



Paul Eisewicht · Ronald Hitzler
Lisa Schäfer *Hrsg.*

Der soziale Sinn der Sinne

Die Rekonstruktion sensorischer
Aspekte von Wissensbeständen

 Springer VS

Entsinnung Über eine pathologische Modifikation als zivilisatorische Option und anthropologische Provokation

Ronald Hitzler

Zusammenfassung

Bei spezifischen Weisen des In-der-Welt-Seins, steht üblicherweise nicht die an- dauernde Identität des je individuellen Organismus in Frage, sondern die Normal-Erwartung, dass ein lebender menschlicher Körper ein Ego beziehungsweise ein Alter Ego appräsentiert. Unsere Sinne ermöglichen eine Verbindung zwischen dem Wahrgenommenen, dem Wissen über das Wahrgenommene und der mit anderen geteilten Welt, in der Alter Ego zum Ausdruck kommen kann. Führen Krankheiten wie eine hochgradige Demenz oder Zustände wie Wachkoma zu einer Reduktion bzw. dem Verlust eines oder mehrerer der fünf Sinne bzw. dem Verlust der Fähigkeit, mittels eines oder mehrerer der fünf Sinnesorgane Wahrnehmungen zu machen, reden wir über das selten gebrauchte, möglicherweise sogar von mir erfundenen Stichwort „Entsinnung“. Gefragt wird im Beitrag danach, was der Mensch ohne Sinneswahrnehmungen eigentlich noch sei, wenn er keine Person mehr ist.

Schlüsselwörter

Wachkoma · Entsinnung · Identität · Demenz · Sinnverlust

Seit Jahren beschäftigen mich in unterschiedlichen Zusammenhängen und bezogen auf ganz unterschiedliche Genre die Lebensoptionen, die der technologische Fortschritt in der Moderne *hervorbringt* und die die Frage aufwerfen, was der

R. Hitzler (✉)
Dortmund, Deutschland
E-Mail: ronald@hitzler-soziologie.de

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021
P. Eisewicht et al. (Hrsg.), *Der soziale Sinn der Sinne*, Erlebniswelten,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-31573-3_15

Mensch eigentlich noch sei, wenn er *keine Person* mehr ist. Im Hinblick darauf rekurriere ich hier zunächst auf eine Denkfigur, die ich von Gesa Lindemann übernommen habe:

Im modernen Denken ist der Mensch in vier Dimensionen abgegrenzt: Auf der synchronen Achse zum einen vom Tier und zum anderen vom technischen Artefakt. Auf der diachronen Achse zum einen vom noch nicht lebenden Menschen und zum andern vom nicht mehr lebenden Menschen. In allen vier Dimensionen werden diese Grenzziehungen inzwischen fragwürdig: Mehr und mehr erkennen nicht mehr nur Fachleute, wie eng die genetische Verwandtschaft zwischen Mensch und Tier bzw. dass der Mensch eben eine tierische Gattung unter anderen ist, auch kulturell befinden wir uns augenscheinlich auf dem Wege dazu, Tiere als schutzbedürftige Wesen analog zu den schutzbedürftigen Angehörigen unserer eigenen Gattung anzusehen. Und auf der anderen Seite dieser Achse schreitet die Cyborgisierung, das heißt die Ausstattung menschlicher Körper mit bzw. die Ersetzung von Körperteilen durch – immer stärker ‚informatisierte‘ – technische Produkte, nachgerade unaufhaltsam voran. Über die Frage, wann das Leben *beginnt*, ein menschliches (und damit per se schützenswertes) zu sein, streiten sich bekanntlich keineswegs nur Gegnerinnen, Gegner und Befürwortende der Abtreibung. Und zwischen Leben und Tod kennen wir heute – diesseits aller Science-fiction-Utopien etwa zur Hirntransplantation oder gar zur Kryokonservierung – allgemein zumindest den Zustand des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (umgangssprachlich auch „Hirntod“ genannt).

