

Ronald Hitzler

In der Konsensmaschinerie

Milieuzugehörigkeit zwischen dem Entdecken
von Gemeinsamkeiten und dem Erleben von
Gemeinschaft

Para mi compañera.

Vor dreißig Jahren haben Anne Honer und ich einige terminologische Vorschläge zur theoretischen Verständigung über die Phänomene Lebenswelt, Milieu und Situation gemacht, die dann 1984 in der damals noch von René König herausgegebenen Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie veröffentlicht worden sind (vgl. Hitzler/Honer 1984). Danach haben wir uns zwar immer wieder mit Lebenswelt und Situation, mit Milieu *theoretisch* hingegen gar nicht mehr und *empirisch* eher unreflektiert befasst. Im Folgenden denke ich über Milieu vor allem vor dem Hintergrund posttraditionaler Vergemeinschaftung und im Verhältnis zum Phänomen des Mindsets nach. Und der materiale Gegenstand meiner Überlegungen stammt aus einem größeren Forschungszusammenhang, auf den ich mich seit 2009 konzentriert habe (vgl. Hitzler 2010a, 2012a und 2012b; Hitzler/Grewe 2011; Hitzler/Mücher 2012).

Das Phänomen Milieu

Unbeschadet aller seinerzeit für Anne Honer und mich wichtigen konstitutionsanalytischen Fragen bietet sich für meine heutige Problemstellung der flüchtige Verweis auf Aron Gurwitsch (1977) vor allem deshalb noch an, weil dieser u.v.a. darauf hinweist, dass der Begriff Milieu *verschiedene* Modi des Zusammenlebens impliziert, auf Max Scheler (2008), weil dieser den Zusammenhang von Milieu und unhinterfragter („relativ-natürlicher“) Weltanschauung thematisiert, und auf Richard Grathoff (1989) und Bruno Hildenbrand (1983), weil diese Milieu als besonders selbstverständlichen Bereich der alltäglichen Lebenswelt charakterisieren. Dies notiere ich nur,

weil auf diesen Aspekten des Begriffs – pointiert: relative Fraglosigkeit und verschiedene Formen des Miteinanders – mein Vorschlag basiert, kategorial zwischen *eingelebten* Milieus einerseits und *erschlossenen* Milieus andererseits zu differenzieren:

Als (in uns) *eingelebte* Milieus bezeichne ich solche, deren symptomatische Deutungsmuster und Praktiken wir so selbstverständlich habitualisiert haben, dass wir erst – manchmal qua mehr oder weniger langwieriger ‚Umerziehung‘, manchmal schockartig – lernen müssen, die Dinge anders zu sehen und/oder anders zu tun, als wir sie zu sehen und zu tun gewohnt sind. (Typische Beispiele hierfür sind solche, die oft auch als schicksalhaft deklariert sind; also z.B. Familien- bzw. Verwandtschafts-, Nachbarschafts- und Gemeindemilieus, ebenso Ethnomilieus im weiteren Sinne.) Als (durch uns) *erschlossene* Milieus hingegen bezeichne ich solche, deren symptomatische Deutungsmuster und Praktiken wir – teils sehr schnell, teils allmählich – zunächst akzeptieren und dann in unser Repertoire übernehmen und zunehmend (auch) für uns verselbstverständlich.¹

Unschwer erkennbar sein dürfte eine gewisse Korrelation eingelebter Milieus mit traditionellen Gemeinschaftsformen und ebenso eine gewisse Korrespondenz erschlossener Milieus mit dem, was wir als posttraditionale Gemeinschaften zu bezeichnen vorgeschlagen haben (vgl. Hitzler 1998; Hitzler/Honer/Pfadenhauer 2008). Damit liegt vermutlich auch nahe, dass das, was ich im Weiteren skizzieren werde, ein Beispiel für die letztere Art von Milieu ist. Wesentlich dabei ist aber, dass ich zwar gewisse Korrespondenzen zwischen Milieus und (solchen) Gemeinschaften konstatiere, dass ich die beiden Phänomene aber durchaus *nicht* als identisch begreife. Damit folge ich lediglich einer Klärung, die schon Max Weber (1972: 22) vorgeschlagen hat:

Keineswegs jede *Gemeinsamkeit* der Qualitäten, der Situation oder des Verhaltens *ist* eine Vergemeinschaftung [...] der dadurch Ausgezeichneten. [...] (A)uch wenn sie auf diese Situation gleichartig reagieren, so ist dies noch keine Vergemeinschaftung, und auch das bloße ‚Gefühl‘ für die gemeinsame Lage und deren Folgen erzeugt sie noch nicht. Erst wenn sie auf Grund dieses Gefühls ihr Verhalten irgendwie *an* einander *orientieren*, entsteht eine soziale Beziehung zwischen ihnen – nicht nur:

1 In Kontakt zu Milieus, die wir uns erst erschließen, kommen wir typischerweise qua neuen Beziehungen, die wir eingehen, qua neuen Interessen und/oder Leidenschaften, qua neuen Arbeitsstellen und qua Lebensereignissen – vor allem in Form existenzieller Auferlegtheiten.

jedes von ihnen zur Umwelt – und erst, soweit diese eine gefühlte Zusammengehörigkeit dokumentiert, ‚Gemeinschaft‘.

Obwohl Weber hier nirgendwo von „Milieu“ spricht, markiert er ganz beiläufig jene Leerstelle, in der ich dieses phänomenologisch verorte: *Zwischen* der für soziale Beziehungen schlechthin konstitutiven Entdeckung von Gemeinsamkeiten (die selbstredend auch Foki von Auseinandersetzungen bilden können) und dem zusammengehörigkeitsgefühligen Erleben von Gemeinschaft (sei sie nun als ‚traditional‘ oder als ‚posttraditional‘ qualifiziert). Eben dort bzw. dann also, wo bzw. wenn die Akteure aufgrund ihrer als solcher begriffenen Gemeinsamkeiten ihr Tun und Lassen aneinander orientieren, diese Orientierung am anderen aber (noch) nicht auf einem *Zusammengehörigkeitsgefühl* basiert, basiert es auf ihrer – geglaubten oder gewollten – *Zugehörigkeit* zu einem Milieu.

