

Anne Honer

Verordnete Augen-Blicke Zum subjektiven Erleben des medizinisch behandelten Körpers

*Allein durch die Notwendigkeit des Umgangs mit
Objekten, die sich ihren Zwecken fügen oder wi-
dersetzen, machen sich die Menschen ohne Absicht
zu Narren oder Helden
(Anselm L. Strauss)*

Ohne Ankündigung, mitten in der Arbeit tauchten plötzlich rußartige Schlieren im Sehfeld auf und verbreiteten sich rasch von unten nach oben; eine quasi-automatische Handbewegung bestätigte, daß es sich weder um ein Ereignis in der Außenwelt, noch um eines auf der Augenoberfläche handelte. Dieses Ereignis besetzte fortan nicht nur meine Aufmerksamkeit, sondern sozusagen meine gesamte Existenz und zwang mich im Verbund mit medizinischen Maßnahmen zu einem unbestimmt langen und hinsichtlich seiner Strenge kaum plan- und berechenbaren 'Innehalten': mir schien, ich erblindete. Nach dem ersten, panikartigen Erschrecken, das diese spontane Autodiagnose begleitete, bzw. nach der spontanen Autodiagnose, die mit meinem ersten, panikartigen Erschrecken einherging, registrierte ich dann zwar, daß meine Sehfähigkeit nur auf einem Auge und auch da noch nicht vollständig eingebüßt war, gleichwohl war aber nachgerade alles, was ich seit jenem Moment nicht nur im Hinblick auf die optimale Nutzung des medizinischen Versorgungssystems unternommen, sondern auch vom medizinischen Versorgungssystem an diagnostisch-therapeutischen Behandlungen hingenommen hatte, von diesem originären Selbstbefund „Ich werde blind“ geleitet.

Denn 'Sehen' bedeutet auch für mich selber das, was wir bei HELMUTH PLESSNER darüber nachlesen können: 'Sehen' bedeutet, eine Richtung zu haben (1980: 241) und ein Verhältnis von Ferne und Nähe zu haben (1981: 333ff.). Schlecht zu sehen und gar *nicht* zu sehen bedeutet somit für den, der diesen Zustand nicht gewohnt ist, der diese Sinnesfunktion (noch) nicht durch die Schärfung anderer Sinne kompensiert hat: richtungslos zu werden und Distanzen zu konfundieren, also (räumliche, aber daran anschließend 'merkwürdigerweise' eben auch zeitliche und soziale) Orientierungsprobleme zu haben und sich schwerer bzw. gar nicht (mehr) zurechtzufinden.

Nun sind mir, wie vielen von uns, Probleme mit der Sehkraft an sich keineswegs fremd und neu: Die Dioptrienzahl meiner Augenlaser erhöht sich mit unschöner Regelmäßigkeit von Jahr zu Jahr. Kurz: Ich werde je älter um so kurzsichtiger. Auch hatte ich mich rund zehn Jahre zuvor schon einmal einer Laserbehandlung meiner Netzhaut unterzogen. Deshalb war ich auch nicht sonderlich beunruhigt gewesen, als einige Monate zuvor aufgrund einer von mir als 'leichter' konstatierten Sehstörung in der Augenklinik mittels „Laser-Koagulation“ zwei „Hufeisenrisse“ auf der Netzhaut des linken Auges 'geschweißt' wurden.

Dann aber kam das erwähnte Ereignis. Ich hatte den Eindruck, eine Sonnenfinsternis zu erleben und ließ mich so schnell es irgend ging in die Klinik bringen. Von der dort diensttuenden Ärztin wurde eine „Glaskörperblutung“ diagnostiziert. Ob es bereits zu einer Netzhautablösung gekommen war, ließ sich allerdings bei der „Kontaktglasuntersuchung“ nicht feststellen, da die Blutung das gesamte Sehfeld des linken Auges verdeckte. Das heißt: weder konnte ich *aus* dem Auge, noch konnte die Ärztin *in* das Auge sehen. Der daraufhin zugezogene „Ultraschallspezialist“ setzte nach seiner Untersuchung seine Ansicht durch, daß *keine* Netzhautablösung vorliege. Folglich wurde ich, nach Vereinbarung eines 'Kontrolltermins', zunächst mit dem Befund 'entlassen', daß eben keine Netzhautablösung vorliege und man deshalb abwarten wolle, ob sich das Blut von alleine wieder verteilen würde. Falls dies nicht geschehe, müsse das Blut operativ entfernt werden.