Innerhalb dieses „anthropologischen Quadrat[s]“ (Lindemann, 2009, S. 83) bleiben – in Folge medizintechnologischer, pharmakologischer und versorgungssystematischer Innovationen – in Gesellschaften wie der unseren immer mehr Menschen mit prekärer gesundheitlicher Verfassung und dementsprechend auch mit schweren Hirnschädigungen immer länger am Leben. Die zahlenstärkste und in die Zukunft hinein vermutlich noch erheblich wachsende Gruppe solcher sozusagen als medizinische Artefakte entstandenen Lebensformen sind Menschen mit sogenannten demenziellen Veränderungen. Schätzungen zufolge sind in Deutschland derzeit etwa sechzig- bis neunzigtausend Menschen *hochgradig* dement. Das meint unter anderem, dass ihre Kommunikationsweise vom Verbalisieren zum Lautieren (Weinen, Schreien usw.) gewechselt hat, dass sie aufgehört haben zu schauen (und stattdessen vor sich hin stieren) und dass ihre Reiz-Reaktions-Reflexe schwächer und weniger werden (letztlich bleiben nur noch Greifen und Schlucken). Dementsprechend werden ihre kognitiven Fähigkeiten gegenüber deren Einschränkungen bei leichteren Demenzformen noch zweifelhafter. Augenscheinlich befinden sie sich in einem Zustand, der vom sogenannten Wachkoma,

in dem in Deutschland – groben Schätzungen zufolge – fünf- bis zehntausend Menschen leben, kaum noch zu unterscheiden ist.

Bei solchen spezifischen Weisen des In-der-Welt-Seins steht üblicherweise nicht die an-dauernde Identität des je individuellen Organismus infrage (wie das z. B. bei extremen körperlichen Veränderungen der Fall sein kann), sondern die Normal-Erwartung, dass ein lebender menschlicher Körper ein Ego beziehungsweise ein Alter Ego appräsentiert. Der gravierende Unterschied zwischen Menschen mit Demenz (auch im Spätstadium) und Menschen im Wachkoma ist allerdings der, dass mit Demenz eine *krankhafte* Veränderung (genauer: Verringerung) der mentalen Fähigkeiten eines Menschen gemeint ist (die es im Übrigen ‚schon immer‘, nur nicht in dieser Häufigkeit wie jetzt, gegeben hat), während ‚Wachkoma‘ keine Krankheit bezeichnet, sondern einen Zustand nach einer schweren Hirnschädigung (infolge eines Schädel-Hirn-Traumas, einer Sauerstoff-Unterversorgung usw.).

Dazu und zu allem Folgenden ist nun stets zu bedenken, dass das Wissen, das *ich* habe, zum einen das Wissen ist, das ich zum Phänomen ‚Wachkoma‘ von einschlägig befassten Personen höre, sehe und lese. Zum anderen ist es das, was ich von *meinem* Erleben im Umgang mit dem Menschen im Wachkoma, um den mir zu tun ist, registriere und sinnhaft deute. Hierfür bietet die Funktion und Position des betreuenden Angehörigen allerdings nachgerade ideale Bedingungen: Dauerbeobachtungen des Menschen im Zustand ‚Wachkoma‘ sind so gut wie jederzeit problemlos möglich. Und die Dauerbeobachtungen wiederum können nahezu problemlos kommunikativ (v. a. verbal-kommunikativ) abgeglichen werden – mit den Pflegekräften und Therapeuten, bzw. Therapeutinnen sowie mit anderen Besucherinnen und Besuchern *dieses* Menschen im ‚Wachkoma‘, darüber hinaus aber auch mit den Angehörigen anderer Bewohnerinnen und Bewohner der dabei konkret mit-erlebten Pflegeeinrichtung sowie mit der einschlägigen Fach- und Betroffenenliteratur. Diese Funktion und Position evoziert aber auch nachdrücklich und nachhaltig Selbstbeobachtungen und Selbstreflexionen als in das (zunächst einmal als ausgesprochen ereignisarm erscheinende) Geschehen in verschiedener Hinsicht stark involviertes Subjekt.

Im Rekurs auf dieses ganze wissenssoziologische Instrumentarium konstatiere ich nun heuristisch, dass Menschen im Wachkoma augenscheinlich an-dauernd in anderen Bewusstseinszuständen leben als dem des normalen, hellwachen Erwachsenen – anders ausgedrückt: sie haben durch die Hirnschädigung induzierte, also krankheitsbedingte Bewusstseinsstörungen. Ein im Wachkoma lebender Mensch stellt den hellwachen Normalmenschen folglich vor Klärungsprobleme in wenigstens dreierlei Hinsicht: 1. Ist das, wovon ich Bewusstsein habe, wie ich? 2. Ist das, wovon ich Bewusstsein habe, ein Du? 3. Ist das, wovon ich Bewusstsein habe, ein

