Krankheitsverstehen bei primärem Offenwinkelglaukom

Eine qualitative Sekundäranalyse
narrativer Interviews mit Patienten und Patientinnen

Dissertation
zur Erlangung des Grades
Doctor rerum humanarum (Dr. rer. hum.)
am Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock

vorgelegt von
Christian Helbig
aus Rostock

Rostock im Oktober 2022

https://doi.org/10.18453/rosdok_id00004791

Gutachter:

Univ.-Prof. Dr. med. Attila Altiner,
Universitätsklinikum Heidelberg,
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Thomas Fuchsluger,
Universitätsmedizin Rostock,
Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde

Univ.-Prof. Dr. med. Alexander K. Schuster,
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
Augenklinik und Poliklinik

Jahr der Einreichung: 2022

Jahr der Verteidigung: 2023

Abstract

Hintergrund:
Das primäre Offenwinkelglaukom (POWG) ist weltweit eine der häufigsten Ursachen für ein eingeschränktes Sehvermögen und Erblindung. Non-Adhärenz in der eigenverantwortlichen Therapie mit Augentropfen gilt seit Jahrzehnten als eine der größten Herausforderungen. Neben unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen (UAW) und physischen Einschränkungen ist mangelnde Therapietreue weniger ein klinisches, sondern vorrangig ein soziales Phänomen. Sozialwissenschaftliche Forschungsansätze, die die Patientenperspektive mittels qualitativer Interviews untersuchen, erscheinen demnach als adäquater wissenschaftlicher Ansatz. Bisherige patientenzentrierte Studien identifizierten gesundheitssystemische, medikationsbezogene und lebenssituative Barrieren in der Glaukomtherapie. Aber auch Merkmale, die sich entweder auf die Patienten und Patientinnen (z. B. Lebensführung, Bildungsstand) oder die Ärzte und Ärztinnen (z. B. Aufklärungsstrategie, Dauer der Konsultation) beziehen, beeinflussen offenbar die (Non-)Adhärenz. Erkenntnisse zum patientenseitigen Krankheitsverstehen liegen, wenn überhaupt, nur fragmentarisch vor.

Fragestellungen:
(1) Wie verstehen Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, das Krankheitsbild? (2) Beeinflusst das patientenseitige Krankheitsverständnis das Therapieverhalten und wenn ja, auf welche Weise? (3) Gibt es fallübergreifende Muster im patientenseitigen Krankheitsverstehen?

Material und Methoden:
In einer qualitativen Sekundäranalyse wurden themenzentrierte narrative Interviews mit Patienten und Patientinnen aus Mecklenburg-Vorpommern, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, in einer interdisziplinären Analysegruppe und in Einzelanalysen ausgewertet. Dabei fand mit der Dokumentarischen Methode ein sequenzanalytisches rekonstruktives interpretatives Auswertungsverfahren Anwendung. Das explorative Studiendesign, die Komplexität des Auswertungsverfahrens und die Struktur der Primärdaten begründeten die Auswahl und Auswertung von fünf Patientenfällen.

Ergebnisse:
Die patientenseitigen Krankheitskonzepte erscheinen vor allem im Verständnis der pathologischen Vorgänge beim POWG äußerst limitiert. Die Befunde der Analyse legen nahe, dass biografische Erfahrungen und/oder die aktuelle Lebenssituation die Sicht auf und den Umgang mit Krankheit eigendynamisch prägen und Einfluss auf das Therapieverhalten nehmen. Als individuelle Orientierungen strukturieren sie offenbar das jeweilige subjektive Krankheitsverstehen. Die in dieser Untersuchung rekonstruierten (biografisch determinierten) *patientenseitigen Orientierungen* konkurrieren mit dem medizinisch-professionellen

Krankheitsverständnis und ergänzen oder ersetzen (für Patienten und Patientinnen abstrakte) ärztliche Informationen. Andere, vordergründige (belastende) Lebensthemen können die Glaukomerkrankung in den Hintergrund der Aufmerksamkeit verdrängen. Eine tiefgehende Auseinandersetzung mit der Erkrankung wird offenbar erst durch UAW und wahrnehmbare Symptome aktiviert. Bei eingeschränktem Krankheits- und Therapieverständnis scheint eine intakte Arzt-Patienten-Beziehung (vor dem Hintergrund bekannter Krankheitsfolgen) stabilisierend zu wirken. Durch ein paternalistisches Verhältnis werden aber auch Abhängigkeiten im Krankheitsverstehen (re-)produziert, wenn Informationen patientenseitig ausschließlich von den Ärzten und Ärztinnen bezogen und hingenommen, aber nicht verstanden werden. Bei Eintreten von Symptomen und UAW kann dies Unverständnis und Frustration in der Therapie zur Folge haben bis hin zum Therapiebereuen (Decisional-Regret).

Schlussfolgerung:
Wenn individuelle Orientierungen autonome Therapieentscheidungen bedingen und das Handeln in der Therapie negativ beeinflussen, stellen diese eine Barriere in der Glaukomtherapie dar. Die patientenseitigen Orientierungen können ein (zu gesicherten medizinischen Informationen) alternatives Krankheitsverstehen prägen oder die Aufmerksamkeit von der Glaukomerkrankung weg binden. Zur Förderung von Adhärenz wäre in derartigen Fällen angezeigt, das Krankheitsverstehen entlang der patientenseitigen Folgerichtigkeit zu korrigieren und für die Relevanz der Glaukomtherapie zu sensibilisieren. Weitere Arbeiten zum patientenseitigen Krankheitsverstehen sollten auf die systematische Entwicklung und Implementierung patientenzentrierter edukativer Strategien abzielen.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis **7**
Abkürzungsverzeichnis **8**
1 Relevanz des Themas **9**
2 Forschungshintergründe **15**
2.1 Krankheitsbild und Therapieoptionen im Überblick 15
2.2 Zur Recherche qualitativer Interviews in der Augenheilkunde 21
2.3 Patientenseitiges Krankheitsverstehen als Forschungsdesiderat 25
3 Fragestellungen **29**
4 Methodisches Vorgehen **31**
4.1 Zur Auswahl des narrativen Interviews 31
4.1.1 Qualitative Interviews als Forschungsmethode 31
4.1.2 Die Technik des narrativen Interviews nach Schütze 32
4.1.3 Narrative Interviews und patientenzentrierte Forschung 36
4.2 Erhebungskontext der Primärdaten 38
4.2.1 Forschungsinteresse der Primärstudien in RESPONSE 38
4.2.2 Kontakt und Teilnahme der Interviewten 39
4.2.3 Durchführung themenzentrierter narrativer Interviews 42
4.3 Ausgestaltung der qualitativen Sekundäranalyse 46
4.3.1 Chancen eines sekundäranalytischen Vorgehens 46
4.3.2 Forschungsimpulse für eine Supplementary Analysis 47
4.3.3 Einblicke in die Theorie der Dokumentarischen Methode 48
4.3.4 Analytisches Vorgehen 51
4.3.5 Beschreibung von Datenzugang und Datenbasis 56
5 Gestalten der Glaukomerkrankung **61**
5.1 Die Patientenfälle 61
5.1.1 Die pensionierte Lehrerin PD06 61
5.1.2 Die Montagefachkraft PD07 65
5.1.3 Der Hausmeister PD08 69
5.1.4 Die ehemalige Arbeiterin in der chemischen Reinigung PS04 73
5.1.5 Die Freiberuflerin in Mediation und Personalmanagement PS07 79
5.2 Orientierungen im individuellen Krankheitsverstehen 84
5.2.1 PD06: Druck im Leben als Ursache für erhöhten Druck im Auge 84
5.2.2 PD07: Leistungsdruck im Beruf 86
5.2.3 PD08: Vitalität und Leistungsstärke 87
5.2.4 PS04: Verlust der Sehkraft auf dem linken Auge 88
5.2.5 PS07: Naturwissenschaftlich-erkenntnisorientierte Rationalisierung 90
5.3 Vom Fall zum Muster 91
5.3.1 Auseinandersetzung mit der Erkrankung: Aktivierung durch Einschränkung 91
5.3.2 Krankheitsverständnis: Erklärungsansätze und Distanz zur Erkrankung 94
5.3.3 Die Arzt-Patienten-Beziehung: Vertrauen und Expertise als Anker 96

5.3.4 Krankheitsverstehen: Gedanken zur Soziogenese 98

6 Diskussion 101

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 101
6.2 Einordnung in die wissenschaftliche Literatur 103
6.3 Stärken und Schwächen der Arbeit 106
6.4 Implikationen für die Versorgung 109
6.5 Weiterer Forschungsbedarf 113

Thesenpapier 115
Literaturverzeichnis 119
Anhang 129
Danksagung 131
Beruflicher Werdegang 133

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inhaltliche Bestandteile der Interviewskripte 43
Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale und Therapieform der Interviewten aus den Primärstudien 57
Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale und Therapieform der Interviewten im Subsample 58