Verordnet wurde mir, ich solle, um den (erhofften) Selbstheilungsprozeß zu unterstützen, auf keinen Fall lesen, allenfalls dürfe ich ein wenig fernsehen. Auch solle ich körperliche Anstrengungen jeder Art vermeiden, insbesondere keine schweren Lasten tragen oder heben, mich möglichst nicht bücken, am besten in erhöhter Rückenlage ruhen oder erhobenen Hauptes sitzen.

Zurück aus der Klinik führte ich mir meine körperliche Lage sozusagen vor das noch verbliebene Auge und bemerkte nach und nach immer mehr Irritationen im Hinblick auf vielerlei alltagspraktische Gewohnheiten: Wie sollte ich arbeiten, wie mich entspannen, ohne zu lesen? Wie konnte ich meine Mobilität wahren, ohne Auto zu fahren? Durfte ich überhaupt noch meine Aktentasche aus dem Institut nach Hause tragen? Galt der Fußweg vom Institut bergauf nach Hause, der mich immer außer Atem brachte, bereits als körperliche Anstrengung? Wie liest man etwas vom Fußboden auf, ohne sich zu bücken? Usw.

Derlei banale Fragen markierten – nach dem pragmatischen Handlungsprinzip des 'first-things-first' – mein Bemühen, dort wieder Anschluß zu finden, wo das traumatische Ereignis und dessen Auslegung

im medizinischen Expertenurteil jäh den gewohnten Gang der Dinge unterbrochen hatte. Genauer und vom gegenwärtigen Stand der Problemerkennung aus gesagt: sie markieren den Beginn jener Umorganisations- und Neuordnungsmaßnahmen, mittels derer ich versuchte, die medizinisch 'verordneten' Verhaltensmaßregeln ins Verhältnis zu setzen zu den alltäglichen Routinen und zu weiteren, übergeordneten Lebensplänen.

Obwohl ich mich damals noch gar nicht krank fühlte, sondern – nachdem ich den ersten 'Erblindungs-Schock' überwunden hatte – nur sozusagen 'vorübergehend beeinträchtigt' wähnte, wirkte sich also die medizinische Expertise über meine Ein-Sichtigkeit sofort auf die Selbst-Wahrnehmung meiner physischen und damit auch auf meine psychische Verfassung aus: Ich wurde von Stund an vorsichtiger, ängstlicher, unbeweglicher. Und doch bzw. gerade deshalb drohten ständig irgendwelche Rempel- und Stolperfallen. Mein Körper erschien mir hochgradig gefährdet: durch jeden unkontrollierten Schritt, durch jede unbedachte Bewegung, aber auch (und mehr noch) durch alles, was um ihn her im Fluß, im Gange war oder gar – womöglich unbemerkt – auf ihn *zu* kam. Alle Geschwindigkeiten schienen sich zu erhöhen, alle Abläufe sich zu beschleunigen, die Welt schlechthin entwickelte mit einem Mal ein wahrhaft atemberaubendes Tempo. Demgegenüber entwickelte ich das dringliche Bedürfnis, mich ständig irgendwo festzuhalten, mein Gleichgewicht zu bewahren, mein Leben zu verlangsamen, Ruhe zu finden. Zum ersten Mal zum Beispiel wurde ich darauf aufmerksam, wie oft am Tage ich mich bislang ganz spontan und ohne einen Gedanken darauf zu verschwenden gebückt und etwas aufgehoben hatte.

Als bald verbrachte ich mehr und mehr Zeit in halb sitzender, halb liegender Haltung bei geschlossenen Augen. Dabei sinnierte ich – unter vielem anderen – einerseits auch immer wieder über die (bis jetzt offene) Frage nach der *Ursache* der Glaskörperblutung und der Netzhautrisse und über einen womöglich notwendigen operativen Eingriff in mein linkes Auge nach, andererseits blieb ich zuversichtlich im Hinblick auf die Chancen einer Selbstheilung und hielt so an der Auffassung fest, daß ich 'im Prinzip' doch gesund und nur vorübergehend körperlich beeinträchtigt sei. In dieser fast 'oblo-mowschen' Wartehaltung verbrachte ich immerhin eine Woche.

