachkoma lebende Menschen somit also *nicht nur* Interaktionsnormalitäten und damit auch die gewohnten Intersubjektivitätserfahrungen und -erwartungen, wie das etwa körperlich und vor allem geistig beeinträchtigte, demente und manche psychiatrisierte Menschen (auch) tun. Sie unterminieren – wie sonst nur anhaltend offenkundig bewusstlose und (hirn-)tote Menschen (vgl. zur Differenz aber z.B. Laureys 2006) – darüber hinaus tatsächlich nachgerade alle dem gemeinen Alltagsverstand plausiblen Kriterien, denen entsprechend einem Individuum der Status zugesprochen wird, eine *Person* zu sein. Denn das miteinander Kommunizieren – in welcher Form auch immer – ist eben auch der entscheidende Indikator dafür, dass wir etwas anderem Bewusstsein attestieren (vgl. dazu auch Giacino u.a. 2002; Heindorf 2005).

Dergestalt entsteht bzw. erwächst ein neues, soweit wir sehen noch kaum diskutiertes Folgeproblem medizinischen Fortschritts: das Problem, dass sich das Interesse der hierdurch informierten Ärzte (wieder einmal) konzentriert auf *die* Art von Patienten, denen – mit im Bedarfsfalle avancierten Mitteln – geholfen werden kann. Das heißt, dass durch die technologisch avancierte ‘in vivo’-Forschung zwar ganz aktuell eine bis anhin unhintergehbare ‘Grenze’ überwunden zu werden scheint. Das bedeutet im Umkehrschluss aber auch, dass in dem Maße, in dem mittels je innovativer Mess- und Erfassungsmethoden bei *manchen* Menschen im Wachkoma Bewusstsein nachgewiesen werden kann, sozusagen wieder eine neue Kategorie von menschlichem ‘Ausschuss’ entsteht: Zum ‘Ausschuss’ werden nun

all die Menschen, die im Wachkoma leben und bei denen auch mit diesen neuen, als höchst sensibel messend geltenden Verfahren *keine* Hirnaktivitäten aufzeigbar evoziert werden können:

„Sollte es eines Tages (...) möglich sein, etwa für eine bestimmte Unterkategorie von Patienten mit apallischem Syndrom (‘Wachkoma-Patienten’) ein Kriterium anzugeben, das einwandfrei getestet werden kann und einen irreversiblen Verlust des Bewusstseins mit Sicherheit zur Folge hat, so sehe ich keine Bedenken dagegen, dass auch diese Menschen als ‘tot’ bezeichnet werden.“ (Hoerster 1997: 46)

Das aber heißt, dass Menschen im chronifizierten Wachkoma nicht nur *biologisch* „am Rand zum Tode“ leben (vgl. Grewe/Hitzler 2013), sondern angesichts ihrer sozusagen notorischen Nichterfüllung üblicher, ja selbst ‘das Übliche’ bereits professionell deutlich einschränkender Kommunikationserwartungen eben auch *sozial* in einer ausgesprochen prekären Zwischenwelt zwischen ‘Leben lassen und Sterben machen’ bzw. ‘Leben machen und Sterben lassen’ existieren. *Wie* prekär diese Form der Existenz ist, sehen wir z.B. beim Blick auf entsprechende Regelungen in einigen unserer Nachbarländer, aber auch im Verfolg der einschlägigen medizinethischen und medizinrechtlichen Debatten hierzulande.<sup>12</sup> Dabei geht es, vereinfacht zusammengefasst, um Machbares und Wünschbares, um Diagnosen und Prognosen, um Intensivmedizin und Behandlungsabbruch, um Projektionen und gesicherte Erkenntnisse, um Menschenwürde und Dahinvegetieren. Und es geht dabei letztendlich eben immer um die Frage, was das Recht auf ein sogenanntes „selbstbestimmtes“ *Sterben* für im Wachkoma lebende Menschen impliziert.<sup>13</sup>

---

## Expertenwissen zum Deutungsmuster „Wachkoma“ II

Weil wir bei unseren Beobachtungen im „klinischen“ Alltag in der Regel pragmatische Mischformen von Deutungsmustersträngen gefunden haben, schließen sich daran dann – ausgehend von jener zentralen Annahme der Wissenssoziologie, dass Menschen, die Wissen generieren, stets in bestimmten sozialen Zusammenhängen

---

12 Vgl. z.B. de Ridder (2010), Jox (2011), Kamann (2009), Klie/Student (2007) sowie Beiträge in Jox/Kühlmeyer/Borasio (2011) und Jox u.a. (2012).