Wissenssoziologisch gesehen evoziert die Entdeckung von Gemeinsamkeiten *allein* noch keinen oder allenfalls einen schwachen Bedarf nach aufeinander abgestimmten Weltansichten (es sei denn, *die Weltansichten* würden eben als das entdeckt, was man gemeinsam zu haben scheint). Das Erleben von Gemeinschaft hingegen beinhaltet typischerweise nicht nur, dass man ähnliche Ansichten zur Welt hat, sondern Gemeinschaftserleben impliziert darüber hinaus, dass man die Welt und die Dinge nicht nur gleich, sondern fraglos auch „auf die richtige Weise“ sieht (vgl. dazu die Markierung der Differenz von Ingroup und Outgroup bei Sumner 1913). Übereinstimmende Deutungsschemata in diesem Sinne lösen zwar nicht per se Wir-Gefühle aus. Aber *ohne* die quasi selbstverständliche Übereinstimmung von Deutungsschemata lassen sich Wir-Gefühle kaum stabilisieren (vgl. Hitzler 2008 und 2012c).

Das, was ich als „Milieu“ *zwischen* Gemeinsamkeiten und Gemeinschaft verorte, konstituiert sich somit eben dadurch, dass die einschlägig relevanten Sichtweisen der dem Milieu zugehörigen Akteure aufeinander abgestimmt sind und dass Akteure *dann* zu einem Milieu gehören, wenn sie ihre einschlägig relevante Sichtweise auf die in dem in Frage stehenden Milieu geltende Sichtweise abstimmen, *ohne* dabei bzw. dadurch notwendigerweise bereits Zusammengehörigkeitsgefühle zu empfinden. Wissenssoziologisch definieren wir Milieus folglich über das erfolgreiche Geltendmachen von Wissensbeständen, also über die Herstellung von Konsens(en). Metaphorisch ausgedrückt: *Milieus sind Konsensmaschinen*. Und: So verstanden impliziert jede Vergemeinschaftung auch die Zugehörigkeit zu einem Milieu. Aber eben *nicht* jedes Milieu wird als Gemeinschaft erlebt.

Gerhard Schulze (1992: 174) bezeichnet als Milieus solche „Personengruppen, die sich durch gruppenspezifische Existenzformen und erhöhte Binnenkommunikation voneinander abheben“. Ulf Matthiesen und Hans-

Joachim Bürkner (2004: 77) präzisieren diese Bestimmung wissenssoziologisch: „Unter *Milieus* verstehen wir relativ homogene Interaktionsformen mit erhöhter Binnenkommunikation, die zugleich durch ein zumindest implizites Milieu-Wissen um gemeinsame Praxisformen geprägt sind.“² So verstandene Milieus konstituieren sich, so Schulze, nicht mehr über traditionelle Bindungen – also beispielsweise über Klassen- oder Schichtzugehörigkeit. Vielmehr formieren sie sich aufgrund ähnlicher Vorstellungen der Beteiligten davon, wie sie leben wollen bzw. was für sie wichtig, bedeutsam ist. Schulze, dem es in der „Erlebnisgesellschaft“ um eine kulturtypologische Strukturierung der deutschen Gesellschaft in den 1990er Jahren ging, hat konstatiert, dass im Hinblick auf alltagsästhetische Milieuformierungen das Alter und die Bildung der Menschen an Bedeutung gewonnen haben, während andere Variablen, wie Beruf, Einkommen, Wohnort, Religionszugehörigkeit usw. nur (noch) einen untergeordneten Einfluss auf die Milieuzugehörigkeit haben. Darum, welche Variablen nun für eine im sozialstrukturellen Sinne ‚sachgemäße‘ Modellierung von als „Milieus“ etikettierten gemeinsamen Lebensstilen und Lebenslagen relevant sind, geht es mir hier jedoch nicht. Ja, ich sehe – ohne dazu bislang mehr aufweisen zu können als unsystematische und punktuelle Beobachtungen ‚im Feld‘ – diese beiden Variablen mit Bezug auf *meine* Problemstellung als weitgehend irrelevant an.

Material exemplifizieren werde ich die bis hierher relativ abstrakten Überlegungen nun anhand einiger Bemerkungen zu einem Milieu, das sich im Wesentlichen zusammensetzt aus Akteuren, die eine spezifische existenzielle Situation – ein ihnen nahestehender Mensch hat qua Trauma (im weiteren Sinne) eine (extreme) Hirnschädigung erlitten – sozusagen als „schicksalhaft auferlegt“ wahr- und als wie auch immer geartete Fürsorgebereitschaft annehmen einerseits, und aus Akteuren, die sich qua Beruf(en) um (diese) Menschen mit qua Traumata erworbenen (extremen) Hirnschädigungen kümmern (also insbesondere aus Pflege- und Therapiekraften) andererseits. Illustrieren will ich damit die Relation zwischen dem *Erkennen von Gemeinsamkeiten* (Sorge für und Umgang mit Menschen im sogenannten Wachkoma), *der Entstehung von Milieuzugehörigkeit* (durch Übernahme konsensueller Deutungsschemata) *und dem Erleben von Gemeinschaft* (qua emotionaler wechselseitiger Verhaltensorientierung; hier: Freundschaft.)

2 In beiden Definitionen impliziert „Binnenkommunikation“ bekanntlich *nicht*, dass jeder jeden kennt und mit jedem spricht, sondern dass Angehörige eines Milieus mit größerer *Wahrscheinlichkeit* aufeinander treffen: im Freundeskreis, bei kulturellen Veranstaltungen, in Vereinen, im Berufsleben usw.