Mensch? Das heißt, ein Mensch in einem solchen Zustand stellt ‚uns‘ gemeinhin unerbittlich vor die Frage, ob es sich bei dem konkreten Individuum, mit dem ‚wir‘ zu tun haben, eigentlich (noch) um einen Anderen wie ‚uns selbst‘ handelt, wenn ihm die Eigenschaft eine Person zu sein, augenscheinlich kaum noch eignet. Denn Reziprozität zwischen personalen Lebewesen gilt nicht nur Thomas Luckmann als anthropologische Konstante, ja als *conditio sine qua non* menschlicher Individual- und Kulturentwicklung: Ich-Werdung geschieht im ‚Spiegel‘ des und der Anderen. Und wenn man das Gegenüber nun als ‚reaktionslos‘ empfindet, stellt sich die Frage, ob man sich in Gegenwart eines solchen menschlichen Körpers überhaupt in einer sozialen Situation befindet, insofern eine soziale Situation (im mit Erving Goffman verstandenen Sinne) eben mit Wechselseitigkeit einhergeht. Denn allein „die bloße Tatsache, dass unser Gegenüber einen lebenden Körper hat wie wir“, reicht Alois Hahn (1995, S. 42) zufolge eben nicht aus dafür, „ihn auf Dauer unserer Erwartung entsprechen zu lassen, er sei ein Mensch wie Du und ich.“

Banaler Weise scheint es also tatsächlich der Verlust der Wechselseitigkeit beziehungsweise der Zusammenbruch der Intersubjektivität zu sein, der den Anderen ‚aktuell‘ ungewiss macht, obwohl an der physischen Präsenz dieses Menschen kein Zweifel besteht. Der Zweifel betrifft die Präsenz eines Alter Ego. Genau genommen erschließe ich seine psychische Absenz jedoch ‚lediglich‘ daraus, dass a) manche Fachleute mir auf diagnostische Verfahren verweisende Gründe nennen und Erklärungen geben für ‚fehlendes (Selbst-)Bewusstsein‘ und b) ich selber keine für mich als methodischem Skeptiker hinlänglich sicheren Indikatoren erkennen kann dafür, dass dieser menschliche Organismus einen ‚Anderen wie ich‘, dass er also eine Person repräsentiert, wenn wir mit ‚Person‘ einen mit Eigenwillen begabten Mitspieler im sozialen Geschehen bezeichnen. Diese Ungewissheitslage erfahre ich allerdings keineswegs als schlicht gegeben und statisch, sondern ihrerseits als fragil, als immer wieder zweifelhaft. (Die Ungewissheit ist also keineswegs gewiss, vielmehr ist sie ihrerseits ungewiss.) Das heißt, ganz vorsichtig ausgedrückt, dass ich eben *nicht* überhaupt keine Indikatoren erkennen zu können vermeine dafür, es zumindest im konkreten Fall doch mit einem Anderen zu tun zu haben – mit einem Anderen, der mental vielleicht nicht mehr zu leisten vermag (oder, um in ein anderes Diskursmilieu zu wechseln, meinetwegen auch: der nicht mehr mentale Leistung zeigen mag), als ein primitives, vielleicht nicht mehr als sozusagen neonatal-analoges Nachahmungsverhalten.

Unbeschadet dessen scheint es sozusagen pragmatisch ‚schlagende‘ Gründe dafür zu geben, an der Identität dieses Anderen als einer Person zu zweifeln. Und die sozusagen bittere ‚Ironie der Geschichte‘ liegt eben darin, dass wir es dabei entstehungsgeschichtlich gesehen mit einer menschlichen Lebensform zu

tun haben, die durch die avancierte medizintechnologische und pharmakologische Entwicklung überhaupt erst erzeugt worden ist. Denn während zuvor die meisten Menschen nach dem Akutereignis einer schweren Hirnschädigung – falls nicht unmittelbar, dann doch sehr schnell – gestorben waren, wird zwischenzeitlich durch die Nutzung immer effizienterer intensivmedizinischer Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten zunehmend deren langfristiges Überleben ermöglicht. Wachkoma als Jahre und mitunter Jahrzehnte lang währende Lebensform ist somit ein ausschließlich in jüngster Zeit unter spezifischen gesellschaftlichen Umständen vorfindliches Phänomen. Und folglich lässt sich zumindest in gewisser Hinsicht tatsächlich konstatieren, dass das hightech-medizinische Artefakt des im Wachkoma lebenden Menschen augenscheinlich die im Pleistozän allmählich entwickelte Daseinsverfassung des Menschen als eine Person mit ‚voll ausgebildeter Identität‘ beendet – ohne dass der betreffende Mensch damit zwangsläufig aufhört, zu existieren.