13 Vgl. Putz/Gloor (2011), Putz/Steldinger (2012) sowie Beiträge in Dörr/Grimm/Neuer-Miebach (2000), in Jox/Kühlmeyer/Borasio (2011) und in Ueberschär/Ralph (2007); vgl. zur ganzen Problematik aus wissenssoziologischer Sicht Schneider (2014: vor allem 69 ff.).

stehen, die jeweils in die Prozesse des Erkennens und in den Inhalt des Erkannten oder Gewussten eingehen (vgl. Knoblauch 2005: 14) – naheliegender Weise Fragen an wie die, a) *welche* Einstellungen und Ansichten zum Deutungsmuster „Wachkoma“ mit *welchen* (Arten von) Positionierungen im sozialen Raum korrelieren,<sup>14</sup> ob b) die Positionierungen ‘erklären’, dass die positionierten Akteure bestimmte Einstellungen und Ansichten zu dem infrage stehenden Deutungsmuster haben oder ob c) bestimmte Einstellungen und Ansichten zu bestimmten Positionierungen führen bzw. diese evozieren, und schließlich: d) wie ‘trennscharf’ Differenzen von Konstellationen sozialräumlicher Positionierungen sind bzw. welche Übereinstimmungen sich über die verschiedenen Argumentationslinien im Rahmen des Deutungsmusters „Wachkoma“ hinweg identifizieren lassen.

Dazu haben wir – allerdings eher gelegenheitsorientiert als im diskursanalytischen Sinne systematisch – 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 gesammelt, gesichtet, geordnet und interpretiert. Auf der Basis von Dokumentationen einschlägiger, disziplinär heterogener Forschungsprojekte haben wir Leitfadeninterviews 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 haben wir die verschiedenen im Projekt versammelten disziplinären Perspektiven genutzt. Jessica Pahl befasst sich als Soziologin dazuhin 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 rekonstruierte 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

---

14 Antworten darauf haben wir exemplarisch in einer Fallstudie gewonnen, in der wir eine Modell-Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen zur Betreuung von sogenannten Phase F-Patienten erkundet haben. 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. Vgl. dazu Hitzler/Leuschner/Mücher (2013) und Hitzler (2014b).

Rechtsprechung, in der Forschung, in Medien und sozusagen bei Jedermann. Wissensrekonstruktionen in derart unterschiedlich strukturierten bzw. organisierten Kontexten erfordern naheliegender Weise auch unterschiedliche methodische Zugänge: Zentral gestellt haben wir dabei die ethnographische Feldarbeit, denn unbeschadet der vielfältigen Vorteile, die wie und wo auch immer vorfindliche Text-Dokumente ebenso wie, auch von uns genutzte, nichtstandardisierte (bzw. nicht-direktive) Interviews bieten – wie z.B. die Offenlegung expliziter Wissensbestände und die relativ gute Vergleichbarkeit von damit gewonnenen Daten –, bleiben implizite Wissensbestände und nicht sprachlich gefasste Sinnschichten dabei un- bzw. zumindest unterthematziert. Deshalb haben wir sie um andere Erkundungstechniken ergänzt, 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) – an Grenzen, die *ich* durch phänomenologische Deskriptionen, die *wir* im Projekt aber vor allem durch wissenssoziologische Hermeneutik bei der Datenauslegung wieder auszuweiten versucht haben.

Für meine Frage nach der Relevanz der WDA für die Rekonstruktion des Deutungsmusters „Wachkoma“ impliziert das zumindest, dass die intersubjektiv zugänglichen Wissensbestände, die wir unter dem populären Begriff „Wachkoma“ subsumieren können und die das damit etikettierbare Deutungsmuster konstituieren, *empirisch* als ‘Stränge’ des *Diskurses* über „Wachkoma“ erscheinen. Diese verschiedenen Diskursstränge sowie ihre Verknüpfungen und ihre Unverträglichkeiten ebenso wie auch die *Struktur* des Diskurses insgesamt sind anhaltend Gegenstand projektreflektierender Diskussionen, in denen wir immer wieder genuin medizinische, genuin gesundheitswissenschaftliche, genuin professionssoziologische und genuin kommunikationsanalytische Aspekte unseres Materialkonvoluts auch sozusagen diskursanalytisch informiert und sensibilisiert (vgl. Keller 2011: 9) interpretiert haben und interpretieren. Was wir im gegebenen Förderungsrahmen hingegen *nicht* leisten konnten, war, das, was wir getan haben, methodisch so ordentlich begründet zu tun, dass es einigermaßen den Anweisungen von Reiner Keller (2011) zur WDA-gemäßen Vorgehensweise (ebd.: 83 ff.) und Feinanalyse (ebd.: 97 ff.) entspräche.<sup>15</sup>