Die Fallstudie

Haus Königsborn ist eine Modell-Pflege-Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen mit einer Gesamtkapazität von 54 Plätzen für infolge von Hirnschädigungen schwerstbehinderte Erwachsene. Dem im Haus Königsborn geltenden konzeptionellen Selbstverständnis nach sind die in der Einrichtung lebenden Menschen jedoch nicht *Patienten*, die an einer Krankheit leiden, sondern *Bewohner*, die auf Grund von Beeinträchtigungen in der selbständigen Organisation ihrer Alltagstätigkeit eingeschränkt und mithin auf professionelle Unterstützung angewiesen sind.³ (Diese semantische Unterscheidung ist für das Verständnis der im Haus Königsborn stattfindenden Prozesse wichtig, weil es vor allem für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Bedeutung zu sein scheint, ob sie sich um Kranke und Sterbende bemühen, oder ob sie stark und multipel beeinträchtigte Menschen bei der ‚Gestaltung‘ ihres Alltags unterstützen.)

Geleitet vom Interesse daran, ob, und wenn ja, aufgrund welcher Merkmale und Kriterien, auch „schwerstbetroffenen Bewohnern“ von den Pflegekräften und Therapeuten personale Eigenschaften attestiert werden, haben wir den Therapie- und Pflegealltag in dieser Einrichtung beobachtet und dabei vor allem erkundet, wie die Therapie- und Pflegekräfte mit in der Einrichtung lebenden Menschen im Zustand „Wachkoma“ umgehen und wie sie sich selber diesen Umgang mit welchen Folgewirkungen plausibilisieren (vgl. Hitzler/Leuschner/Mücher 2012).

Bereits in der Programmatik des Hauses Königsborn wird – im Gegensatz zur konventionellen medizinischen Sichtweise und (soweit das Thema dort überhaupt präsent ist) auch im Gegensatz zum weit mehrheitlichen ‚gemeinen Alltagsverständnis‘ – nachdrücklich die „Personalität“ auch von Menschen mit schweren Hirnschädigungen betont. „Personalität“ gilt hier als *nicht* an die Funktionsfähigkeit der Großhirnrinde gebunden (vgl. Bienstein/Hannich 2001: 12). D.h., dem hier geltend gemachten Menschenbild zufolge sind *alle* Bewohner als zumindest rudimentär handlungs- und entscheidungsfähige Akteure mit individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen zu begreifen, denen im Rahmen ihrer unterschiedlich stark ausgeprägten Beeinträchtigungen eben ein möglichst „alltagsnahes“ Leben ermöglicht werden soll (vgl. Konzeptgruppe 2005).

3 Ein im Internet durchgeführter Vergleich verschiedener Pflegeeinrichtungen zeigt, dass vor allem Langzeitpflege und Altenpflegeeinrichtungen in ihrer Selbstdarstellung die Bewohnersemantik verwenden. Die Gründe hierfür dürften wohl in der zeitlich unbegrenzten Verweildauer liegen.

Dieses als „ganzheitlich“ begriffene Menschenbild steht in deutlichem Kontrast zum naturwissenschaftlich fundierten, defizitorientierten Menschenbild der konventionellen Medizin und wird von diesem auch explizit abgrenzt. Auch der schwerst hirngeschädigte Mensch wird als – unter Berücksichtigung seiner Eigenart(en) – „kompetent“ bzw. als mit Kompetenzen begabt begriffen. Und diese attestierte Kompetenz ist die entscheidende Bezugsgröße für den als „gemeinsames Handeln“ deklarierten zwischenmenschlichen Umgang mit ihm. D.h., dass diese Deklaration die moralische Erwartung impliziert, den Bewohnern des Hauses in jeder Situation mit Respekt zu begegnen und ihre Würde zu achten. Dies wiederum erfordert normativ, 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 (vgl. Nacimiento 2007)⁴:

Denn dadurch, dass im Haus Königsborn auch Menschen im Zustand „Wachkoma“ a priori – und anthropologisch generalisierend – Eigenschaften wie Eigenkompetenzen, Fähigkeiten und Selbstbewusstsein attestiert werden, werden sie – offenbar gelingend – als alter egos mit personalen Eigenschaften konstituiert. Diese eigenartigen und eigenwertigen Personen befinden sich diesen Deutungsrahmen entsprechend folgerichtig auch nicht in einem irgendwie (medizinisch) zu erhaltenden Endzustand, sondern verfügen über Ausdrucksfähigkeiten und Potenziale, also über individuelle Entwicklungsmöglichkeiten. Therapie ebenso wie Pflege z.B. sollen stets mehr sein als bloße Versorgung. Sie sollen das Leben der Bewohner begleiten und deren je spezifische Potenziale aktivieren und fördern.⁵ Auch diese

4 „Jeder Mensch verfügt über seine Eigenkompetenz, da er in seiner Lebensart entwicklungs- und entscheidungsfähig ist, Fähigkeiten und Begabungen entfalten kann und ein SELBSTBEWUSSTSEIN hat, das unantastbar ist und keine Grenzen kennt“ (Konzeptgruppe 2005: 15).