Tatsächlich lockerte in diesem Zeitraum die Blutung auf, so daß ich vor dem Kontrolltermin mit dem defekten Auge wieder – wie durch eine dicke Milchglasscheibe hindurch – die Umrisse von Personen gegenüber denen von Gegenständen unterscheiden konnte. Mit der aus dieser *Eigenbeobachtung* des Augen-Körpers geschöpften Hoffnung, nunmehr bald wieder meine geplanten

Arbeiten aufnehmen zu können, begab ich mich dann, fast schon beiläufig, zur Konsultation in die Klinik.

Meine ganze, sozusagen phänomenal begründete, Zuversicht wurde jedoch jählings zunichte gemacht durch die ärztliche Mitteilung, daß die soeben durchgeführte „Kontaktglasuntersuchung“ zwei Löcher auf der Netzhaut ‘zwischen zwölf Uhr und halbzwei’ zutage gefördert habe, deren Ränder sich ablösten, und daß somit eine alsbaldige Operation unumgänglich sei. Mit dieser Nachricht reduzierten die ophthalmologischen Experten also jene von PETER GROSS so opulent ausgefaltete ‘Multioptionalität’ der Welt für mich dramatisch auf eine schlichte, quasi kierkegaardsche Alternative: *entweder* mich quasi standepede operieren zu lassen *oder* in kürzester Zeit tatsächlich auf einem Auge zu erblinden. Die darauf folgenden weiteren Untersuchungen, die nochmalige Erläuterung der Diagnose als „Netzhautlöcher mit umgebender Amotio und starke Glaskörpertrübung“, die Schilderung der beiden in meinem Falle prinzipiell möglichen operativen Alternativen, meine schriftliche Zustimmung zur Therapie, die Fragen zu meiner bisherigen Krankengeschichte und die Belehrung über mögliche Komplikationen des Eingriffs sowie meine unterschriebene Bestätigung der Aufklärung und vieles andere mehr registrierte ich eher ‘mechanisch’ als daß ich es noch reflektierend zur Kenntnis genommen hätte. Denn meine ganze Aufmerksamkeit wurde durch den Gedanken an die bevorstehende Operation absorbiert, in die ich bereits durch mein bloßes Verbleiben vor Ort quasi grundsätzlich eingewilligt hatte.

Die gegenüber meinem damaligen *subjektiven* Befinden so unerwartete und folglich schockartige Mitteilung der unaufschiebbaren Operationsbedürftigkeit, der Austausch der Alltagskleidung gegen das krankenhauseigene, charakteristische ‘Flügelhemd’ und vor allem die Verordnung einer „Lochbrille“, welche die Augen „justiert“ und mich meines ohnehin eingeschränkten Gesichtsfeldes fast vollständig beraubte – das waren die in meiner retrospektiven Wahrnehmung wichtigsten medizinischen Maßnahmen, welche mit einem atemberaubenden Tempo meine ‘Patientenkarriere’ (GOFFMAN 1972) einleiteten und mich vom Status einer ‘Gesunden mit einem partiellen körperlichen Defekt’ in den einer ‘uneingeschränkt Kranken’ beförderten.

Der therapeutische Sinn der Lochbrille besteht darin, zur Vorbereitung der *operativen* Therapie bzw. zur Überbrückung der Zeit bis zur Operation das Auge im Verhältnis zum Schädel weitestgehend zu fixieren und somit zu verhindern, daß durch die Rollbewegungen, die das Auge beim Sehen üblicherweise macht, das Blut im Glaskörper auf- und umhergewirbelt wird. Abstrakter ausgedrückt: Die ‘normalen’ Problemlösungskapazitäten des Gesunden

werden künstlich begrenzt bzw. negiert, damit sich der Kranke in seiner labilen Verfassung und seiner verminderten Selbststeuerungsfähigkeit nicht selber (weiter) schädigt bzw. um die Voraussetzungen zur Wiederherstellung seiner ‘normalen’ Handlungskompetenzen zu optimieren. Die Lochbrille repräsentiert somit eine historisch spezifische medizinische Organisation von Krankheit: sie ist eine Konsequenz des aktuellen Wissens einschlägiger Experten um das physiologische Geschehen im Augenkörper, das bei gewissen pathologischen Zuständen für die Therapie ‘unterbunden’ werden muß.