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BVA	Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.
CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DDS	Drug-Delivery-System
DM	Dokumentarische Methode
DOG	Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e. V.
GHS	Gutenberg Health Study
HRT	Heidelberg Retina Tomographie
HTA	Health-Technology-Assessment
IAM	Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock
ID	Identifikationsnummer
IOD	Intraokularer Druck
MIGS	Mikroinvasive Glaukomchirurgie
OCT	Optische Kohärenztomographie
POWG	Primäres Offenwinkelglaukom
PROMs	Patient-Reported-Outcome-Measures
RCT	Randomized-Controlled-Trial
SDM	Shared-Decision-Making
SPQR	Standards for Reporting Qualitative Research
UAK	Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universitätsmedizin Rostock
UAW	Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen

1 Relevanz des Themas

Das primäre Offenwinkelglaukom (POWG) ist weltweit eine der häufigsten Ursachen für ein eingeschränktes Sehvermögen und Erblindung (Quigley und Broman 2006: 265; Pascolini und Mariotti 2012: 616f.; Tham u. a. 2014: 2083–85). Für den Sehnervenfaserverlust und die mit diesem assoziierten Gesichtsfeldeinschränkungen wird als Hauptrisikofaktor ein pathologisch erhöhter intraokularer Druck (IOD) erklärt und als Ansatzpunkt der Therapie fokussiert. Für das Jahr 2020 schätzten Kapetanakis u. a., dass weltweit etwa 65,5 Millionen Menschen von einem POWG betroffen waren (2016: 90). In Deutschland variiert die Prävalenz je nach Studiendesign, Stichprobe und Zeitpunkt der Erhebung zwischen 1,34 % (für alle Glaukomformen in der Alterspanne 35–74 Jahre, Höhn u. a. 2018: 1697) und 3,36 % (für das POWG bei Personen älter als 50 Jahre, Frech u. a. 2018: 14) und steigt mit zunehmendem Alter an.

Als eine altersassoziierte Erkrankung, die in frühen Krankheitsstadien aufgrund von Symptomfreiheit von den Betroffenen häufig nicht wahrgenommen und daher erst spät diagnostiziert wird, reiht sich das POWG oftmals in einen Kanon von Komorbiditäten ein. Systemische Hypertonie und Diabetes treten dabei unter den älteren Patienten und Patientinnen nicht nur im Kontext von Multimorbidität als weitere Erkrankungen in Erscheinung, sondern werden neben anderen Einflussfaktoren auch als Krankheitsursachen diskutiert (Rhee 2019; Schuster u. a. 2020: 227; European Glaucoma Society 2021: 33).

Initial wird das POWG zumeist mit Augentropfen behandelt, die je nach Schweregrad- und Therapieziel als pharmakologische Mono- oder Kombinationstherapie den erhöhten IOD durch tägliche, teils mehrfache Applikation so weit senken sollen, dass die Progression der Optikusatrophie möglichst gestoppt wird (Vass u. a. 2007; Gedde u. a. 2021: 97; Helbig u. a. 2021: 305). Je nach Komplexität des Therapieregimes, der physischen und kognitiven Fähigkeiten, aber auch nach Gestalt des sozialen Netzwerkes und der Lebensbedingungen erwächst die eigenverantwortliche topische Therapie zu einer Herausforderung für die Patienten und Patientinnen (Taylor, Galbraith, und Mills 2002; Tsai u. a. 2003; Friedman u. a. 2008; Lacey, Cate, und Broadway 2009). Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Tropfentherapie zudem mit dem Therapiemanagement weiterer Erkrankungen in Einklang gebracht werden muss. Die Adhärenz in der Glaukomtherapie mit Augentropfen gilt als stark eingeschränkt. Frech u. a. bildeten diese über den Anteil der eingelösten Rezepte bereinigt für Geschlecht und Alter ab und ermittelten auf Grundlage von Daten einer großen deutschen Krankenversicherung statistisch eine durchschnittliche Adhärenz von 66,5 % (KI: 65,5-67,6 %) (2018: 6). In Anbetracht von z. B. Vergesslichkeit und (physischen) Problemen bei der Tropfenapplikation (nach Einlösen der Rezepte) muss je nach Definition jedoch von einer höheren durchschnittlichen eingeschränkten Adhärenz als 33,5 % ausgegangen werden (ebd.: 11).

Die Forschungsinitiative RESPONSE als Zusammenschluss von (universitären) Forschungseinrichtungen und mittelständischen Unternehmen zu einem Konsortium verfolgt die grundlegenden Ziele, Implantatinnovationen für eine alternde Gesellschaft zu entwickeln und diese anschließend in die Versorgung zu implementieren. In RESPONSE werden für das Organsystem Auge mit der Entwicklung eines subkonjunktivalen Medikamentendepots (Voss u. a. 2015) und eines responsiven Mikrostents (Siewert u. a. 2018) zur Glaukomtherapie zwei technologische Ansätze verfolgt, die die eingeschränkte Adhärenz der Patienten und Patientinnen adressieren und die Eigenverantwortung sowie die mit dieser assoziierten Barrieren in der Behandlung reduzieren sollen. Insbesondere ältere, multimorbide Patienten und Patientinnen, die Probleme bei der Einhaltung der Tropfentherapie haben, könnten in Bezug auf die angestrebte Senkung des IOD von einem kontinuierlich Medikamente abgebenden Drug-Delivery-System (DDS) und einem Kammerwasser drainierenden Mikrostent profitieren und hinsichtlich ihres Therapiemanagements entlastet werden.

Der Auftrag des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock (IAM) bestand in einem Teilvorhaben darin, die mögliche Implementierung der Implantatinnovationen aus Perspektive der Versorgungsforschung zu untersuchen. Als Teil der Gesundheitssystemforschung bezieht sich diese ganz grundsätzlich auf folgenden Gegenstandbereich:

> Die Versorgungsforschung untersucht die Strukturen und Prozesse unseres Gesundheitssystems unter Alltagsbedingungen. Forschungsgegenstand können zum Beispiel sein: die Verordnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln, die Qualität der Versorgung mit diagnostischen und therapeutischen Methoden oder der Nutzen und die Risiken des Einsatzes von medizinischen Geräten. Die Erkenntnisse der Versorgungsforschung dienen der gesundheitspolitischen Steuerung und ermöglichen Entscheidungen über Versorgungsleistungen auf aktueller wissenschaftlicher Basis. (BMG 2022)

Aufgrund der Expertise des IAM in quantitativer und qualitativer Versorgungsforschung mit Schwerpunkt auf Patientenzentrierung untersuchten Forschende, die bislang vorrangig in der Allgemeinmedizin tätig waren, gemeinsam mit wissenschaftlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus der Augenheilkunde die Akzeptanz der Implantatinnovationen und potenzielle Chancen und Barrieren für deren Implementierung. Zu diesem Zweck wurden qualitative Interviews mit klinisch tätigen und niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, erhoben.[1]

[1] Dies kann trotz Expertise in der Versorgungsforschung die Frage aufwerfen, warum ein allgemeinmedizinisches Institut (in Kooperation mit wissenschaftlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus der Augenheilkunde) qualitative Studien zum POWG durchführt. Der Status quo der deutschen Versorgungsforschung in der Augenheilkunde spielt in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle: Die junge ophthalmologische Versorgungsforschung in Deutschland, die sich speziell den Strukturen und Prozessen in der Augenheilkunde widmet, konzentriert(e) sich seit dem 01.12.2017 um die W2-Stiftungsprofessur Ophthalmologische Versorgungforschung. Gefördert wurde diese für die Dauer von bis zu fünf Jahren durch die Stiftung Auge der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e. V. (DOG) gemeinsam mit dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. (BVA) (Stiftung Auge 2017). Noch heute ist die Professur an der Augenklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz angesiedelt und zielt darauf ab, nationale Daten für die

Die patientenseitigen Interviews waren im Unterschied zu den ärztlichen Interviews in Bezug auf die Glaukomerkrankung durch persönliche Betroffenheit charakterisiert und emotional aufgeladen. Die Erfahrungen mit dem POWG und dessen Behandlung waren eingebettet in einen biografischen Kontext, den die Interviewten unterschiedlich ausgeprägt in ihrer Erzählung entfalteten. Die Themen dieses lebenshistorischen Rahmens und der Lebenslage der Patienten und Patientinnen zum Zeitpunkt der Datenerhebung schienen jedoch unabdingbar zu sein, um z. B. Implementierungschancen und -barrieren für die Implantatinnovationen in der Studie nicht nur zu identifizieren und zu beschreiben, sondern die diesen zugrundeliegenden patientenseitigen Vorstellungen und Motive in Entscheidungsfindungsprozessen zu verstehen. Mögliche Zusammenhänge zwischen dem Therapieverhalten und der Lebensführung mit den biografischen Erfahrungen wurden durch die Patienten und Patientinnen selbst kaum erwähnt oder beschrieben. Die Betroffenen schienen sich derartiger Einflüsse nicht (immer) bewusst zu sein und konnten diese daher auch nicht direkt formulieren. Obwohl ursprünglich eine reine Inhaltsanalyse geplant war (siehe dazu Mayring 2015, 2019), wurden in der Konsequenz in der Auswertung der Patienteninterviews inhaltsanalytische Auswertungsschritte mit Themenanalysen und interpretativen Fallrekonstruktionen kombiniert.