5 „Um der Eigenkompetenz des Bewohners gerecht zu werden, ist es unverzichtbar, seine Potenziale zu erkennen. Die Schwerpunkte unserer Arbeit (...) basieren auf einem ganzheitlichen Menschenbild, in dem jeder Mensch, auch der Mensch mit erworbenen schweren Hirnschädigungen, als eine körperliche, seelische und soziale Einheit gesehen wird, der in SEINER Normalität lebt und ein einzigartiges Wesen mit individuellen

Potenziale werden dem in dieser Einrichtung (hinlänglich) konsensuellen Selbstverständnis nach nicht einfach qua Beobachtungen erkannt, sondern durch (wie auch immer mögliche bzw. vermeinte) Wahrnehmungen der Selbstwahrnehmungen der Menschen, mit denen man hier professionell zu tun hat.⁶ Diese Sichtweise – in der Konzeption als „dialogisches Prinzip“ bezeichnet⁷ – setzt eine Vorstellung von Intersubjektivität voraus, die auf dem Primat der Begegnung beruht. In der Begegnung, so die hieran angelehnte These, findet ein sich Einlassen(können) auf die Situation des als ‚Gegenüber‘ begriffenen Menschen statt. Der so entstehende „zwischenmenschliche Dialog“ zwischen Mitarbeitern und Bewohnern soll dazu beitragen, die individuelle Lebensart der Letzteren ‚gemeinsam‘ zu gestalten.⁸

Diese normative Idee der ‚gemeinsamen Lebensgestaltung‘ schließt naheliegenderweise essentiell *auch* Personen ein, die in der Einrichtung präsent sind, dort aber weder leben noch – im Erwerbssinne – arbeiten. Hierzu zählen in erster Linie Besucher, vor allem also Angehörige und Freunde der hier lebenden Menschen.⁹ Ein Teil der Angehörigen, deren Verwandte oder Freunde im Haus Königsborn leben, verbringt viel Zeit mit diesen und damit auch im Haus.¹⁰ Insbesondere Angehörige, deren Verwandte und

Bedürfnissen und Möglichkeiten ist.“ (Auszüge aus Haus Königsborn: „Schwerpunkte unserer Arbeit“)

- 6 Normativ geht es darum, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das, womit sie es ständig zu tun haben, als eine menschenmögliche Lebensform respektieren (vgl. Zieger, z.B. 2004) und sich mit den Bewohnern und auch im bestätigenden und korrigierenden Austausch untereinander (vgl. Goffman 1982) entsprechend ‚anständig‘ verhalten. Insbesondere soll alles pflegerisch-therapeutische Tun an den je individuellen Kompetenzen der Bewohner ausgerichtet werden, die so das „Ziel und das Tempo des gemeinsamen Handelns vor[geben]“ (Konzeptgruppe 2005: 10).
- 7 Dem von Martin Buber (1997) formulierten „dialogischen Prinzip“ zufolge entsteht, vereinfacht gesagt ein „Wir“ aus der Begegnung zwischen „Ich“ und „Du“.
- 8 Vgl. http://www.lebenszentrum-koenigsborn.de/cms/front_content.php?idcat=37
- 9 Eine weitere Kategorie von Akteuren sind die Vertreter verschiedener auswärtiger Dienstleistungsprofessionen, wie etwa Ärzte, Amtspersonen, Zulieferer oder auch Vertreter von Hilfsmittelversorgern.
- 10 Die Einrichtung bietet mehrmals im Jahr spezielle Seminare für Angehörige an, die durch einen externen Supervisor durchgeführt werden. Neben informativen Tagesveranstaltungen zu verschiedenen Themenkreisen (z.B. rechtliche Grundlagen, Pflegetechniken für Angehörige usw.) sind dies vor allem Wochenendseminare, die an einem gesonderten Seminarort stattfinden. Zu den Seminaren für Angehörige werden die gesetzlichen Betreuer der Bewohner durch die Protagonisten der Einrichtung schriftlich eingeladen. Faktisch scheint es im Haus Königsborn eine relativ ‚feste‘ Gruppe diese Art von Veranstaltungen regelmäßig besuchender Angehöriger zu geben. Bei den Wochenendseminaren finden vor allem ‚Supervisionsrunden‘ und

Freunde schon seit mehreren Jahren in der Einrichtung leben, entwickeln oft eine enge Bindung zu diversen Pflege- und Therapeutenkräften und insbesondere zu Angehörigen anderer Bewohner. Manche Angehörige pflegen untereinander – und gelegentlich auch mit einzelnen Beschäftigten – Freundschaften, die über den Topos des gemeinsamen ‚Schicksals‘ hinaus- und in den privaten Bereich hineinreichen.¹¹

Die Milieustrukturen

Übereinstimmend mit Schulze (1992) sehe ich auch in *diesem* Forschungsfeld, dass es im Zuge der Auflösung traditioneller Bindungen weniger zu radikalen Vereinzelungen als vielmehr eben zu neuen Gemeinsamkeiten zwischen den wie auch immer an der Fürsorge für stark hirngeschädigte Menschen beteiligten Personen kommt. Zumindest dort, wo wir im Zuge unserer einschlägigen Forschungsinteressen ethnographische Erkundungen durchführen, bilden sich lokale Varianten eines integrativen Milieus aus, das (wieder) Sicherheit des Miteinanders mit all denen bietet, die sich in der gleichen bzw. in einer vergleichbaren Situation befindlich erfahren.

Die Deutungsschemata und Praktiken in diesem Milieu werden also offenkundig weit weniger durch gesellschaftliche Umstände und Gegebenheiten geprägt, als dass die hier agierenden Personen sich aufgrund ihrer zunächst je eigenen Wichtigkeiten bestimmten Ereignissen und deren möglichen Folgen unter von ihnen als ‚gegeben‘ angesehenen Umständen besonders aufmerksam zuwenden, diese als besonders wichtig definieren und sie mittels entsprechender Vorkehrungen und Maßnahmen als bewältigungsbedürftig deklarieren. Dergestalt weichen die Anteile des qua vorgängiger Groß-Lebenslage Auferlegten zurück vor der Gestaltung des *individuell* als schicksalhaft Begriffenen (vgl. z.B. Hitzler 2006). Ohne damit den analytischen Nutzen sozialstruktureller Milieukonzepte (vgl. z.B. die Beiträge von Helmut Bremer, Cornelia Koppetsch, Jörg Rössel, Thomas Schwinn, Christoph Weischer und Anja Weiß in diesem Band) in Frage stellen zu

„Angebote zur Krisenbegleitung“ statt, die den Angehörigen helfen sollen, ihre Situation zu bewältigen (vgl. Konzeptgruppe 2005: 38).