1 Existenz im Wachkoma

Allerdings ist diese Existenz eines im Wachkoma lebenden Menschen naheliegender Weise außerordentlich prekär, denn um nicht zu sterben ist ein solcher Mensch ständig und vollständig auf die Sensibilität und Fürsorge anderer angewiesen: Ein im Wachkoma lebender Mensch kann z. B. die Position seines Körpers nicht willentlich verändern. Er kann auch nicht mitteilen, ob und wo ihn ggf. eine Faltung des Betttuches drückt, ob ein Arm ‚einschläft‘, weil er zu sehr unter dem Körper liegt, oder ob ein Fuß unter der Bettdecke ‚verdreht‘ ist. Bereits in den ersten Wochen nach dem zum Wachkoma führenden Ereignis werden die zunächst schlaff gelähmten Extremitäten spastisch, d. h. sie ‚verkrampfen‘ zunehmend, überwiegend in Beugstellung der Gelenke. Kontrakte Gelenke erschweren die Hautpflege sowie die Positionierung des Körpers im Bett, im Sessel oder im Rollstuhl. Ohne regelmäßige Positionswechsel und ohne eine flächenhafte Verteilung des Körpergewichts auf die Unterlage aber treten wiederum Durchblutungsstörungen der aufliegenden Körperstellen auf, die zu bis auf den Knochen reichenden Druckgeschwüren führen können. Um Hautschäden der Beugeflächen entgegenzuwirken und die Positionierung des Körpers bzw. der Körperteile zu erleichtern, müssen die Extremitäten daher immer wieder passiv bewegt und die Finger, Hände und Arme entgegen ihrer spastischen Beugstellung gestreckt werden. Ggf. werden auch für einige Stunden sogenannte Orthesen, also Schienen angelegt, die diese gestreckte Position ‚halten‘ sollen. In manchen Fällen wird

auch (immer wieder) Botox gespritzt, um den Muskelspasmus vorübergehend zu durchbrechen.

Alle diese Maßnahmen sind mit Risiken verbunden: Botox (genauer: Botulinumtoxin) ist ein Nervengift, das zu einer einige Wochen andauernden Muskellähmung führt. Botox wird in hoher Verdünnung in die Region derjenigen Nervenendigungen gespritzt, deren Verbindung mit der Muskulatur unterbrochen werden soll. Wie alle in den Körper eingebrachten Substanzen kann es aber in die Umgebung diffundieren, d. h. vom Blut aufgenommen werden und so in Körperregionen gelangen, in denen eine Muskellähmung lebensgefährlich ist (wie insbesondere in der Herz- und in der Atemmuskulatur). Schienen bringen das Risiko der Druckgeschwürbildung mit sich. Das Knochengestüt eines Körpers, der keine Eigenbewegung hat, wird durch Abbauprozesse brüchig. Resultierend daraus steigt das Risiko von Frakturen, selbst infolge relativ geringer Krafteinwirkung von außen.

Und wird eine stattgehabte Fraktur operativ versorgt, ist nicht sicher vorhersagbar, ob Schrauben, Nägel, Drähte in dem porösen Knochen Halt finden. Zudem resultiert hieraus eine bis in den Knochen reichende Wunde, die sich entzünden kann. In Fehlstellung verheilte Körperteile erschweren alle Maßnahmen der Pflege, ein Infekt des Knochens schwächt den Körper und erhöht die Gefahr weiterer Infekte. Und so dreht sich die ‚Spirale‘ aus erwünschten Effekten und unerwünschten Folgen etwelcher Maßnahmen und Unterlassungen immer weiter.