Bei der Auswertung der Patienteninterviews offenbarten sich patientenseitige Annahmen zum Krankheitsverständnis, die von medizinisch-professionellen Erklärungen des POWG abwichen. Die Interviewten thematisierten in diesem Zusammenhang bspw. durch Symptomlosigkeit verursachte Zweifel (an der Erkrankung), alternative Krankheitsursachen und vom professionell-medizinischen Verständnis abweichende Vorstellungen zur Wirkung der Augentropfen. In Anbetracht derartiger Hinweise ergab sich die grundlegende Frage, wie Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, das Krankheitsbild verstehen bzw. wie sie sich dieses erklären. Dem schloss sich die Frage an, ob und inwiefern das (jeweilige) Krankheitsverständnis Einfluss auf die (Non-)Adhärenz nimmt. Seit Jahrzehnten hat (Non-)Adhärenz mit Blick auf dessen Tragweite in der Glaukomforschung kaum an Bedeutung verloren (siehe z. B. Gurwitz u. a. 1993; Muir u. a. 2006; Friedman u. a. 2007; Schwartz und Quigley 2008; King, Azuara-Blanco, und Tuulonen 2013; Frech u. a. 2018; McClelland, Bodle, und Little 2019). Die Untersuchung des Krankheitsverstehens von Patienten und Patientinnen soll vor diesem Hintergrund ermöglichen, ein besseres Verständnis der Sicht von Betroffenen auf ihre Erkrankung zu gewinnen und dieses Wissen in die Modellierung von adhärenzfördernden Maßnahmen der

Epidemiologie von Augenerkrankungen und die ophthalmologische Versorgungssituation zu erheben und auszuwerten. Zuvor beruhten Hochrechnungen für Deutschland vorrangig auf Daten von europäischen und außereuropäischen Erhebungen (Pfeiffer 2013: 209; Stiftung Auge 2017). Schwerpunkt der Analysen des um die (Stiftungs-)Professur gegründeten Zentrum für ophthalmologische Epidemiologie und Versorgungsforschung sind klinische, laborchemische und epidemiologische Primär- und Sekundärdaten u. a. der Gutenberg-Gesundheitsstudie (Gutenberg Health Study, GHS) und der Krankenkassen (Augenklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz 2021). Qualitative Versorgungsforschung spiegelt sich in den veröffentlichten Publikationen des Zentrums bislang nicht wider.

Glaukomversorgung einzubeziehen (z. B. in Bezug auf die Arzt-Patienten-Kommunikation). Trotz eingehender Recherche konnte auf Studien, die primär das patientenseitige Krankheitsverstehen fokussieren, nicht zurückgegriffen werden.

Da die Zeit- und Meilensteinpläne, Methoden und Ressourcen in den betreffenden RESPONSE-Teilvorhaben nicht auf die Erforschung des patientenseitigen Krankheitsverständnisses ausgerichtet waren, widmete sich diese qualitative Sekundäranalyse (der Patienteninterviews aus den Primärstudien) dem identifizierten Forschungsdesiderat explorativ. Als sozialwissenschaftlich fundierte Grundlagenforschung zum POWG gedacht, fokussiert die Untersuchung die Rezeption, Wahrnehmung und Erklärung der Betroffenen (als Laien), die die Therapie zumeist eigenverantwortlich bewältigen müssen. Dies ist insofern konsequent, als (Non-)Adhärenz neben unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen und physischen Einschränkungen weniger ein klinisches, sondern vorrangig ein soziales Phänomen ist. Ein sozialwissenschaftlicher (qualitativer), die Patientenperspektive untersuchender Forschungsansatz scheint demnach dringend geboten. Im Unterschied zu den Primärstudien kommt in dieser qualitativen Sekundäranalyse mit der Dokumentarischen Methode (DM) ein explizit interpretativ-rekonstruktives Auswertungsverfahren zum Einsatz, dessen regelbasiertes Vorgehen es vermag, handlungsleitendes Wissen offenzulegen, das den Patienten und Patientinnen selbst nicht bewusst ist (implizites Wissen). Damit weisen die Erkenntnisse über die Wort- und Satzbedeutungsebene hinaus. Der inhaltliche Aufbau der vorliegenden Dissertation gliedert sich dabei wie folgt:

In Kapitel 2 wird zunächst grundlegend in das Krankheitsbild, die gängigsten Therapiemethoden und das Prinzip der Therapieeskalation bei POWG eingeführt. Unter Voranstellen von Einschränkungen bei der Literarturrecherche befasst sich Kapitel 2.3 mit qualitativen Studien in der Augenheilkunde und speziell darin präsentierten Erkenntnissen zum patientenseitigen Krankheitsverständnis. In Zusammenführung der Relevanz des Themas und dem Stand der Forschung wird in Kapitel 3 das Ziel dieser qualitativen Sekundäranalyse definiert. Kapitel 4 ist inhaltlich gedreiteilt. In *Teil 1* (Kap. 4.1) werden qualitative Interviews als Erhebungsmethode und hinsichtlich ihrer Einsatzmöglichkeiten vorgestellt. Mit der Technik des narrativen Interviews, wie es auf Fritz Schütze zurückgeführt wird, ermöglicht Kapitel 4.1.2 einen Einblick in die Theorie jener Interviewform, die bei der Datenerhebung in den Primärstudien Anwendung fand. Kap. 4.1.3 begründet daraufhin den Einsatz narrativer Interviews in der patientenzentrierten qualitativen Versorgungsforschung. *Teil 2* (Kap. 4.2) der Methoden stellt den Kontext vor, in dem die Primärdaten erhoben wurden. In diesem Zusammenhang werden die Ziele, das Vorgehen bei der Rekrutierung und die Durchführung der themenzentrierten narrativen Interviews in den RESPONSE-Teilvorhaben des IAM näher beschrieben. In *Teil 3* (Kap. 4.3) werden die Möglichkeiten eines sekundäranalytischen Vorgehens adressiert und die *supplementary analysis* als Sekundäranalysen-Typ begründet und vorgestellt. Kernstück des dritten übergeordneten Methodenkapitels ist die Vorstellung der DM als interpretatives Verfahren;

dessen praktische Umsetzung wird anhand von Analyseschritten und Beispielen dargelegt. Dieser Teil der Methoden schließt mit der Beschreibung des Datenzugangs und der Datenbasis für die qualitative Sekundäranalyse. Das Kapitel *Gestalten der Glaukomerkrankung* (Kap. 5) bildet die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung in drei übergeordneten Teilkapiteln ab, über deren Verlauf das Abstraktionsniveau der durchgeführten Analysen zunimmt. Während Kapitel 5.1 die analysierten Patientenfälle in Form von Fallrekonstruktionen vorstellt, präsentiert Kapitel 5.2 mit *Orientierungen im individuellen Krankheitsverstehen* interpretativ abgeleitete Erkenntnisse zum Krankheitsverständnis der Patienten und Patientinnen in Bezug auf ihr POWG. Das letzte Kapitel der Ergebnisse (Kap. 5.3) stellt jene fallübergreifenden Muster in den Mittelpunkt, die beim Vergleich der Orientierungen identifiziert werden konnten, und offeriert theoretische Ansätze zur soziogenetischen Erklärung der identifizierten Muster im Krankheitsverstehen. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse zusammengefasst und anhand bestehender Erkenntnisse in den Forschungskontext eingeordnet. Zu diesem Zweck werden auch Limitationen diskutiert, die auf die Reichweite der Erkenntnisse dieser explorativen Studie verweisen. Kapitel 6.4 und 6.5 unterbreiten in diesem Zusammenhang Vorschläge, wie mit den vorliegenden Ergebnissen sowohl in der Patientenversorgung als auch in der ophthalmologischen Versorgungsforschung weiter verfahren werden könnte.