11 Diese Beziehungen werden von einigen der Pflegenden kritisch gesehen, da ihrer Meinung nach die Angehörigen sich über Belange des Pflegealltags austauschen und so versuchen, ihre persönlichen Interessen in die Versorgung der Bewohner zu implementieren. Nach Auffassung (nicht nur) dieser Pflegenden kommt es den Angehörigen vor allem darauf an, dass ihre Verwandten gegenüber anderen Bewohnern nicht benachteiligt werden bzw. dass sie eine besonders privilegierte Zuwendung durch das Pflegepersonal erfahren.

wollen, konstatiere ich also *auch* mit Blick auf unser einschlägiges Forschungsfeld, dass mit der zunehmenden Fragmentierung der Gesellschaft immer mehr Akteure immer häufiger vor Entscheidungen stehen, die kaum etwas damit zu tun haben, welcher sozialen Großlagerung sie sich zurechnen lassen (vgl. dazu auch Simmel 1968).

Verallgemeinert ausgedrückt impliziert das, dass eine Rekonstruktion gesellschaftlicher Wissensverteilung (nur) auf der Basis überkommener oder auch so genannter ‚neuer‘ sozialwissenschaftlicher Ungleichheitsmodellierungen (vgl. z.B. Vester 2001 und in diesem Band: 222ff.) zumindest der unter Individualisierungsbedingungen symptomatischen Selbst- und Weltwahrnehmung nicht mehr hinlänglich gerecht zu werden vermag: „Der Bereich des gemeinsamen Wissens und der gemeinsamen Relevanzen“ (Schütz/Luckmann 2003: 427) schrumpft immer weiter zusammen. D.h., dass die engen Verbindungen zwischen sozialen Lagen und individuellen Handlungsorientierungen zunehmend gelockert werden und überkommene kulturelle Milieus ihre prägende Kraft für das Handeln der Akteure verlieren (vgl. Beck 1994; vgl. auch die Beiträge in Berger/Hitzler 2010). Anstelle des eindeutigen Drucks klar bestimmbarer Normen und Rollanforderungen entsteht ein Netz sich vielfach überkreuzender und sich gegenseitig destabilisierender Bindungen und Verbindlichkeiten, welches zunehmend größere Freiräume für individuelle Entscheidungen schafft. Diese Individualisierungseffekte, die den Gesellschaftsmitgliedern zunehmend die Verantwortung (und die Last) zuweisen, *eigene* Handlungsoptionen zu entwickeln, brechen somit die mit traditionellen Schicht- und Milieudifferenzierungen einhergehenden eindeutigen Handlungsorientierungen auf. Und wo die herkömmlichen ‚Gussformen‘ sozialen Handelns dergestalt ihre Stabilität verlieren, wird folglich die *Beschränktheit* konventioneller soziologischer Versuche deutlich, individuelles Handeln im Rekurs auf strukturelle Bedingungen bzw. auch soziale Lagen und ähnliches zu erklären.

Mithin geht es – zumindest auch – darum, auch sozialstrukturell *kontingente* Wissensformen zu erschließen, deren Ungleichheitsrelevanz bislang noch relativ ‚unsichtbar‘ geblieben ist. Vorgeschlagen habe ich (2010b), solche Wissensformen unter dem Etikett ‚Mindsets‘ zu subsumieren. Gemeint sind damit grosso modo alle möglichen Deutungsmuster und Handlungsschemata, Wahrnehmungshorizonte und Relevanzsetzungen, Wertorientierungen, Denkweisen, Geisteshaltungen, Einstellungen, mentale Dispositionen, Selbstverständnisse, Fähigkeiten, Routinen und Kompetenzen, Interessen und Bedürfnisse, Optionen und Restriktionen, Hoffnungen und Sorgen usw. Mindsets nenne ich solche Orientierungen und Identifizierungen dann, wenn sie *nicht* anhand etwelcher Sozialindikatoren (wie Einkommen, Bildung, Beruf, Schichtzugehörigkeit, Alter, Geschlecht usw.)

bestimmt werden, sondern qua Deutungen sozialstrukturell *kontingenter* Lebensereignisse.

Diese Deutung kontingenter Lebensereignisse geschieht typischerweise eben *nicht* idiosynkratisch, sondern teilweise im Sinne von Bezugsgruppenorientierungen (vgl. die Beiträge in Hyman/Singer 1968), vor allem aber in Relation zu in einem ge- und erlebten sozialen Zusammenhang (mehr oder weniger) selbstverständlich gegebenen Konsensen. Und in dem Maße, in dem in einem sozialen Zusammenhang stehende Personen sich (wechselseitig) daran gewöhnen und darin bestärken, das, was hier Konsens ist, als zunächst *akzeptable*, im Weiteren dann als *gültige* und schließlich als völlig *fraglose* und somit bestimmte Sicht- und Verhaltensweisen ‚vorschreibende‘ (bzw. bestimmte Sicht- und Verhaltensweisen zumindest relativ dringlich nahelegende) Wirklichkeitsbestimmungen anzuerkennen, macht es Sinn, diesen sozialen Zusammenhang als „Milieu“ zu etikettieren.