Ich resümiere: Vor dem Hintergrund dessen, was ich hier skizziert habe, steht meines Erachtens außer Frage, dass die WDA als „sensitizing concept“ für ein

---

15 Am ehesten dürfte – auch rückblickend betrachtet – unser Projekt also wohl mit der Idee einer „Diskursethnographie“ (Keller 2011: 94 f.) korrespondieren.

Unterfangen wie das der Rekonstruktion des alltagsverständlich diffusen und professionell vielschichtigen Deutungsmusters „Wachkoma“ (prinzipiell) hochgradig relevant ist. Denn die vielfältigen intersubjektiv zugänglichen Wissensbestände zu diesem alles andere als exakt definierten Symptomkomplex, die in aller Regel mit etwelchen Wahrheitsansprüchen einhergehen und dergestalt ganz praktische Konsequenzen zeitigen, werden offenkundig eben *qua* Diskursen ‘bereitgestellt’ und augenscheinlich *in* solchen auch gesellschaftlich wirkmächtig gemacht.

---

## Literatur

- Arnold, R. (1983): Deutungsmuster. Zu den Bedeutungselementen sowie den theoretischen und methodologischen Bezügen eines Begriffs. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 29(6), S. 893–912.
- Bender, A. (2013): Derzeitiger Forschungsstand: ‘Keine Vorhersage des Verlaufes möglich!’ Wachkomaforschung weiterhin spannende Aufgabe. In: *Wachkoma und danach* 1/2013, S. 16–19.
- Bennett, M. R./Hacker, P. M. S. (2010): Die philosophischen Grundlagen der Neurowissenschaft. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Corbin, J. M./Strauss, A. L. (1988): *Unending work and care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- De Ridder, M. (2010): *Wie wollen wir sterben?* München: Deutsche Verlagsanstalt.
- Dörr, G./Grimm, R./Neuer-Miebach, T. (Hrsg.) (2000): *Aneignung und Enteignung*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Dumit, J. (2003): *Picturing Personhood. Brain Scans and Biomedical Identity*. Princeton: Princeton University Press.
- Fröhlich, A. (1994): Pädagogische Überlegungen zum Thema Bewußtsein und Bewußtlosigkeit. In: *Bienstein, C./ders. (Hrsg.): Bewußtlos. 2. Auflage*, Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Geremek, A. (2009): *Wachkoma*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Gerstenbrand, F. (1967): *Das traumatische apallische Syndrom*. Wien: Springer.
- Giacino, J. T./Ashwal, S./Childs, N./Cranford, R./Jennett, B./Katz, D. I./Katz, D. I./Rosenberg, J. H./Whyte, J./Zafonte, R. D./Zasler, N. D. (2002): The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. In: *Neurology* 58(3), S. 349–353.
- Gerwin, B./Lorenz-Krause, R. (Hrsg.) (2005): *Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen*. Münster: LIT.
- Grewe, H. A. (2012): Wachkoma: Deutungsmuster eines irritierenden Phänomens. In: *Schröer, N./Hinnenkamp, V./Kreher, S./Poferl, A. (Hrsg.): Lebenswelt und Ethnographie*. Essen: Oldib, S. 367–378.
- Grewe, H. A./Hitzler, R. (2013): Die tagtägliche Sorge. In: *Not* 6, S. 20–23.
- Hannich, H.-J. (1993): Bewusstlosigkeit und Körpersprache. In: *Praxis der Psychologie und Psychosomatik* 38(4), S. 219–226.
- Heidegger, M. (1967): *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer.
- Heindorf, R. (2005): Interaktions- und Kommunikationsanbahnung bei Patienten im minimal conscious state. In: *Reha aktuell* 2(2), S. 13–16.