Diese Lochbrille aus schwarzem, steifem, vorgewölbtem Tuch, die ich also in der Zeit zwischen der ‘Aufnahme’ in die Klinik und der Operation am darauffolgenden Vormittag (bzw. handlungspraktisch genauer: bis vor dem Einschlafen in der Nacht zuvor) zu tragen hatte, befremdete, ja erschreckte nicht nur den mit solcherlei Gerät nicht vertrauten Besucher, für den mein Aussehen und mein Blickverhalten „etwas insektenartiges“ bekam. Diese Lochbrille reduzierte und verwandelte auch nochmals ganz entschieden meine eigene Welterfahrung: Der Blick durch die punktgroße, etwa zwei Zentimeter vom Auge entfernte Öffnung gibt dem Schauenden zunächst, kurzzeitig das Gefühl, sich in einem großen, dunklen Raum zu befinden, in dem weit entfernt eine kleine Öffnung angebracht ist, durch die spärlich Licht hereindringt. Wenn man sich dann besser an diesen ‘Raum’ gewöhnt hat – wobei offenbar das Sehvermögen die Fähigkeit besitzt, das Räumliche des Zwischenraums zu „negieren“ und sich zu „eigen“ machen kann – und versucht, hinauszusehen, dann hat man so eine Art ‘Schlüsselloch-Erlebnis’: Man bekommt von dem, was jenseits dieses Loches vor sich geht, nur das mit, was sich zufällig in diesem minimalen Ausschnitt des Sichtbaren abspielt. Nun versucht man dieses Handicap des völlig eingeschränkten Gesichtsfeldes dadurch zu kompensieren, daß man den Blick schweifen läßt, was natürlich nur dadurch möglich ist, daß man ständig den ganzen Kopf in alle möglichen Richtungen dreht – bzw. eben dorthin, wo man Interessantes vermutet. Fatalerweise aber entschwindet eben schon bei einer leichten Veränderung der Kopfhaltung *alles*, was man eben noch gesehen hat, *vollständig* aus dem Blick, so daß das, was das Auge registriert, eher einer Folge von kaum zusammenhängenden Einzelbildern ähnelt als einem kontinuierlich ablaufenden Film (diese nicht-intendierte ‘Schnitt’-Wahrnehmung durch das Sehmedium hat somit gegenteilige Konsequenzen zu den von SOEFFNER beschriebenen Funktionen der ‘Schnitt-Techniken’ der Filmmedien (1998) sowie SOEFFNER & RAAB 1998).

All das macht das Sehen durch die Lochbrille nicht nur ausgesprochen mühsam, sondern vermittelt einem ein deprimierendes Gefühl

der Eingeschränktheit, ja der Ohnmacht, denn der Mensch nicht *hinter*, sondern vielmehr *in* der Lochbrille entbehrt gerade jene 'sinnliche' Erfahrung einer „unmittelbaren Vergegenwärtigung [...] der Dinge selbst“, von der HELMUTH PLESSNER spricht (1983: 397). Damit auferlegt die Verordnung der Lochbrille dem kranken Menschen, der sein Leib *ist*, aber seinen Körper nicht mehr *hat* (bzw. genauer: nicht mehr im Griff hat), eine Reduktion seiner sinnlichen Möglichkeiten, verordnet ihm also tatsächlich quasi einen medizinisch zugerichteten, therapeutisch zurechtgestutzten Körper. Dies zwingt ihn – und zwar *unbeschadet* der Frage, ob er angesichts seiner Erfahrung, eingeschränkt, ja ohnmächtig zu sein, Disziplin zu wahren vermag oder womöglich seine Fassung, seine Beherrschung verliert (vgl. dazu PLESSNER 1982) dazu – der medizinischen Verordnung gegenüber eine „Haltung“ einzunehmen: 'Haltung' manifestiert sich PLESSNER zufolge ja in zwei Grundformen der Weltzugewandtheit des Leibes, also des Sich-Verhaltens: im Ausdruck (also „frei von jeder Zielbestimmtheit“) und in der Handlung (die durch „eindeutige Gerichtetheit“ gekennzeichnet ist) (1980: 195).