2 Forschungshintergründe

2.1 Krankheitsbild und Therapieoptionen im Überblick

Der Begriff Glaukom steht für eine Gruppe progredienter neurodegenerativer Erkrankungen, die mit einem Verlust an retinalen Ganglienzellen, einer Verdünnung der retinalen Nervenfaserschicht und einer zunehmenden Exkavation des Sehnervenfaserkopfes einhergehen, sich in ihren Risikofaktoren und Symptomen, der Pathophysiologie, Therapie und Prognose jedoch unterscheiden (Schuster u. a. 2020: 225).[2] Differenziert werden die Glaukomformen nach Höhe des intraokularen Drucks (IOD), ob es sich um primäre oder sekundäre, Offen- oder Engwinkelglaukome handelt. Zu den *primären* Glaukomen, denen kein Ursprung in einer anderen Erkrankung zugewiesen werden kann und die demnach als eigenständige Erkrankung zu betrachten sind, zählen das Offenwinkelglaukom, das Engwinkelglaukom, das Normaldruckglaukom und das kongenitale, das angeborene Glaukom (NEI 2021). Als *sekundäre* Glaukome, die auf spezielle Ursachen wie andere Erkrankungen zurückzuführen sind, werden das Pseudoexfoliationsglaukom (PEX-Glaukom), das Pigmentglaukom, das Neovaskularisationsglaukom und das Uveitische Glaukom geführt.[3] Neben Komorbiditäten können auch operative Eingriffe, die Einnahme von Medikamenten oder Verletzungen Glaukome bedingen (ebd.). Primäre Offen- und Engwinkelglaukome stellen die häufigsten Formen dar. Schätzungen zufolge wird die Zahl von diesen beiden Glaukomformen betroffener Menschen aufgrund der demografischen Entwicklungen weltweit von geschätzten 76 Millionen in 2020 auf 111,8 Millionen im Jahr 2040 ansteigen, wobei das Risiko (für die beiden Glaukomformen) über die ethnischen Gruppen und globalen Regionen unterschiedlich verteilt sein wird (Tham u. a. 2014: 2084). Für Asien und Afrika sind den Schätzungen zufolge die größten Zuwächse zu erwarten (ebd.).

Das primäre Offenwinkelglaukom (POWG) ist die häufigste Form des Glaukoms und damit eine der weltweit häufigsten Ursachen für ein eingeschränktes Sehvermögen (Quigley und Broman 2006: 265; Pascolini und Mariotti 2012: 616f.; Tham u. a. 2014: 2083–85). Quigley und Broman konstatierten für die Zeit um das Jahr 2005, Glaukom sei global gesehen der zweithäufigste Grund für Erblindung (2006: 265). Für Europa im Jahr 2013 wird in Bezug auf das POWG eine gepoolte Prävalenz von 2,51 % in der Altersspanne

[2] Die Ausführungen in diesem Kapitel sollen grundlegend in das Krankheitsbild des POWG einführen und die dominierenden Therapiemöglichkeiten kurz vorstellen. Dabei werden die pathophysiologischen Erkenntnisse und die therapeutischen Ansätze mit ihren jeweiligen Potenzialen und Barrieren weder vollständig noch vertieft dar- und einander gegenübergestellt. Insbesondere jene Therapiemöglichkeiten, die die Patienten und Patientinnen weitestgehend aus der Verantwortung des Therapiemanagements entlassen (sollen) (z. B. Lasertherapie, mikroinvasive und große Glaukomchirurgie) werden in Anbetracht des Themas dieser Arbeit und dessen Relevanz im Kontext von Adhärenz in der medikamentösen Therapie nur angerissen. Der Idee eines grundlegenden Überblicks entsprechend flossen vermehrt (systematische) Literaturarbeiten zu Behandlungsmöglichkeiten oder zum Status quo einer Therapie in die Darstellungen ein. Für eine fortführende Auseinandersetzung sei hier bspw. auf Mercieca 2022 verwiesen.

[3] Die Aufzählung ist unvollständig. Je nach Ätiologie und Pathogenese werden weitere Glaukomformen in der Literatur (begrifflich) unterschieden. Genannt seien hier die häufigsten bzw. bekanntesten Typen.

40–80 Jahre geschätzt (zum Vergleich z. B. Afrika 4,2 %, Asien 2,31 %, Nordamerika 3,29 %, Tham u. a. 2014: 2084). Kapetanakis u. a. errechneten, dass in 2020 weltweit etwa 65,5 Millionen Menschen von einem POWG betroffen waren (2016: 90). Die Prävalenz für Deutschland variiert je nach Studiendesign, Stichprobe und Zeitpunkt der Erhebung zwischen 1,34 % (für alle Glaukomformen in der Alterspanne 35–74 Jahre, Höhn u. a. 2018: 1697) und 3,36 % (für das POWG bei Personen älter als 50 Jahre, Frech u. a. 2018: 14) und steigt allgemein mit zunehmendem Alter an.

Die Pathogenese der Erkrankung ist bis heute nicht hinreichend erforscht, vermutlich aber multifaktoriell. Als das Erkrankungsrisiko beeinflussende Faktoren gelten ein höheres Lebensalter, ein erhöhter IOD, ein männliches Geschlecht und eine „dunkle Hautfarbe" (DOG und BVA 2020: 12). Zudem wird der Einfluss einer positiven Familienanamnese, von Myopie, der zentralen Hornhautdicke, einer systemischen Hypertonie sowie von Diabetes diskutiert (Rhee 2019; Schuster u. a. 2020: 227; European Glaucoma Society 2021: 33). Andere Forschungsarbeiten untersuchen darüber hinaus die Bedeutung der Immunantwort und evozieren vor dem Hintergrund des Auftretens von Normaldruckglaukomen die Frage, ob Glaukom auch als Autoimmunneuropathie wirksam werden kann (Tezel und Wax 2007; Wiemann u. a. 2020; Beutgen u. a. 2020). Tham u. a. (2014) ermittelten in ihrer systematischen Meta-Analyse einen Einfluss des Wohnumfeldes. Menschen, die in städtischen Gebieten leben, erkranken ihren Berechnungen zufolge zu 58 % häufiger an POWG als Menschen in ländlichen Gebieten. Sie stellen in diesem Zusammenhang zur Diskussion, ob die Prävalenz von Myopie und Komorbiditäten in städtischen Gebieten sowie Unterschiede in der Lebensführung im Vergleich zu ländlichen Regionen für das unterschiedliche Risiko ursächlich sein könnten (Tham u. a. 2014: 2085f.).

Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung des POWG kann irreversible Einschränkungen des Sehens und das potenzielle Erblinden verhindern (Gedde u. a. 2021: 80). Ergänzend zur oben angeführten Definition von Glaukomerkrankungen zeichnet sich ein POWG durch einen offenen Vorderkammerwinkel in der Gonioskopie, ein Auftreten im Erwachsenenalter, strukturelle Anomalien des Sehnervenfaserkopfes oder der retinalen Nervenfaserschicht, reproduzierbare Gesichtsfeldanomalien sowie das Fehlen anderer Erklärungen für die Schädigung des Sehnervs, die das Auftreten eines sekundären Glaukoms nahelegen würden, aus. In der Regel sind beide Augen betroffen, häufig asymmetrisch (ebd.). Zudem wird in ca. 60 % der Fälle ein erhöhter IOD festgestellt (Rhee 2019). Diagnostische Verfahren unterstützen die Detektion des POWG, können jedoch aufgrund ihrer niedrigen Sensitivität und Spezifität ohne weiterführende Exploration eine erhebliche Zahl falsch-positiver Befunde ermitteln (Schuster u. a. 2020: 228; siehe dazu auch die Angaben zum positiven Vorhersagewert im Rahmen des Glaukom-Screenings in DOG und BVA 2020:

18f., 23).[4] Dem Fach- und Erfahrungswissen der behandelnden Ärzte und Ärztinnen kommt vor dem Hintergrund der niedrigen Prävalenz und der Früherkennung der Erkrankung eine besondere Bedeutung bei der Detektion von Glaukom zu, insbesondere in den Altersgruppen unter 50 Jahren (siehe dazu auch Abrams u. a. 1994; Vessani u. a. 2009). Da sie in frühen Stadien zumeist symptomfrei verläuft, tritt die Erkrankung häufig als Zufallsbefund im Rahmen von (Visus-)Kontrolluntersuchungen in der Augenarztpraxis in Erscheinung (Poitras u. a. 2019: 125). Defekte breiten sich vom Rand her und nicht inmitten des Gesichtsfeldes aus, sodass Veränderungen oftmals erst bei einer fortgeschrittenen Optikusatrophie von den Patienten und Patientinnen symptomatisch wahrgenommen werden (DOG und BVA 2020: 16). Neben Einschränkungen des Gesichtsfeldes können auch Störungen im Kontrastsehen, im Farb- und Stereosehen sowie eine erhöhte Blendempfindlichkeit auftreten (Erb 2015: 406). Patienten und Patientinnen sehen sich infolge der Symptome z. B. mit einer herabgesetzten Lese- und Reaktionsgeschwindigkeit, Schwierigkeiten beim Erkennen von Personen oder Gegenständen, dem Übersehen von Treppenstufen und Problemen beim Autofahren konfrontiert (ebd.; Rhee 2019).