- Hitzler, R. (2010a): Mindsets. Postmodernistische Deutungskonzepte zur Wissensverteilung unter Individualisierungsbedingungen. In: Berger, P. A./ders. (Hrsg.): Individualisierungen. Ein Vierteljahrhundert 'jenseits von Stand und Klasse'? Wiesbaden: VS, S. 325–338.
- Hitzler, R. (2010b): Ist da jemand? Über Appräsentationen bei Menschen im Zustand 'Wachkoma'. In: Keller, R./Meuser, M. (Hrsg.): Körperwissen. Über die Renaissance des Körperlichen. Wiesbaden: VS, S. 69–84.
- Hitzler, R. (2012a): 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 am Main 2010. Wiesbaden: Springer (CD-ROM).
- Hitzler, R. (2012b): Hirnstammwesen? Das Schweigen des Körpers und der Sprung in den Glauben an eine mittlere Transzendenz. In: Gugutzer, R./Böttcher, M. (Hrsg.): Körper, Sport und Religion. Wiesbaden: VS, S. 125–139.
- Hitzler, R. (2012c): Die rituelle Konstruktion der Person. Aspekte des Erlebens eines Menschen im sogenannten Wachkoma [44 Absätze]. In: Forum Qualitative Sozialforschung 13(3), Online verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1203126> (Zugriff: 23.11.2015).
- Hitzler, R. (2012d): Am Ende der Welt? Zur Frage des Erlebens eines Menschen im Wachkoma. In: Schröer, N./Hinnenkamp, V./Kreher, S./Pofelr, A. (Hrsg.): Lebenswelt und Ethnographie. Essen: Oldib, S. 355–366.
- Hitzler, R. (2014a): In der Konsensmaschinerie. Milieuzugehörigkeit zwischen dem Entdecken von Gemeinsamkeiten und dem Erleben von Gemeinschaft. In: Isenböck, P./Nell, L./Renn, J. (Hrsg.): Die Form des Milieus. Sonderband 1 der Zeitschrift für Theoretische Soziologie. Weinheim: Beltz, S. 100–114.
- Hitzler, R. (2014b): Praktische Deutungen. Eine komplexe Ethnographie zum Umgang mit Menschen im Wachkoma. In: ders./Gothe, M. (Hrsg.): Ethnographische Erkundungen. Wiesbaden: VS, S. 89–102.
- Hitzler, R. (2014c): Ist der Mensch ein Subjekt? Ist das Subjekt ein Mensch? Über Diskrepanzen zwischen Doxa und Episteme. In: Pofelr, A./Schröer, N. (Hrsg.): Wer oder was handelt? Zum Subjektverständnis der hermeneutischen Wissenssoziologie. Wiesbaden: VS, S. 121–141.
- Hitzler, R./Grewé, H. A. (2010): Deutungsmuster 'Wachkoma'. Eine projektfokussierte Trajektanalyse. Dortmund und Fulda: Förderantrag an die DFG.
- Hitzler, R./Grewé, H. A. (2013): Wie das Bewusstsein (der einen) das Sein (der anderen) bestimmt. Über ungleiche Lebensbedingungen von Menschen im Wachkoma. In: Berli, O./Endreß, M. (Hrsg.): Wissen und soziale Ungleichheit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 240–259.
- Hitzler, R./Leuschner, C. I./Mücher, F. (2013): Lebensbegleitung im Haus Königsborn. Konzepte und Praktiken in einer Langzeitpflegeeinrichtung für Menschen mit schweren Hirnschädigungen. Weinheim: Beltz Juventa.
- Hoerster, N. (1997): Definition des Todes und Organtransplantation. In: Universitas 52(607), S. 42–52.
- Honer, A. (1989): Einige Probleme lebensweltlicher Ethnographie. Zur Methodologie und Methodik einer interpretativen Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie 18(4), S. 297–312.