Die Moral des Milieus

Unter dem Aspekt der grundsätzlichen Bestimmung eines Milieus geht es aber auch nicht um allfällige *Lokal*-Idiosynkrasien – hier des Hauses Königsborn. Im Zusammenhang mit seinen Untersuchungen städtischer Wissensmilieus hat Ulf Matthiesen (z.B. 1998) ja immer wieder darauf hingewiesen, dass Milieus sich zwar in bestimmten Räumen und an bestimmten Orten verdichten können, dass sie sich aber nicht als auf Lokalitäten beschränkt begreifen lassen. Dem schließe ich mich an: Augenscheinlich ist das Haus Königsborn zwar nicht nur eine funktionale Organisation, sondern auch eine moralische Institution (ganz im Sinne Durkheims 1984; vgl. auch 1999). Im explizit in der ‚Hausphilosophie‘ formulierten Regelkanon zum Umgang mit Menschen im Wachkoma manifestiert sich aber – qua Literatur- und Dokumentenanalyse aufweisbar –, dass sich hier (lokal verdichtet bzw. pointiert) im Wesentlichen ein diese einzelne Einrichtung *einschließender* Milieukonsens manifestiert. Dieser Milieukonsens fokussiert vor allem darauf, Menschen trotz fehlender oder jedenfalls stark reduzierter interaktiver Bestätigung¹², also sozusagen *rituell*, Personenstatus

12 Bei ‚gesunden‘ Menschen scheint ein Selbst oder ein Ich oder etwas Entsprechendes, das wir im alltäglichen Umgang als „Person“ erfahren, den Austausch mit der Umwelt zu regeln. Bei Menschen im Zustand ‚Wachkoma‘ hingegen scheint die schiere Körperlichkeit mit ihren reaktiven Äußerungen an die Stelle dieser sinngebenden und regulierenden ‚Instanz‘ zu treten bzw. getreten zu sein (vgl. Fuchs 2004). Dementsprechend erscheint der Umgang mit Menschen im Wachkoma für den Beobachter auch – jedenfalls zunächst einmal – als ganz auf dessen Körper bzw. dessen kör-

zuzuschreiben und sie dergestalt als sozial relevante ‚Andere‘ glaubhaft zu machen.

Ausgehend von dem in diesem Milieu ‚geltenden‘ Gebot, mit Menschen im Wachkoma stets so umzugehen, als hätten sie Bewusstsein ‚wie wir‘, als wären sie adressierbare Kommunikationspartner, entsteht und perenniert eine konsensuelle ethische Grundhaltung, der die Idee zugrunde liegt, dass Menschen im Wachkoma keineswegs empfindungs- und reaktionsunfähig sind, sondern – trotz eklatanter pathologischer Einschränkungen – über irgendwie geartete Wahrnehmungs- und Interaktionsfähigkeiten verfügen, und dass man sie folglich auf jeden Fall so behandeln müsse, als ‚würden sie alles verstehen‘. Und das wiederum impliziert, diese Menschen seien als Mitmenschen mit ihrer je eigensinnlichen Lebensform und ihrer eigenwertigen Lebensart in ihrer je besonderen „Lebenswelt“ zu achten und folglich so rücksichtsvoll, so höflich, so ‚würdig‘ wie möglich zu behandeln. – An „Entwicklungsmöglichkeiten“ auch von Menschen im chronifizierten „Wachkoma“ zu glauben, daran also, dass sich das menschliche Gehirn regenerieren kann und dass Betroffene wieder ‚erwachen‘ und verlorene Handlungs- und Ausdrucksmöglichkeiten zurückgewinnen können, ist ein weiteres Strukturmerkmal der für dieses Milieu symptomatischen Deutungsschemata.

Außerhalb dieses Milieus wird der in Frage stehende Zustand „Wachkoma“ allerdings nicht zufällig Wach-Koma genannt. *Analytisch* (nicht etwa: pragmatisch) als unstrittig gesichert gelten können bei einem Menschen im sogenannten Wachkoma lediglich basale psychovegetative Reaktionen. Und hinlängliche Zustimmung findet auch die Diagnose, dass er REM-Phasen hat (also eine Art Traum-Erleben). Aber schon, ob alle im Wachkoma befindlichen Menschen somnolent sind (ob sie also irgendwel-

perliche Anzeichen fokussiertes Tun. Eine oftmals formulierte Intention ist, beim Bewohner ‚Wohlbefinden‘ zu erzeugen. Wohlbefinden wird typischerweise dann konstatiert, wenn ein Bewohner entspannt zu sein scheint. Neben der (verringerten) Muskelspannung gilt auch der Gesichtsausdruck als ein Parameter, an dem Zustände wie ‚Entspannung‘, ‚Wohlbefinden‘ oder ‚Zufriedenheit‘ abgelesen werden können. Im Fokus der Aufmerksamkeit stehen typischerweise irgendwelche mit den Geschehnissen im Zusammenhang stehende körperliche Veränderungen bei dem Menschen im sogenannten Wachkoma. Beobachtbare Verhaltensweisen werden als Appräsentationen gedeutet – ein Öffnen der Augen, eine Ausrichtung des Kopfes oder eine Aufrichtung der Körperhaltung z.B. als Hinweise auf „Präsenz“. Problematisch ist dabei grundsätzlich, (vermeintliche) Kommunikationsäußerungen als solche zu erfassen und diese von unwillkürlichen (pathologischen und/oder zufälligen) Reaktionsmustern zu unterscheiden. Ungeachtet dessen werden körperliche Anzeichen der Menschen im Wachkoma symptomatischerweise als Äußerungsversuche gedeutet (vgl. auch Hitzler 2012d).

che Erinnerungen haben), ob sie Zustände haben, die in der einschlägigen Literatur als „Relaxation“ (also als Vor-sich-hin-Dösen) oder als „Scanning“ (also als schweifende Gedanken) bezeichnet werden, gilt als überaus ungewiss. Fast durchgehend negativ wird von bio- bzw. schulmedizinischen Experten die „Vigilanz“ (also die an einem Gegenstand bleibende Aufmerksamkeit) von Wachkoma-Patienten beurteilt. Das wiederum impliziert, dass dementsprechend einem Menschen im Zustand „Wachkoma“ nur auf der Basis ganz bestimmter Prämissen Bewusstsein im Sinne von *Selbst-Bewusstsein* attestiert werden kann. Und diese Basis lässt sich eben kaum durch den gegenwärtigen Stand bio- und neurowissenschaftlicher Erkenntnisse, sehr wohl hingegen durch die ‚Logik‘ der sogenannten Beziehungsmedizin und des mit dieser korrespondierenden „dialogischen Prinzips“ stützen.