Als bekannter und gegenwärtig einzig beeinflussbarer Hauptrisikofaktor wird der erhöhte IOD therapiert (Heijl u. a. 2002; Schuster u. a. 2020: 230). Zum Anstieg des IOD führt (bei unbeschränkter Kammerwassersekretion im Ziliarkörper) eine defektive Kammerwasserdrainage durch das Trabekelmaschenwerk, das ohne Vorliegen von Anomalien vorrangig für den Abfluss sorgt (Buffault u. a. 2020). Gegenwärtige Therapieoptionen für das POWG verfolgen bei einem erhöhten IOD das Ziel, diesen zu senken. Dies soll die Optikusatrophie stoppen bzw. verlangsamen und die langfristige Erblindung der Patienten und Patientinnen verhindern. Wann ein IOD als pathologisch erhöht einzuschätzen ist, hängt immer davon ab, ob und in welchem Umfang eine glaukomatöse Optikusneuropathie und Einschränkungen des Gesichtsfeldes vorliegen und unter welchem Druckniveau diese fortschreiten. Als therapeutischer Zieldruck, den es mittels Drucksenkung zu erreichen gilt, ist demnach jener Wert der geschätzten Obergrenze des IOD-Messbereichs zu verstehen,

[4] Die Autoren und Autorinnen des IGeL-Monitor konstatierten im Jahr 2019 für die Ophthalmoskopie in Kombination mit der IOD-Messung (IGeL-Monitor 2019a: 29), die Heidelberg Retina Tomographie (HRT; IGeL-Monitor 2019b: 32) sowie für die Optische Kohärenztomographie (OCT; IGeL-Monitor 2019c: 32), dass unter Einbezug der Studienlage keine direkte Beurteilung des Nutzens oder Schadens des jeweiligen Verfahrens zur Glaukomfrüherkennung möglich wäre. Ähnlichen Einschätzungen von Autoren und Autorinnen des IGeL-Monitor zur Ophthalmoskopie in Kombination mit der IOD-Messung in einem früheren Bericht entgegnete die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e. V. (DOG) in einer Stellungnahme im Jahr 2015, dass einzelne Geräte bzw. diagnostische Verfahren spezifische Parameter zwar sehr genau bestimmen könnten, eine hinreichende Spezifität und Sensitivität bei der Glaukomfrüherkennung allein jedoch nicht gewährleisten würden. Vielmehr bedürfe es in Zusammenführung unterschiedlicher diagnostischer Parameter zur Detektion von Glaukom zusätzlich der ärztlichen Einschätzung und Bewertung. Der DOG zufolge delegitimiere die verfahrensspezifische, eingeschränkte Sensitivität und Spezifität der betrachteten diagnostischen Verfahren wissenschaftlich nicht deren Einsatz als wichtige Instrumente der Früherkennung, Verlaufskontrolle und Bestimmung der Progression (DOG 2015: 4). Einen Bezug zum Ziel des IGeL-Monitor, über den Nutzen und Schaden angebotener IGeL-Leistungen aufzuklären, bzw. zur Frage, ob die Finanzierung derartiger diagnostischer Verfahren bei den Patienten und Patientinnen zu verorten ist, stellt die Stellungnahme der DOG nicht her. Im Bericht des IGeL-Monitor zur OCT im Jahr 2019 betonen die Autoren und Autorinnen, dass die Notwendigkeit eines bevölkerungsweiten Glaukom-Screenings im Allgemeinen nicht zur Bewertung stand, sondern die Effektivität der OCT zur Glaukomfrüherkennung (IGeL-Monitor 2019c: 7).

unter dem sich der Schaden nicht ausweitet (Gedde u. a. 2021: 96). Dieser ist unter Einbeziehung der glaukomatösen Schädigung individuell zu definieren und muss im Krankheitsverlauf ggf. angepasst werden. Bemessen wird die glaukomatöse Schädigung anhand des Umfangs der strukturellen Sehnervenschädigung, des Ausmaßes der Gesichtsfeldeinschränkungen, des IOD-Ausgangsniveaus, der Progressionsrate unter Einbezug von Alter und Lebenserwartung sowie des Vorliegens weiterer Risikofaktoren und möglicher Nebenwirkungen der Behandlung (Schuster u. a. 2020: 231; Gedde u. a. 2021: 96.) Ausgehend von einem durchschnittlichen Augeninnendruck von etwa 15,72 mmHg (Chan u. a. 2016: 772) und unter Einbezug einer doppelten Standardabweichung nach oben und unten (± 5,5 mmHg) wird bisweilen jedoch auch ein Normbereich zwischen 10 mmHg und 21 mmHg zur Beurteilung für die gesunde Bevölkerung herangezogen, bei dessen überschreiten (>21 mmHg) ein IOD als zu hoch gilt (DOG 2015: 1). Der Normwert von 15,5 mmHg bietet in diesem Zusammenhang Orientierung, da der Zieldruck solange eine Schätzung bleibt, bis die Befunde der Verlaufskontrollen eine deutliche Verlangsamung der Progression anzeigen. Die individuelle Bestimmung des Zieldrucks wird unter Berücksichtigung gegenwärtiger Erkenntnisse jedoch empfohlen (Gedde u. a. 2021: 96). Heijl u. a. (2002) ermittelten im *Early Manifest Glaucoma Trial*, dass bereits eine durchschnittliche Senkung des IOD um 25 % (im Rahmen der Studie ein Durchschnittswert von 5,1 mmHg) positiven Einfluss auf das Fortschreiten der Erkrankung nimmt. Eine Progression in der Behandlungsgruppe (58 von 129, 45 %) war seltener und später zu beobachten als in der Kontrollgruppe (78 von 126, 62 %) (P.007) (Heijl u. a. 2002: 1271f.).

In frühen Stadien der Erkrankung ist in der Regel eine medikamentöse Behandlung die Therapie erster Wahl (Gedde u. a. 2021: 97; Helbig u. a. 2021: 305). Dabei werden Augentropfen in Form von Mono- oder Kombinationstherapien angewendet, die durch den Einsatz eines oder mehrerer Wirkstoffe charakterisiert sind. Die eingesetzten Wirkstoffe sollen zur Reduktion des IOD die Kammerwasserproduktion hemmen und/oder den Kammerwasserabtransport stimulieren. Da es sich um eine nicht-invasive Therapiemethode handelt, ist die Gefahr einer operativen Schädigung, einer Infektion oder eines Verlustes des Auges (weitgehend) ausgeschlossen. Die Wirksamkeit der gewählten medikamentösen Therapie muss vonseiten der Behandelnden für gewöhnliche Schwankungen des IOD kontrolliert werden, um die tatsächliche Drucksenkung durch die eingesetzten Wirkstoffe quantifizieren zu können (Gedde u. a. 2021: 99; zur Wirkung topischer pharmakologischer Behandlung bei POWG siehe Vass u. a. 2007). Den Ärzten und Ärztinnen stehen unterschiedliche Präparate und Wirkstoffkombinationen zur Verfügung, die es ermöglichen sollen, den IOD zu senken und dabei unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen (UAW) im individuellen Patientenfall auf ein Minimum zu reduzieren.

Nach Aussagen von in der Klinik arbeitenden und niedergelassen Augenärzten und -ärztinnen stellt die medikamentöse Behandlung der chronischen Erkrankung in Anbetracht von Wirksamkeit bei der IOD-Senkung, Wirkstoffverträglichkeit und

Medikamenteninteraktionen im zeitlichen Verlauf eine Herausforderung dar, insbesondere für Patienten und Patientinnen, die ihre Diagnose im mittleren Alter erhielten (Helbig u. a. 2021: 305f.). Operative Verfahren seien hinsichtlich ihres potenziellen Erfolges zeitlich limitiert, aber auch die Tropfentherapie müsse aufgrund potenziell eintretender Nebenwirkungen und der Belastungen für die Patienten und Patientinnen unter Umständen als eine Therapie auf Zeit begriffen werden (ebd.). Zudem gehen mit der Medikation langfristig Veränderungen der Gewebe im Auge einher, die Einfluss auf die Ergebnisse operativer Verfahren im Anschluss nehmen können (Boimer und Birt 2013). Jünemann, Rejdak und Hohberger weisen in ihrem Review zu trabekulären mikroinvasiven glaukomchirurgischen Stentverfahren bspw. auf die mögliche Schädigung der Konjunktiva durch die topische pharmakologische Behandlung im Vorfeld hin, die sich auch auf das Resultat einer Implantation auswirken könne (2018: 363).