Meine Haltung zur Lochbrillen-Verordnung war, ebenso wie die zu den anderen 'rites de passage' vor der Operation, zwar 'eindeutig gerichtet', aber eben *nicht* im PLESSNERSchen Sinne zielgerichteten Handelns, sondern eher im Sinne einer Abwendung meines Interesses von diesen Geschehnissen zugunsten einer weitgehenden Absorption meiner Aufmerksamkeit durch den in sich kreisenden Dauergedanken an die Operation selber. Diese hat dann anscheinend auch 'irgendwie, irgendwann und irgendwo' stattgefunden – und zwar offenbar, wie ich danach vom behandelnden Arzt erfahren und auch aus meinen Unterlagen entnommen habe, in Form einer „Episkleralen Silikon-Plombe und Silikon-Cerclage“. 'Mitbekommen' hatte ich davon allerdings lediglich die Verabreichung von Beruhigungsmitteln und die *Einleitung* der Narkose *vor* sowie das Vorhandensein eines – in der Folgezeit immer wieder kontrollierten und gewechselten – Augenverbandes *nach* der Operation.

'Beruhigungsmittel schlucken' und Narkose 'erleiden' (i. S. v. einem widerfahren), also die medizinisch-medikamentös induzierte Bewusstlosigkeit, erinnert mich, jedenfalls in den *Übergängen* von den bewußten zu den halbbewußten und den bewußtlosen Zuständen, zum einen an die berühmten 'Sprünge', von denen ALFRED SCHÜTZ redet, zum anderen aber auch an den von PLESSNER beschriebenen Verlust von Fassung, ja von Haltung und von Exzentrizität in jenen Grenzsituationen des menschlichen Lebens, in denen wir unseren Körper überhaupt nicht mehr (unter Kontrolle) haben, sondern in denen wir völlig

auf unsere Kreatürlichkeit zurückgeworfen werden, in denen wir nur noch Leib sind.

Entsprechend habe ich das sukzessive und immer wieder unterbrochene Erwachen aus der durch die Narkose künstlich herbeigeführten Bewusstlosigkeit als Rückkehr auch meiner Exzentrizität, meiner Fähigkeit, mich ins Verhältnis zu setzen zu meiner Welt und zu mir selbst erfahren: Das erste, woran ich mich *postoperativ* erinnern kann, waren – noch 'ferne' – Schmerzen und eine helle Gestalt, die sich über mich beugte und mit freundlicher Stimme etwas sagte. Dann war ich erst einmal wieder 'weg'. Dann war ich wieder 'da'. Und schon wieder 'weg'. Und so weiter.

Ich habe dieses Erwachen also durchaus *nicht* als mit dem Aufwachen nach dem Schlafen vergleichbar erlebt. Denn diese 'Rückkehr' in die Wirklichkeit des sozialen Miteinanders dauerte, wie ich rekonstruktiv festgestellt habe, volle zwei Tage. Zwar war ich während der 'Rückkehr' anscheinend für relevante andere (Schwestern, Ärzte, Besucher) schon 'ansprechbar', aber für mich selber, für meine 'innere Dauer' ist diese Zeit sozusagen 'verloren'. Erst ganz allmählich reduzierten sich die Wechsel von Situationen 'reiner' Gegenwart (d. h. Situationen des Erlebens ohne Anbindung an Vergangenes und Zukünftiges) und Perioden 'ohnmächtigen' Schlafens, und ich 'erkannte' wieder zusammenhängendere, sozusagen 'vollständige' Handlungsabläufe und deren Beziehungen zueinander und konnte ihnen eine Bedeutung, einen Sinn zumessen: Krankenhaus-Alltag.