- Jennett, B./Plum, F. (1972): Persistent Vegetative State after Brain Damage. In: *The Lancet* 299(7753), S. 734–737.
- Jox, R. J. (2011): *Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens*. Hamburg: edition Körber-Stiftung.
- Jox, R. J./Kühlmeier, K./Borasio, G. D. (Hrsg.) (2011): *Leben im Koma*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jox, R. J./Kühlmeier, K./Marckmann, G./Racine, E. (Hrsg.) (2012): *Vegetative State – A Paradigmatic Problem of Modern Society*. Münster: LIT.
- Kamann, M. (2009): *Todeskämpfe*. Bielefeld: transcript.
- Keller, R. (1997): Diskursanalyse. In: Hitzler, R./Honer, A. (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik*. Opladen: Leske + Budrich, S. 309–334.
- Keller, R. (2005): *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden: VS.
- Keller, R. (2007): Diskurse und Dispositive analysieren. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Beitrag zu einer wissenschaftlichen Profilierung der Diskursforschung [46 Absätze]. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 8(2), Online verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/243/538> (Zugriff: 23.11.2015).
- Keller, R. (2008): *Michel Foucault*. Konstanz: UVK.
- Keller, R. (2010): *Der Müll der Gesellschaft. Eine wissenssoziologische Diskursanalyse*. In: ders./Hirsland, A./Schneider, W./Viehöver, W. (Hrsg.): *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse, Band 2: Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS, S. 197–232.
- Keller, R. (2011): *Diskursforschung*. Wiesbaden: VS.
- Keller, R. (2014): Wissenssoziologische Diskursforschung und Deutungsmusteranalyse. In: Behnke, C./Lengersdorf, D./Scholz, S. (Hrsg.): *Wissen – Methode – Geschlecht: Erfassen des fraglos Gegebenen*. Wiesbaden: VS, S. 143–159.
- Keller, R./Hirsland, A./Schneider, W./Viehöver, W. (Hrsg.) (2005): *Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit*. Konstanz: UVK.
- Keller, R./Hirsland, A./Schneider, W./Viehöver, W. (Hrsg.) (2010): *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse, Band 2: Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS.
- Keller, R./Hirsland, A./Schneider, W./Viehöver, W. (Hrsg.) (2011): *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse, Band 1: Theorien und Methoden*. Wiesbaden: VS.
- Keller, R./Truschkat, I. (Hrsg.) (2014): *Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse, Band 1: Interdisziplinäre Perspektiven*. Springer: VS.
- Klie, T./Student, J. C. (2007): *Sterben in Würde*. Freiburg: Herder.
- Knoblauch, H. (2005): *Wissenssoziologie*. Konstanz: UVK.
- Laureys, S. (2006): Hirntod und Wachkoma. In: *Spektrum der Wissenschaft* 2/2006, 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./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). Online verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/68> (Zugriff: 23.11.2015).
- Lucius-Hoene, G. (2000): Die Hirnschädigung als subjektive Erfahrung und Bewältigungsaufgabe. In: Fries, W./Wendel, C. (Hrsg.): *Ambulante Komplex-Behandlung von hirngeschädigten Patienten*. München: Zuckschwerdt, S. 3–18.