Neben Abwägungen, die Krankheitsstadium, Progression, Lebenserwartung, Multimorbidität und potenzielle Arzneimittelinteraktionen, Nebenwirkungen der Therapie sowie die Möglichkeit einer Therapieeskalation miteinander in Einklang bringen müssen, beeinflusst auch die Adhärenz der Patienten und Patientinnen die Wirksamkeit und den Verlauf der medikamentösen Therapie. Studien zeigen eine relativ eingeschränkte Adhärenz an (Friedman u. a. 2007; Schwartz und Quigley 2008; King, Azuara-Blanco, und Tuulonen 2013; McClelland, Bodle, und Little 2019). Aktuelle Zahlen für Deutschland werden in der Studie von Frech u. a. (2018) berichtet. Die Autoren und Autorinnen bildeten Adhärenz über den Anteil der eingelösten Rezepte bereinigt für Geschlecht und Alter ab und ermittelten statistisch eine durchschnittliche Adhärenz von 66,5 % (KI: 65,5-67,6 %) (ebd.: 6). Da nur die eingelösten Rezepte als Substitut für (Non-)Adhärenz herangezogen wurden, muss in Anbetracht von z. B. Vergesslichkeit und (physischen) Problemen bei der Tropfenapplikation von einer höheren durchschnittlichen Non-Adhärenz als 33,5 % ausgegangen werden (ebd.: 11). In ihrer Analyse der Daten von Versicherten mit POWG (50+ Jahre, n=10.120) einer großen deutschen Krankenversicherung wiesen sie einen signifikanten Einfluss der Merkmale Alter, Krankheitsdauer, Pflegebedürftigkeit, Entfernung zum Wohnort und Multimorbidität auf die Non-Adhärenz nach (ebd.: 9). Als besonders vom Risiko der Non-Adhärenz gefährdet gelten den Autoren und Autorinnen zufolge Patienten und Patientinnen in den Altersgruppen 50–59 Jahre und älter als 80 Jahre, Patienten und Patientinnen, bei denen die Diagnosestellung bereits länger zurückliegt, Patienten und Patientinnen mit Pflegebedarf und Betroffene mit drei oder mehr schweren Erkrankungen zusätzlich zum POWG (ebd.: 6f.). Die Ergebnisse verdichten Erkenntnisse zum Therapieverhalten, die die Vereinbarkeit der Tropfentherapie mit der Berufstätigkeit und weiteren Alltagsanforderungen (z. B. Freizeitaktivitäten, Pflege von Angehörigen), der körperlichen und kognitiven Fähigkeit zur Tropfenanwendung, dem Therapiemanagement im Kontext von Kombinationstherapien und Multimorbidität sowie den Folgen einer Langzeittherapie (z. B. UAW und Motivationsprobleme) als potenzielle Barrieren für Adhärenz thematisieren (z. B. Tsai

2009; Dietlein, Rosentreter, und Lappas 2016; Sachdeva u. a. 2020). Bereits der Einsatz verschiedener Wirkstoffe zu mehreren Applikationszeitpunkten gegenüber einem Therapieschema mit einmaliger Anwendung pro Tag schränkt die Adhärenz in der Tropfentherapie ein. Dabei kann der Wahl des Wirkstoffes für sich offenbar schon ein Einfluss zugewiesen werden (Robin und Covert 2005; Robin u. a. 2007). Außerdem bedingen auch die Therapiekosten (in Abhängigkeit zu den Strukturen und der gesundheitspolitischen Ausrichtung des jeweiligen Gesundheitssystems) die Kontinuität der Tropfeneinnahme, insbesondere bei Patienten und Patientinnen mit geringen finanziellen Ressourcen (Sachdeva u. a. 2020: 1050). Da, wo (notwendige) Routinen bei der Tropfentherapie durch kurzfristige (z. B. Tagesabläufe, Medikamentenbeschaffung) und langfristige Veränderungen (z. B. Lebensereignisse, Medikamentenwechsel, Alterungsprozesse) unterbrochen werden und die Komplexität des Therapieregimes (im Zusammenspiel mit Komorbiditäten) zunimmt, scheint die Adhärenz zu leiden (McClelland, Bodle, und Little 2019; Frech u. a. 2021). Eine zwangsläufig kontinuierliche und zeitlich starre medikamentöse Therapie beeinflussen derartige Unterbrechungen und Veränderungen in besonderer Weise.

Um die Non-Adhärenz von Patienten und Patientinnen zu umgehen oder die Drucksenkung in der Tropfentherapie zu unterstützen werden in frühen Stadien der Behandlung auch lasertherapeutische Verfahren wie die selektive Lasertrabekuloplastik (SLT) oder die Argon-Lasertrabekuloplastik (ALT) eingesetzt (Conlon, Saheb, und Ahmed 2017: 115f.; Gedde u. a. 2021: 102–104). Im Rahmen dieses therapeutischen Ansatzes wird das Trabekelmaschenwerk mit Laserstrahlen behandelt, die einen besseren Kammerwasserabfluss durch förderliche Veränderungen des Gewebes initiieren sollen, um den IOD auf diese Weise zu senken (ebd.).

Bei einem sehr hohen IOD, der durch Medikation oder mittels Lasertherapie nicht auf den (individuell) definierten Zieldruck gesenkt werden kann, und fortschreitendem Nervenfaserverlust kommen Verfahren der großen Glaukomchirurgie (z. B. die Trabekulektomie) zum Einsatz (Gedde u. a. 2021: 104). In ausgewählten Fällen finden diese auch initial Anwendung (ebd.). Bei diesen operativen Verfahren werden im Gewebe des Auges vorrangig künstliche Abflusswege für das Kammerwasser geschaffen. Dessen Drainage in die umliegenden Gewebe soll den erhöhten IOD senken. Durch die Eröffnung des Auges in der Trabekulektomie steigt das Risiko für operative Komplikationen und Infektionen (Gedde u. a. 2021: 104f; Conlon, Saheb, und Ahmed 2017: 117). Infolge der Operation kann es bspw. zu einer Suprachoroidalblutung, einer Hypotonie, einem Blasenleck, einer flachen Vorderkammer und einer Blebitis kommen, sodass Revisionen angezeigt sind (Zahid u. a. 2013: 3–5; Jünemann, Rejdak, und Hohberger 2016). Sehr schwerwiegend ist das Auftreten einer Endophthalmitis, die zum Verlust des betroffenen Auges führen kann.

Stellt man sich die medikamentöse Therapie mit Augentropfen und die klassische Glaukomchirurgie als zwei Pole einer die Invasivität der Glaukomtherapie abbildenden Achse vor, etabliert sich mit der mikroinvasiven Glaukomchirurgie (MIGS) seit etwa einem

Jahrzehnt sukzessiv eine Gruppe neuer Therapieverfahren zwischen diesen Polen und neben neuen Verfahren der Lasertherapie (Conlon, Saheb, und Ahmed 2017). Mit dem Einsatz von Mikrostents zur Unterstützung oder als Ersatz der Tropfentherapie suchen Augenärzte und -ärztinnen in Zusammenarbeit mit der Medizintechnikbranche einer häufig eingeschränkten Adhärenz der Patienten und Patientinnen (siehe oben) und UAW im Rahmen der medikamentösen Therapie zu begegnen. Ähnlich dem Prinzip der künstlich-anatomisch geschaffenen Abflusswege in der klassischen Glaukomchirurgie sollen Mikrostents das Kammerwasser in umliegende Gewebe des Auges drainieren, um den erhöhten IOD zu senken.

Für die Mikrostenttherapie stehen unterschiedliche Produkte zur Verfügung. Die Einteilung erfolgt entlang des jeweiligen Kammerwasserabflussweges aus der Vorderkammer in transtrabekulär, in den suprachoroidalen oder in den subkonjunktivalen Raum ableitende Implantate. Langzeitdaten zur Funktionstüchtigkeit, Effizienz und Funktionsdauer sowie zu Kurz- und Langzeitfolgen für gegenwärtig in der Versorgung eingesetzte Mikrostents stehen bisher nur eingeschränkt und für einzelne Produkte zur Verfügung (Manasses und Au 2016; Conlon, Saheb, und Ahmed 2017; Yook, Vinod, und Panarelli 2018; Jünemann, Rejdak, und Hohberger 2018; Ahmed u. a. 2020). Ein Health-Technology-Assessment (HTA) der *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) aus dem Jahr 2019 verweist auf die unzureichende Evidenz in Bezug auf Effektivitäts- und Sicherheitsvergleiche zwischen unterschiedlichen Mikrostentmodellen und anderen Therapieverfahren und bestätigt das Fehlen randomisierter kontrollierter Studien (Randomized-Controlled-Trials, RCT) mit Follow-Up (Poitras u. a. 2019: 72–75). Auch andere Übersichtsarbeiten verweisen auf dieses Forschungsdesiderat (z. B. Lavia u. a. 2017; Agrawal und Bradshaw 2018).[5]

2.2 Zur Recherche qualitativer Interviews in der Augenheilkunde

Auf Grundlage der Literaturrecherche in Datenbanken sowie der Sichtung von Literaturverzeichnissen nach dem Schneeballsystem wurden qualitative Beiträge in der Augenheilkunde identifiziert und jeweils inhaltlich gescreent. Dabei stellten sich Einschränkungen für die Literaturarbeit heraus, die im Folgenden in fünf Punkten skizziert werden.