Dieser Krankenhaus-Alltag ist ja in der einschlägigen ethnographischen Literatur vielfältig beschrieben und sozusagen wohldokumentiert. Auch wenn es in diesem Sinne auch über 'meine' Station, über meine Erlebnisse mit dem medizinischen Personal und den Mitpatienten und über mein Ringen sowohl um 'Haltung' als auch um eine akzeptable Position im Organisationsgefüge einiges zu berichten gäbe, beschränke ich mich hier auf den einen Aspekt der *medizinischen* Relevanz einer anthropologischen Betrachtungsweise des Körpers bzw. des – historisch und kulturell variablen – sozialen Umgangs mit dem Körper sowie subjektiver, aber intersubjektiv vermittelbarer Körpererfahrungen. Meine Frage lautet also, wie problematisch gewordene bzw. problematisch werdende (stigmatisierte) Körper einerseits medizinisch 'behandelt' werden, und welche Probleme andererseits aus der medizinisch-technischen 'Behandlung' des Körpers resultieren (können).

Wenn die 'normale' Position des Menschen zu sich selber exzentrisch ist und die Fähigkeit (und die Notwendigkeit) meint, sich selber zum Gegenstand machen, also in Reflexion zu sich treten, sich im Spiegel erkennen zu können, also zugleich *in* sich und *auf*ser

sich (sich gegenüber und damit für sich) zu sein (PLESSNER 1980: 309), dann besteht das psychische Korrelat von Krankheit darin, daß eben diese Exzentrizität mehr oder weniger stark eingeschränkt wird, daß der Mensch (wieder) 'kreatürlicher', im Sinne PLESSNERS (1980: 226) sozusagen „geschlossener“ lebt und eben die Fähigkeit (und die Notwendigkeit), zu sich selber in reflektierende Distanz zu treten, mehr oder weniger stark einbüßt. Denn ästhesiologisch gesehen ist die exzentrische Positionalität ohnehin nur ein Sonderfall der zentrischen, und der partielle oder auch vollständige Verlust der Exzentrik bedeutet deshalb immer einen Rückgang zu einer zentrierteren Art der Selbst- und Welterfahrung.

Auf dieses Eingeschränktsein, auf diese relative Ohnmacht des Kranken gegenüber dem Gesunden antwortet die ärztliche Verordnung. Sie gibt dem Patienten Handlungsanweisungen für den – aufgrund medizinischen Wissens als angemessen definierten – Umgang mit seinem Körper. Mit einem dergestalt 'verordneten' Körper zu leben, heißt – der Selbsterfahrung des Patienten nach – deshalb m. E. vor allem: die Ausübung eigenen Tätigseins, Für-sich-selber-Zuständigsein überhaupt zu reduzieren bzw. als reduziert zu erfahren, fremdes Zuständigsein für einen selber zu erleiden, zu ertragen – vielleicht mitunter auch zu genießen

Nicht erst nach, sondern auch schon vor der stationären Behandlung hatte es mich sehr irritiert, daß ich auf meinen beiden Augen so 'ungleich' sah. In der Regel mußte ich, um etwas annähernd klar erkennen zu können, das defekte Auge zukneifen. Außerdem hatte ich das Bedürfnis, für dieses Auge in besonderem Maße Sorge zu tragen, d. h. es zu schützen. Deshalb hielt ich das Auge möglichst oft und möglichst lange geschlossen. Da dies anfänglich aber nicht nur einer Willens – sondern auch einer lästigen Muskelanstrengung bedurfte, suchte ich nach einer 'technischen' Lösung. Und so kaufte ich mir naheliegenderweise eine Augenklappe.