- Lüders, C./Meuser, M. (1997): Deutungsmusteranalyse. In: Hitzler, R./Honer, A. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen: Leske + Budrich, S. 57–80.
- Meuser, M./Sackmann, R. (1992): Zur Einführung: Deutungsmusteransatz und empirische Wissenssoziologie. In: dies. (Hrsg.): Analyse sozialer Deutungsmuster. Beiträge zur empirischen Wissenssoziologie. Pfaffenweiler: Centaurus, S. 9–37.
- Multi-Society Task Force on PVS (MSTF) (1994): Medical aspects of the persistent vegetative state (first of two parts). In: *The New England Journal of Medicine* 330, S. 1499–1508.
- Nydahl, P. (Hrsg.) (2007): Wachkoma. München: Urban & Fischer.
- Oevermann, U. (2001a): Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern. In: *Sozialer Sinn* 2(1), S. 3–33. [1973]
- Oevermann, U. (2001b): Die Struktur sozialer Deutungsmuster. In: *Sozialer Sinn* 2(1), S. 35–81.
- Owen, A. M./Coleman, M. R. (2008): Functional neuroimaging of the vegetative state. In: *Nature Reviews Neuroscience* 9(3), S. 235–243.
- Pahl, J./Hitzler, R. (2012): Ein peinliches Artefakt. Zur Debatte über die Ver- und Entsorgung von Menschen, die im sogenannten Wachkoma leben. In: Löw, M. (Hrsg.): Vielfalt und Zusammenhalt. Verhandlungen des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bochum und Dortmund 2012, Teil 1. Frankfurt am Main: Campus (CD-ROM).
- Pläß, C./Schetsche, M. (2001): Grundzüge einer wissenssoziologischen Theorie sozialer Deutungsmuster. In: *Sozialer Sinn* 2(3), S. 511–536.
- Putz, W./Gloor, E. (2011): Sterben Dürfen. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Putz, W./Steldinger, B. (2012): Patientenrechte am Ende des Lebens. 4., völlig überarbeitete Auflage, München: C.H.Beck.
- Remmers, H./Hülken-Giesler, M./Zimansky, M. (2012): Wachkoma, Apallisches Syndrom: Wie tot sind Apalliker? In: Anderheiden, M. (Hrsg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde. Berlin: de Gruyter, S. 671–696.
- Rumpl, E. (1997): Trauma. In: Jörg, J. (Hrsg.): Neurologische Therapie. Berlin: Springer, S. 225–241.
- Schetsche, M./Schmied-Knittel, I. (2013): Deutungsmuster im Diskurs. In: *Zeitschrift für Diskursforschung* 1(1), S. 24–45.
- Schmidt, C. (2012): Analyse von Leitfadentexten. In: Flick, U./von Kardoff, E./Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek: Rowohlt, S. 447–455.
- Schneider, W. (2014): Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende. In: Schnell, M. W./ders./Kolbe, H. (Hrsg.): Sterbewelten. Eine Ethnographie. Wiesbaden: VS, S. 51–138.
- Schütze, F. (1995): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand in der interpretativen Soziologie. In: Krüger, H.-H./Marotzki, W. (Hrsg.): Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 116–157.
- Schütze, Y. (1991): Die gute Mutter. Zur Geschichte des normativen Musters 'Mutterliebe'. Bielefeld: Kleine.
- Schütze, Y. (1992): Das Deutungsmuster 'Mutterliebe' im historischen Wandel. In: Meuser, M./Sackmann, R. (Hrsg.): Analyse sozialer Deutungsmuster. Beiträge zur empirischen Wissenssoziologie. Pfaffenweiler: Centaurus, S. 39–48.
- Soeffner, H.-G. (1991): 'Trajectory' – Das geplante Fragment. In: *BIOS Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History* 4(1), S. 1–12.

- Soeffner, H.-G./Hitzler, R. (1994): Hermeneutik als Haltung und Handlung. Über methodisch kontrolliertes Verstehen. In: Schröder, N. (Hrsg.): Interpretative Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 28–55.
- Stender, J./Grosserries, O./Bruno, M.-A./Charland-Verville, V./Vanhauzenhuysse, A./Demertzi, A./Chatelle, C./Thonnard, M./Thibaut, A./Heine, L./Soddu, A./Boly, M./Schnakers, C./Gjedde, A./Laureys, S. (2014): Diagnostic precision of PET imaging and functional MRI in disorders of consciousness: a clinical validation study. In: *The Lancet* 384(9942), S. 514–522.
- Strauss, A. L. (1993). *Continual Permutations of Action*. New York: de Gruyter.
- Strauss, A. L. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Wilhelm Fink.
- Strauss, A. L./Corbin, J. M. (1996): *Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Thomssen, W. (1980): Deutungsmuster – eine Kategorie der Analyse von gesellschaftlichem Bewusstsein. In: Weymann, A. (Hrsg.): *Handbuch für die Soziologie der Weiterbildung*. Darmstadt: Luchterhand, S. 358–373.
- Ueberschär, E./Ralph C. (Hrsg.) (2007): *Lebensverlängernde Maßnahmen beenden? Gesetzeslage, Rechtsprechung, Medizinische Praxis*. Rehbürg-Loccum: Evangelische Akademie.
- Ullrich, C. G. (1999): Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview. In: *Zeitschrift für Soziologie* 28(6), S. 429–447.
- Viehöver, W./Keller, R./Schneider, W. (Hrsg.) (2012): *Diskurs – Sprache – Wissen: Interdisziplinäre Beiträge zum Verhältnis von Sprache und Wissen in der Diskursforschung*. Springer: VS.
- Waldschmidt, A./Klein, A./Tamayo Korte, M. (2009): *Das Wissen der Leute. Bioethik, Alltag und Macht im Internet*. Wiesbaden: VS.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1(1), Online verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> (Zugriff: 23.11.2015).
- Zieger, A. (2002): Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen Bio- und Beziehungsmedizin. In: *Intensiv* 10, S. 261–274.