(1) Einige Untersuchungen, die unter Anwendung der Suchbegriffe, Suchbegriffskombinationen und Schlüsselwörter identifiziert und in Datenbanken offenbar (auch) als *qualitative* Studien geführt wurden, stellten sich bei genauerer Betrachtung als *quantitative*, zumeist fragebogengestützte Erhebungen heraus. In diesen wurden qualitative Methoden wie

[5] Angesichts des weltweiten Rückrufs aller Versionen des CyPass Micro-Stent® durch den Medizinproduktehersteller Alcon Pharma GmbH am 29.08.2018 zeigt sich, dass sich Mikrostents zur Glaukomtherapie noch nicht zweifelsfrei bewährt haben und weiter erforscht werden müssen (Novartis 2018). Auf Grundlage der Daten der durch Alcon Research gesponserten Studie COMPASS-XT erfolgte eine Neubewertung der Sicherheit und Wirkung des CyPass Micro-Stent®, der häufig im Rahmen von Kataraktoperationen implantiert wurde (NIH National Library of Medicine o. J.).

Fokusgruppendiskussionen und (Experten-)Interviews teilweise zur Konstruktion von quantitativen Erhebungsinstrumenten eingesetzt oder die durch diese gewonnenen qualitativen Daten in quantitative transformiert (siehe z. B. Friedman u. a. 2008; Silva u. a. 2010). Neben bloßen Nennungen und knappen Beschreibungen des methodischen Vorgehens beschränkt sich die Ergebnispräsentation der gewonnenen qualitativen Daten eher auf die Aufzählung identifizierter (relevanter) Themen im Methodenteil. In anderen Studien erscheint die Wahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode aus heutiger Sicht inkonsistent. Beispielsweise erhoben Stryker u. a. (2010) ihren Ausführungen zufolge vertiefende Interviews mit 80 vor allem afro-amerikanischen Patienten und Patientinnen, bei denen ein Offenwinkelglaukom, ein Glaukomverdacht oder eine okuläre Hypertension vorlag. Die anhand der angegebenen Erhebungsmethode als qualitative Daten zu verstehenden Informationen werteten sie unter Anwendung des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson und des exakten Fisher-Tests statistisch aus und beschrieben prozentual Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen als nicht-adhärent und adhärent definierten Patienten und Patientinnen.

(2) Darüber hinaus ist die (subtile) Kulturspezifik bei der Literaturarbeit zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der jeweiligen Studien bzw. deren Interpretation sind an den Erhebungskontext gebunden. Dieser kann bspw. durch die Sozialstruktur eines Landes(-teils), durch das jeweilige Gesundheitssystem und dessen Versorgungsstrukturen, aber auch durch kulturelle, religiöse oder weltanschauliche Deutungen und Praktiken determiniert sein. Versorgungslagen im Erhebungskontext begründen teilweise sehr spezifische wissenschaftliche Fragestellungen und in der Folge die Auswahl der Interviewten. Abdull, Chandler, und Gilbert (2016) untersuchten z. B. die Perspektiven von Glaukompatienten und -patientinnen und deren Verhalten bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Nordnigeria.[6] Die sechs Fokusgruppendiskussionen mit Patienten und Patientinnen ergänzten die Autoren und Autorinnen mit Interviews zweier Heiler, an die sich in Nigeria zur traditionellen Behandlung von Krankheiten auch Betroffene von Augenerkrankungen wenden (ebd.: 2). Die Hinweise der Heiler sollten weitere Einsichten in den kulturellen Kontext der Glaukomwahrnehmung und -behandlung bereitstellen. Das Verständnis und die Einordnung der jeweiligen Befunde erfordern demnach Wissen zum Erhebungskontext, das im Rahmen des limitierten Präsentationsformates *wissenschaftlicher Artikel in der Medizin*, wenn überhaupt, nur sehr eingeschränkt vermittelt werden kann (siehe auch Punkt 4 der folgenden Ausführungen).[7]

(3) Eine weitere Herausforderung in der Auseinandersetzung mit Artikeln, die qualitative Daten präsentieren, stellen Übersetzungsprozesse dar. Aus der Transformation der

[6] Adekoya u. a. (2015) betrachteten mit augenärztlichen Interviews die Herausforderungen des Therapiemanagements bei POWG in Nigeria aus Sicht der Behandelnden.

[7] Darüber hinaus müssen sozialisatorisch gewachsene und kulturell vermittelte Deutungsmuster (z. B. rassistische, kolonialistische Stereotype) durch die Forschenden selbst, aber auch durch die Leserschaft der Studien reflektiert und ggf. durch Gegenwartsbeschreibungen ersetzt werden.

Inhalte in andere Sprachen können vor dem Hintergrund von Sprachkenntnissen, sprachlichen Varietäten sowie kulturellen und individuellen sozialen Prägungen unterschiedliche Vorstellungen hervorgehen. Diese bedingen möglicherweise Verzerrungen und Missverständnisse in der Handhabung und Interpretation von Begrifflichkeiten und Konzepten. Störungen sind Kommunikationsprozessen grundlegend inhärent, werden aber durch Übersetzungsprozesse und unterschiedliche kulturelle Deutungen von Informationen, wie oben bereits angedeutet, wahrscheinlicher. In der Studie von Gilmour-White u. a. (2015) wurden z. B. Interviews mit Patienten und Patientinnen in Tanzania mithilfe einer Person, die die Erzählungen übersetzte, erhoben. Die Daten wurden zunächst in Swahili transkribiert und dann ins Englische übersetzt (ebd.: 374). Auch wenn die gewonnenen Einblicke die Versorgungslage näher beschreiben, können sowohl der Übersetzungsprozess in der Interviewsituation selbst (z. B. durch die Anwesenheit einer weiteren Person) als auch die anschließende Übersetzung der Transkripte ins Englische Einfluss auf die Inhalte der Interviews genommen haben. Eine ganz andere Herausforderung in diesem Kontext ergibt sich, wenn für fremdsprachige Publikationen z. B. keine englischsprachigen Übersetzungen zur Verfügung stehen bzw. nur das Abstract übersetzt wurde (siehe z. B. Silva u. a. 2010).

(4) Die identifizierten Studien (bzw. deren formale Repräsentationen in Form wissenschaftlicher Artikel) weisen im Vergleich eine unterschiedliche methodische Qualität auf. Für Lesende ist nicht immer eindeutig nachzuvollziehen, ob es sich um methodische Einschränkungen in der Durchführung der Studie selbst handelt oder ob Autorenrichtlinien von wissenschaftlichen Zeitschriften (im Bereich der Medizin) die transparente Darstellung des methodischen Vorgehens qualitativer Studien z. B. durch eine zu geringe maximale Zeichenzahl oder Strukturvorgaben für die Artikel limitieren. Qualitative Sozialforschung mittels Interviews operiert mit Sprache in Form von Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen (siehe Kap. 4.1.1). Obgleich Autoren und Autorinnen zur Paraphrasierung von Interviewinhalten angehalten sind, fungieren Zitate als Belege und sollen durch den Einblick in die Primärdatenebene z. B. (latente) Stimmungen, Ausdrucksweisen oder die Informationsdichte der Erzählungen verdeutlichen. Methodenbeschreibung und Ergebnispräsentation – das Transparentmachen von Analyse und Interpretation – setzen in ihrer Form zumeist mehr Umfang voraus, als dies bei der Darstellung quantitativer Methoden und auf Zahlen basierender Ergebnisse der Fall ist. Für die angemessene Präsentation qualitativer Erkenntnisse in der Medizin fehlen jedoch häufig noch geeignete Formate (siehe dazu z. B. Greenhalgh u. a. 2016). Nach persönlicher Erfahrung des Autors und Kenntnis der Erfahrungen aus dem Kollegium muss die transparente Beschreibung von Datenerhebung und Auswertung mitunter der Zeichenzahl unterworfen werden.

(5) Jones und Jefferis erweitern diese Perspektive, wenn sie darauf hinweisen, wie ungewohnt erkenntnistheoretische Zugänge in Anwendung qualitativer Methoden für viele Akteure und Akteurinnen in der Augenheilkunde seien (2017: 1117). Sie verglichen

Publikationsdaten und Daten registrierter finanzierter hochwertiger qualitativer Studien und berichteten u. a., dass lediglich sechs von insgesamt 1.965 (0,3 %) Publikationen der Jahre 2014 bis 2016 von drei ophthalmologischen Zeitschriften aus Großbritannien und den USA (*Eye*, *British Journal of Ophthalmology*, *Ophthalmology*) eine qualitative Forschungsmethodik aufwiesen (ebd.). Jones und Jefferis plädieren vor diesem Hintergrund im Journal *Eye* für das Erlernen von Kompetenzen zur kritischen Beurteilung qualitativer Arbeiten im Bereich der Augenheilkunde und unterstreichen deren Bedeutung für das Verständnis quantitativer Zusammenhänge (2017: 1118). Neben dem Bedarf an geeigneten Präsentationsformaten scheinen im Rahmen von Peer-Review-Prozessen auch die eingeschränkten Erfahrungen und Wissensdefizite im Umgang mit qualitativen Forschungsarbeiten die grundsätzliche Veröffentlichung und die formale Gestaltung der Beiträge zu beeinflussen (siehe dazu neben Jones und Jefferis 2017 z. B. auch Greenhalgh u. a. 2016).