Mit dieser Klappe schlug ich denn auch sogleich erfolgreich mehrere 'Fliegen': Zum einen gewann ich, wie gesagt, ein nahezu klares, wenn auch auf die Hälfte und auf Zweidimensionalität reduziertes Sichtfeld und damit ein Mindestmaß an Handlungssicherheit. Zum anderen sorgte diese expressive Selbststigmatisierung dafür, daß meinem faktischen Kranksein, welchem bislang die nötigen Erkennungszeichen gefehlt hatten, als daß es in sozialen Situationen zur selbstverständlichen Entschuldigung etwelcher merkwürdiger Verhaltensweisen von mir hätte hinlänglich relevant werden können, nun die entsprechende Beachtung entgegengebracht wurde: Meine „Moshe-Dajan-Flagge“ sig-

nalisierte der Umwelt überdeutlich „Hier kommt ein leidendes, mit besonderer Rücksicht zu behandelndes Wesen!“

Zu meiner Irritation und zu meinem Leidwesen war 'mein' Augenarzt jedoch keineswegs begeistert, als ich ihm bei einer Kontrolluntersuchung nach meiner Entlassung aus der Klinik meine 'Patentlösung' vorführte. Gleich nach der Begrüßung fauchte er mich an: „Also zuallererst einmal kommt ja diese verfluchte Klappe weg. Wer hat Ihnen denn sowas aufgeschwätzt?“ – Darauf ich: „Ich mir selber...“ – Arzt: „ja: nicht“ – Ich: „Warum?“ – Arzt: „nie: eine Klappe vor dem Auge. Unter der Klappe wachsen die Bakterien. Sie müssen doch gut sehen können, wenn Sie die Brille drauf haben, alles was recht ist...“ – Wieder ich: „Ich seh immer besser, aber ich seh- ich bin verunsichert...“ – Arzt [zweifelnd-ungläubig]: „ah“.

Daraufhin kontrollierte der Arzt das operierte Auge und ermahnte mich schließlich noch einmal: „Sie sind nicht mehr nur auf Ihr rechtes Auge angewiesen, deswegen, in Dreiteufelsnamen, die Klappe weggelassen! Ganz wichtig...“ – Darauf ich [verhalten zustimmend und leicht zerknirscht]: „mhmm“.

Die Relevanzen des Augenarztes, wie sie in den beiden kurzen Gesprächsausschnitten zum Ausdruck kommen, sind offenkundig: In paternalistischer Haltung und unter Verwendung magischer Beschwörungsformeln („verfluchte Klappe“ und „in Dreiteufelsnamen“) sucht er eindringlich auf mein Verhalten einzuwirken. Und in der Tat, auch diese postoperative Verordnung meines Körpers war erfolgreich: Trotz der damals nach wie vor bestehenden Seh-Irritationen sowie der subjektiven Erleichterung und sozialen Entlastung, die die Verwendung der Augenklappe mit sich brachte, benutzte ich 'das Ding' seit jener Ermahnung nurmehr ganz gelegentlich. Aber selbstverständlich resultierte meine Akzeptanz auch dieser fremden Zuständigkeit für meinen Körper nicht etwa aus Autoritätsgläubigkeit und Gehorsam, sondern auf meiner Fähigkeit als 'mündiger Patientin', das Problem mit den „Bakterien“ einzusehen und die Expertise des Ophthalmologen zu meinem eigenen Wohle zu respektieren...

Literatur

- GOFFMAN, E. (1972): *Asyle*, Frankfurt a. M.
- GROSS, P. (1994): *Die Multioptionengesellschaft*, Frankfurt a. M.
- PLESSNER, H. (1980): *Anthropologie der Sinne, Gesammelte Schriften III*, Frankfurt a. M.
- PLESSNER, H. (1981): *Die Stufen des Organischen und der Mensch, Gesammelte Schriften IV*, Frankfurt a. M.
- PLESSNER, H. (1982): Lachen und Weinen, in ders., *Gesammelte Schriften VII*, Frankfurt a. M., S.201-387.
- PLESSNER, H. (1983): *Conditio Humana, Gesammelte Schriften VIII*, Frankfurt a. M.
- SOEFFNER, H.-G. (1998): Sich Verlieren im Rundblick – Die 'Panoramakunst' als Vorstufe zum medialen Panoramamosaik der Gegenwart, Vortrag auf der Tagung *Audiovisualität vor und nach Gutenberg*, Wien, 27-28. November 1998 (Manuskript).
- SOEFFNER, H.-G. & RAAB, J. (1998): Sehtechniken, in: W. Rammert (Hg.), *Technik und Sozialtheorie*, Frankfurt u. New York, S. 121-148.