Ohnehin drohen Menschen im Wachkoma ständig Infektionen, allein schon bedingt durch die ‚Ver- und Entsorgungsschläuche‘, die innerliche und äußerliche Wunden setzen. Zur Nahrungsgabe wird meist eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) durch die Bauchdecke in den Magen gelegt. Der Harn wird ebenfalls auf kurzem Weg (mittels eines suprapubischen Katheters) durch die Bauchdecke abgeleitet. Und nicht zuletzt sind nicht wenige Menschen im Wachkoma eben tracheotomiert, atmen also nicht mehr über den Nasen- und Rachen-Raum, sondern über eine Trachealkanüle direkt in die Luftröhre am Hals. Die Blockung, d. h. die Abdichtung der Trachealkanüle mittels einer luftgefüllten Manschette, verringert die Gefahr der Aspiration von Mageninhalt, der Menschen im Wachkoma aufgrund ihrer eingeschränkten oder aufgehobenen Schluckfähigkeit ausgesetzt sind. Eine Trachealkanüle, insbesondere eine geblockte Trachealkanüle, hat jedoch auch zahlreiche nicht intendierte Folgen: Der kurze Atemweg schaltet den Nasen- und Rachen-Raum aus dem Atemluftstrom aus. Die Atemluft wird daher nicht im normalen Ausmaß gefiltert, erwärmt und angefeuchtet, und die Anfälligkeit für Bronchialinfekte steigt.

Und so zieht sozusagen das eine Problem und seine Bearbeitung das nächste nachgerade unweigerlich nach sich, denn der im Wachkoma lebende Mensch

befindet sich gesundheitlich eben nicht in einem ‚unter den gegebenen Umständen‘ recht stabilen und ‚ganz akzeptablen‘ Zustand, sondern er konfrontiert diejenigen, denen es um ihn zu tun ist, in aller Regel mit seinen – quasi permanent an Atemproblemen, Husten und Würgen erkennbaren – Kämpfen ums schiere Überleben, die eher gelegentlich von kurzen ‚ruhigen‘ Phasen unterbrochen werden.

Angesichts solcher stets gegenwärtigen und augenscheinlichen Missbefindlichkeiten des bzw. eines im Wachkoma lebenden Menschen tritt eine unerbittliche grundlegende Reduktion von dessen Körperlichkeit zumeist in den Hintergrund der Aufmerksamkeit: die Reduktion seiner Sinneswahrnehmungen. Und diese Reduktion stellt sich leider weit weniger melancholisch romantisierend dar, als – exemplarisch – in dem vor dem Hintergrund der gleichen Problematik spielenden Liebesfilm „Perfect Sense“.

Verloren geht dem Menschen im Wachkoma zumeist fast vollständig der aktive Tastsinn (während die Sensibilität der Haut zu großen Teilen erhalten bleiben mag) – zunächst durch lähmungsbedingte, partielle Gefühllosigkeit, im Weiteren dann durch die spastische Verkrampfung der Hände und Finger, die es verunmöglichlicht, mit den Händen etwas zu (er-)greifen und mit den Handflächen etwas zu spüren. Verloren gehen die Möglichkeiten zu Riechen, zu Schmecken und – damit einhergehend – auch die Äußerungsform des Lautierens (d. h. der Erzeugung von Lauten mittels der Stimmbänder), weil durch die eingesetzte Trachealkanüle verhindert wird, dass Luft über die Nase und über den Mund ein- und ausgeatmet und oral Flüssigkeit und Nahrung aufgenommen wird. Oft gibt es Hinweise auf funktionelle Blindheit bzw. genauer: auf visuelle Agnosie. Das heißt, dass der davon betroffene Mensch (so gut wie) nichts mehr sehen kann, obwohl das Seh-Organ selber sozusagen ‚technisch‘ funktionsfähig geblieben war. Der einzige von seinen fünf Sinnen, der einem im Wachkoma lebenden Menschen in der Regel anscheinend erhalten bleibt, also sozusagen der einzige mit hinlänglicher Gewissheit noch ‚offene Kanal‘ zwischen ihm und der Umwelt, ist das Hören. Das impliziert aber keineswegs, dass über ‚Ansprache‘ bzw. – mit Ausnahme plötzlicher und lauter Geräusche – überhaupt über Hörbares irgendwelcher Art bei Menschen im Wachkoma irgendwelche ohne Weiteres erkennbaren oder gar verlässlich reproduzierbaren Reaktionen evoziert werden könnten. D. h., auch wenn die Mechanik des Trommelfells noch funktioniert, ist außer qua Appräsentationen, aus denen rückgeschlossen werden kann, dass auch solche Menschen Geräusche als ‚laut‘ bzw. als unangenehm empfinden – die Welt des Akustischen im Sinne einer weit verstandenen ‚kommunikativen Validierung‘ gemeinsamer Wahrnehmungen bei Menschen im Wachkoma typischerweise nicht mehr nachweisbar.