Dass die Spannung *zwischen* Milieus, in denen mit Blick auf stark hirngeschädigte Menschen derart divergente Deutungsmuster gepflegt werden, sich nicht hinlänglich erfassen lässt im Rekurs auf jenes von Gerhard Schulze (1992: 405) als für unterschiedliche Lebensstilformationen typisch bezeichnete „Klima von Indifferenz oder achselzuckender Verächtlichkeit“, dürfte auf der Hand liegen. Zwischen diesen – weit weniger eingelebten, denn aufgrund unterschiedlicher Motivlagen von den Beteiligten erschlossenen – Milieus herrscht vielmehr bestenfalls ein fundamentaler Argwohn und nachgerade blankes Unverständnis, denn hier geht es tatsächlich und im strengen Wortsinne um *Leben und Tod*:

Auf der einen Seite haben sich, im ‚Kielwasser‘ erfolgreicher Lobby-Arbeit, in der Pflege- und Therapiewirtschaft längst spezielle Versorgungskonzepte auch für Menschen im sogenannten Wachkoma etabliert – mit eigenen Abteilungen in Altenpflegeheimen, mit angepassten Physio-, Logo-, Ergo-, Musik- und (sonstigen) Heiltherapien, mit entsprechend modifizierten Pflegeansätzen usw. In jüngerer Zeit entstehen mehr und mehr auf die sogenannte Reha-Phase F spezialisierte Langzeit-Pflegeeinrichtungen, in denen Menschen mit schwersten Hirnschädigungen einen beträchtlichen Anteil der Patienten bzw. der Bewohner stellen. Auf der anderen Seite sind Menschen im chronifizierten sogenannten Wachkoma (bzw. medizinisch ausgedrückt: im „permanent/persistent vegetative state“) eben kaum übersehbar ein nicht-intendiertes und mithin ‚peinliches‘ Artefakt der avancierten Medizin und ihrer Technologie – weil diese avancierte Medizin diese (Über-)Lebensform erst schafft bzw. geschaffen hat. Um zu sehen, dass diese avancierte Medizin sich dieser ‚versehentlich‘ hergestellten Lebensform am liebsten jeweils schnellstmöglich wieder entledigen würde, muss man den aktuellen Diskurs zur Bio-Medizin-Ethik (und implizit zur Gesundheitsökonomie) (vgl. dazu z.B. de Ridder 2010; Jox 2011; Kamann 2009; Klie/Student 2007; sowie Beiträge in Jox/Kühlmeyer/Borasio 2011)

allerdings sozusagen ‚zwischen den Zeilen‘ und mitunter auch ‚gegen den Strich‘ des (durchaus nicht nur) von Protagonisten der avancierten Medizin, sondern auch von immer mehr Palliativmedizinerinnen zunehmend emphatischer vertretenen Rechts auf ein „selbstbestimmtes“ Sterben lesen. Unzweifelhaft hoch reflektiert wird in diesem Diskurs gegen den als ‚überholt‘ deklarierten, herkömmlichen medizinischen Paternalismus einer mehr oder weniger unbedingten Pflicht zur Lebenserhaltung nämlich verbreitet, dass dann, wenn keine sterbewilligkeitsbekundende Patientenverfügung vorliege, der „mutmaßliche Wille“ des Patienten gelten solle – und der sei eben, in ‚diesem Zustand‘ (und dabei werden in aller Regel schwerste Gehirnschädigungen genannt) nicht leben bzw. nicht ‚dahinvegetieren‘ zu wollen. M.E. lässt sich kaum ignorieren, dass hier mit dem ‚erlösenden Tod‘ einer in mehrererlei Hinsicht gewünschten Entsorgung von Menschen ohne (mit den bisher geltenden Messverfahren nachweisbarem) Bewusstsein das Wort geredet wird. Das hier skizzierte Milieu hingegen ist eben geprägt vom Konsens, dass das menschliche Leben auch in seiner aus schweren Hirnschädigungen resultierenden Beeinträchtigung ‚wert‘ ist, gelebt zu werden.

Literatur

- Beck, Ulrich (1994): *Jenseits von Stand und Klasse*. In: Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hg.): *Risikante Freiheiten*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 43-60.
- Berger, Peter A./Hitzler, Ronald (Hg.) (2010): *Individualisierungen*. Wiesbaden: VS.
- Bienstein, Christel/Hannich, Hans-Joachim (2001): *Abschlussbericht. Forschungsprojekt zur Entwicklung und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wachkoma- und Langzeitpatienten im stationären und ambulanten Bereich, anhand von zu entwickelnden Qualitätskriterien*. Dorsten-Wulfen: Eigenverlag.
- Buber, Martin (1997): *Das dialogische Prinzip*. Gerlingen: Schneider.
- De Ridder, Michael (2010): *Wie wollen wir sterben?* München: Deutsche Verlagsanstalt.
- Durkheim, Emile (1984): *Die Regeln der soziologischen Methode*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Durkheim, Emile (1999): *Erziehung, Moral und Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fuchs, Peter (2004): *Das Fehlen von Sinn und Selbst. Überlegungen zu einem Schlüsselproblem im Umgang mit schwerst behinderten Menschen*, http://www.fen.ch/texte/gast_fuchs_behinderung-selbst.pdf (zuletzt aufgerufen am 17.5.2012).
- Goffman, Erving (1982): *Das Individuum im öffentlichen Austausch*. Frankfurt/a.M.: Suhrkamp.
- Grathoff, Richard (1989): *Milieu und Lebenswelt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gurwitsch, Aron (1977): *Die mitmenschlichen Begegnungen in der Milieuwelt*. Berlin/New York: de Gruyter.
- Hildenbrand, Bruno (1983): *Alltag und Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hitzler, Ronald (1998): „Posttraditionale Vergemeinschaftung. Über neue Formen der Sozialbindung“. In: *Berliner Debatte INITIAL*, 9 (1998) H. 1, S. 81-89.