2 Abschließende Gedanken über Entsinnung

Solche Reduktionen bzw. den Verlust eines oder mehrerer der fünf Sinne bzw. den Verlust der Fähigkeit, mittels eines oder mehrerer der fünf Sinnesorgane Wahrnehmungen zu machen, erfassen wir unter dem selten gebrauchten, möglicherweise sogar von mir erfundenen Stichwort „Entsinnung“. Entsinnung meint mithin basälere Verluste als solche, die wir üblicher Weise mit ‚Entsinnlichung‘ (etwa der zwischenmenschlichen Beziehungen, der Arbeit, des Glaubens usw.) konnotieren. Entsinnung meint eher partielle, die Sinnesorgane betreffende ‚Entleibung‘ (also sozusagen das Gegenkonzept zu dem, was Hermann Schmitz mit dem Begriff der ‚Einleibung‘ (2007, S. 151) beschreibt: das Überschreiten des eigenen Leibes hin zu den Leiblichkeiten anderer bzw. das ‚Spüren‘ anderer Leiblichkeiten in der eigenen. ‚Totale Entleibung‘ (ebd.: Mellin, 1797, S. 531) bedeutet die Vernichtung des Leib-Seins durch den Tod. ‚Partielle Entleibung‘ (ebd.) bedeutet den Verlust von Funktionen des Organismus (z. B. durch Amputationen). Und ‚Entsinnung‘ bedeutet nun eben, wie erwähnt, den wodurch auch immer bedingten Verlust der Funktionen bzw. des ‚Funktionierens‘ von Sinnesorganen (also von Augen, Ohren, Nase, Mund und Haut).

Ob bzw. inwieweit infolge so verstandener Entsinnung auch die ‚Innenwelt‘ des von äußeren Reizen bzw. Anregungen immer stärker abgeschnittenen Menschen immer mehr ‚verarmt‘, ob er infolge der schweren Hirnschädigung, die er erlitten hat, also nicht nur am Anfang seines Lebens im sogenannten Wachkoma, sondern auch in dessen Vollzug – eben infolge der zunehmenden Entsinnung – auch psychisch (weiter) depraviert, ist eine Frage, die – jedenfalls von mir – empirisch schwer zu beantworten ist. Gleichwohl lässt sich diese Frage theoretisch verallgemeinert stellen und möglicherweise anhand anderer menschlicher Lebensformen bearbeiten: Theoretisch verallgemeinert geht es dabei nämlich tatsächlich um die Frage der Korrelation von Sinneswahrnehmungen und Wissensbeständen.

Literatur

- Hahn, A. (1995). Identität, Nation und das Problem der Fremdheit in soziologischer Sicht. In T. Heinze (Hrsg.), *Kultur und Wirtschaft: Perspektiven gemeinsamer Innovation*. Springer.
- Lindemann, G. (2009). *Das Soziale von seinen Grenzen her denken*. Velbrück Wissenschaft.
- Mellin, G. S. A. (1797). *Encyclopädisches Wörterbuch Der Kritischen Philosophie*. Rei Friedrich Frommann.
- Schmitz, H. (2007). *Der Leib, der Raum und die Gefühle*. Aisthesis.

Ronald Hitzler, Prof. Dr., war von 1997 bis 2017 Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Soziologie an der Fakultät 12 der Technischen Universität Dortmund. Gastprofessuren an den Universitäten St. Gallen, Wien und Eichstätt-Ingolstadt. Das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse gilt vor allem der Frage, wie Gesellschaft aus den Perspektiven von Akteuren erscheint. Im Rekurs auf dieses allgemeine Erkenntnisinteresse forscht er unter dem Rahmenthema ‚Modernisierung als Handlungsproblem‘ derzeit vor allem zu methodologisch-methodischen Grundlagenproblemen der interpretativen Sozialforschung, zum kulturellen Leben in der Gegenwartsgesellschaft und zu existenziellen Grenzsituationen. Weitere Informationen unter: <http://www.hitzler-soziologie.de/hitzler>