- Hitzler, Ronald (2006): „Individualisierte Wissensvorräte. Existenzbastler zwischen posttraditionaler Vergemeinschaftung und postmoderner Sozialpositionierung“. In: Tänzler, Dirk/Knoblauch, Hubert/Soeffner, Hans-Georg (Hg.): *Zur Kritik der Wissensgesellschaft*. Konstanz: UVK, S. 257-276.
- Hitzler, Ronald (2008): „Brutstätten posttraditionaler Vergemeinschaftung. Über Jugendszenen“. In: Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Pfadenhauer, Michaela (Hg.): *Posttraditionale Gemeinschaften*. Wiesbaden: VS, S. 55-72.
- Hitzler, Ronald (2010a): „Ist da jemand? Über Appräsentationen bei Menschen im Zustand ‚Wachkoma‘“. In: Keller, Reiner/Meuser, Michael (Hg.): *Körperwissen*. Wiesbaden: VS, S. 69-84.
- Hitzler, Ronald (2010b): „Mindsets. Postmodernistische Deutungskonzepte zur Wissensverteilung unter Individualisierungsbedingungen“. In: Berger, Peter A./Hitzler, Ronald (Hg.): *Individualisierungen*. Wiesbaden: VS, S. 325-338.
- Hitzler, Ronald (2012a): „Hirnstammwesen? Das Schweigen des Körpers und der Sprung in den Glauben an eine mittlere Transzendenz“. In: Gugutzer, Robert/Böttcher, Moritz (Hg.): *Körper, Kult und Konfession*. Wiesbaden: VS, S. 125-139.
- Hitzler, Ronald (2012b): „Am Ende der Welt? Zur Frage des Erlebens eines Menschen im Wachkoma“. In: Hinnenkamp, Volker/Kreher, Simone/Poferl, Angelika/Schröer, Norbert (Hg.): *Lebenswelt und Ethnographie*. Essen: Oldib, S. 355-366.
- Hitzler, Ronald (2012c): „Der Wille zum Wir. Events als Evokationen posttraditionaler Zusammengehörigkeit – am Beispiel der Kulturhauptstadt Europas Ruhr 2010“. In: Pries, Ludger (Hg.): *Zusammenhalt durch Vielfalt?* Wiesbaden: VS, S. 65-81.
- Hitzler, Ronald (2012d): "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, Ronald/Grewe, Henny Annette (2011): *Deutungsmuster „Wachkoma“*. Eine projektfokussierte Trajektanalyse. Dortmund/Fulda: Förderantrag an die DFG.
- Hitzler, Ronald/Honer, Anne (1984): „Lebenswelt – Milieu – Situation. Terminologische Vorschläge zur theoretischen Verständigung“. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS)*, 36 (1984) H. 1, S. 56-74.
- Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Pfadenhauer, Michaela (Hg.) (2008): *Posttraditionale Gemeinschaften*. Wiesbaden: VS.
- Hitzler, Ronald/Leuschner, Corinna/Mücher, Frank (2012): *Lebensbegleitung im Haus Königsborn*. Dortmund: Forschungsbericht.
- Hitzler, Ronald/Mücher, Frank (2012): „Die professionelle Konstruktion der Person. Strategien therapeutisch-pflegerischer Bewältigung existenzieller Katastrophen am Beispiel des Umgangs mit Wachkoma-Patienten“. In: Soeffner, Hans-Georg (Hg.): *Transnationale Vergesellschaftungen. Verhandlungen des 35. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Frankfurt a.M. 2010*. Band 2. Wiesbaden: VS (CD-ROM), nicht paginiert.
- Hyman, Herbert H./Singer, Eleanor (Hg.) (1968): *Readings in Reference Group Theory and Research*. New York: Free Press.
- Jox, Ralf J. (2011): *Sterben lassen*. Hamburg: edition Körber-Stiftung.
- Jox, Ralf J./Kühlmeier, Katja/Borasio, Gian Domenico (Hg.) (2011): *Leben im Koma*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kamann, Matthias (2009): *Todeskämpfe*. Bielefeld: transcript.
- Klie, Thomas/Student, Johann Christoph (2007): *Sterben in Würde*. Freiburg/Basel/Wien: Herder.

- Konzeptgruppe (2005) Haus Königsborn/Dependancen: *Konzept Haus Königsborn* (mit Dependancen). Unna.
- Matthiesen, Ulf (Hg.) (1998): *Die Räume der Milieus*. Berlin: Edition Sigma.
- Matthiesen, Ulf/Bürkner, Hans-Joachim (2004): „Wissensmilieus“. In: Matthiesen, Ulf (Hg.): *Stadtregion und Wissen*. Wiesbaden: VS, S. 65-89.
- Nacimiento, Wilhelm (2007): Apallisches Syndrom, Wachkoma, persistent vegetativ state: Wovon redet und was weiß die Medizin? In: Höflich, Wolfram (Hg.): *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*. Berlin: Lit Verlag, S. 29-48.
- Scheler, Max (2008): *Die Wissensformen und die Gesellschaft*. Bonn: Bouvier.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (2003): *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK.
- Schulze, Gerhard (1992): *Die Erlebnisgesellschaft*. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Simmel, Georg (1968): „Die qualitative Bestimmtheit der Gruppe“. In: ders.: *Soziologie*. Berlin: Duncker und Humblot.
- Sumner, William G. (1913): *Folkways*. Boston: Ginn, The Atheneum Press.
- Vester, Michael (2001): *Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Weber, Max (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr/Siebeck.
- Zieger, Andreas (2004): „Wie stellt sich Koma dar – modifizierte Formen des Komats“. In: *Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung*, 11/2004, S. 274-277.