Präsentationshilfen wie *Standards for Reporting Qualitative Research* (SPQR, O'Brien u. a. 2014) mit ihren 21 Elementen sowie die *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ, Tong, Sainsbury, und Craig 2007) mit ihren 32 Präsentationshinweisen sollen qualitative Methoden- und Ergebnisdarstellung verbessern. Autoren und Autorinnen erhalten in Form dieser Instrumente Checklisten zu Inhalt und Aufbau ihrer Beiträge. Aufseiten der Lesenden ermöglichen die Kriterien den Begutachtungsprozess für qualitative Studien zu strukturieren und zu einem gewissen Grad zu vereinheitlichen. Die Vielzahl der Kriterien und Hinweise verdeutlichen, wie umfänglich die Präsentation von Datenerhebung und Datenanalyse sowie die Ergebnisdarstellung qualitativer Daten erfolgen sollte, um den Lesenden z. B. methodisch relevante Fragen bei der Studienrezeption von vornherein zu beantworten. Die inhärente Forderung nach maximaler Transparenz ist der häufig zentralen Rolle der Forschenden in der qualitativen Sozialforschung geschuldet, deren Anwesenheit, (soziale) Herkunft sowie individuelle Kompetenzen und Wissensbestände Einfluss auf den Forschungsprozess nehmen. Vor diesem Hintergrund gewinnen Methodentriangulation, Interdisziplinarität und Gruppenarbeit in der qualitativen Sozialforschung auch weiterhin an Bedeutung, um für individuelle Einflüsse auf den Forschungsprozess zu kontrollieren.

Die vorangestellten Einschränkungen und Hinweise wurden in die Literaturrecherche und -auswahl zu qualitativen Studien, die das Krankheitsverständnis von Glaukompatienten und -patientinnen untersuchten, einbezogen. Die Frage, inwiefern mögliche Ergebnisse auf Patienten und Patientinnen in Deutschland übertragen werden können, begleitete kontinuierlich die Literaturarbeit. Zur Prüfung der Qualität der Methoden- und Ergebnispräsentation wurden die Checklisten SPQR und COREQ in das Screening miteinbezogen.

2.3 Patientenseitiges Krankheitsverstehen als Forschungsdesiderat

Während das Kapitel 2.2 auf methodische Limitationen publizierter qualitativer Studien mit Patienten und Patientinnen in der Augenheilkunde Bezug nahm, werden im Folgenden die thematischen Schwerpunkte bisheriger Forschungsansätze entfaltet.[8]

Qualitative Studien mit Glaukompatienten und -patientinnen widmeten sich in der Vergangenheit u. a. den Themen Zufriedenheit (mit der Tropfentherapie) (z. B. Rouland u. a. 2002; Nordmann u. a. 2007), Lebensqualität (z. B. Green, Siddall, und Murdoch 2002; Wu u. a. 2011), Bewältigungsstrategien (Wu u. a. 2011; Glen und Crabb 2015) und Patient-Reported-Outcome-Measures (PROMs) (z. B. Somner u. a. 2012). Shtein u. a. (2016) untersuchten die Perspektive und Rolle von Familie und Freunden in der Versorgung von Glaukom. Die Antwort auf die Frage, warum Patienten und Patientinnen mit fortgeschrittenem Glaukom erst spät bei Ärzten und Ärztinnen vorstellig werden, suchten Prior u. a. (2013) in ihrer qualitativen Studie auf Basis von 11 teilstrukturierten Interviews einzugrenzen. Die Mehrheit der qualitativen Forschungsarbeiten widmet sich jedoch dem Thema (Non-)Adhärenz in der medikamentösen Glaukomtherapie.

Wie im Kapitel 2.1 bereits eingeführt, stellt Non-Adhärenz in der Tropfentherapie die wohl größte Herausforderung in der Versorgung des POWG dar (Friedman u. a. 2007; Schwartz und Quigley 2008; King, Azuara-Blanco, und Tuulonen 2013; Frech u. a. 2018; McClelland, Bodle, und Little 2019). Den Ergebnissen von Frech u. a. (2018) folgend ist in Deutschland mit einer Non-Adhärenz von über 33,5 % in der Altersgruppe der über 50-jährigen zu rechnen, wenn sich dem Phänomen (Non-)Adhärenz nicht allein über das Substitut der eingelösten Rezepte – wie in der betreffenden Studie – genähert, sondern darüber hinaus die Vielzahl weiterer Gründe für (Non-)Adhärenz berücksichtigt wird (ebd.: 11). Tsai u. a. (2003, USA, Tennessee) entwickelten auf Grundlage strukturierter Interviews mit 48 Patienten und Patientinnen mit POWG eine Klassifikation von Hindernissen in Bezug auf die Adhärenz in der Tropfentherapie. Sie gruppierten die Barrieren in (1) soziale und umweltbezogene Faktoren (z. B. fehlende Unterstützung durch das soziale Umfeld, unterwegs sein), (2) die Tropfentherapie betreffende Faktoren (z. B. Komplexität des Dosierungsschemas, Beschaffung neuer Tropfendosen), (3) individuelle Patientenfaktoren (z. B. Wissensbestände, Gedächtnis) und (4) die Behandelnden betreffende Faktoren (z. B. Unzufriedenheit mit der Kommunikation) (Tsai u. a. 2003: 395). Auf Grundlage von Fokusgruppendiskussionen und teilstrukturierten Interviews mit Patienten und Patientinnen (POWG) identifizierten Lacey, Cate, und Broadway (2009, Vereinigtes Königreich) zu

[8] Um das Gesundheitsverhalten von Betroffenen zu verstehen und mögliche Barrieren in der Gesundheitsversorgung zu identifizieren und abzubauen, zeigten international Forschende vielfach Interesse an der Patientenperspektive. Unter Berücksichtigung der vorangestellten Ausführungen (Kap. 2.2) werden Studien z. B. aus Tanzania (Gilmour-White u. a. 2015), Nordnigeria (Abdull, Chandler, und Gilbert 2016), Nepal (Shakya-Vaidya u. a. 2014) oder Brasilien (Silva u. a. 2010) aufgrund ihres kulturspezifischen Erhebungskontextes jedoch nicht näher betrachtet bzw. finden diese hinsichtlich ihrer thematischen Ausrichtung nur Erwähnung.

großen Teilen deckungsgleiche Barrieren. Zeitmangel in der Konsultation, eine durch Fremdwörter geprägte und als problematisch wahrgenommene Arzt-Patienten-Kommunikation, alltags- oder gesundheitsbezogene Probleme bei der Tropfenapplikation, UAW oder individuelle Unterschiede in der Lebensführung, um nur einige zu nennen, bedingten ihnen zufolge Non-Adhärenz in der Gruppe der einbezogenen Patienten und Patientinnen (ebd.: 927–30). Taylor, Galbraith, und Mills (2002, USA) kamen in ihrer Studie zu Ursachen für Non-Compliance[9] in der medikamentösen Glaukomtherapie zu ähnlichen Ergebnissen (ebd.: 404–7).

Auch wenn das Teilthema *patientenseitiger Wissensstand zum Krankheitsbild und zu den Therapieoptionen* als Befundkomplex im Rahmen der oben erwähnten Arbeiten (zu ([Non-]Adhärenz) mehrfach diskutiert wurde, stellte die Untersuchung des Krankheitsverstehens von Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, offenbar kein primäres Forschungsziel der identifizierten Studien dar (z. B. Taylor, Galbraith, und Mills 2002; Tsai u. a. 2003; Lunnela, Kääriäinen, und Kyngäs 2010; Newman-Casey u. a. 2016). Vielmehr führen die Arbeiten (je nach Studie) unterschiedliche Themenkomplexe an, die nur sehr begrenzt oder indirekt Rückschlüsse auf das patientenseitige Krankheitsverstehen in Bezug auf das POWG zulassen. Darstellungen zum Wissenstand der Patienten und Patientinnen oder zu deren Überzeugungen in Bezug auf das Krankheitsbild stehen in den Publikationen mit anderen Themen in Konkurrenz um Präsentationsraum. Newman-Casey u. a. (2016) untersuchten bspw., warum Patienten und Patientinnen trotz der Verfügbarkeit einer wirksamen Therapie daran glauben, dass Glaukom zu einem Sehkraftverlust führt. Sie führten neun Fokusgruppendiskussionen mit 56 Betroffenen in drei Bundesstaaten der USA (Michigan, Kalifornien, North Carolina) und werteten das Datenmaterial inhaltsanalytisch aus. Im Absatz „Beliefs about Disease and Treatment“ der Ergebnispräsentation heißt es:

> People conceptualize their illnesses and the treatment for their disease in different ways. They do not always think about their illness, or in this case, their glaucoma, in a strictly patho-physiologic way. People have their own perceptions of both disease-related and treatment-related symptoms and they construct their own mental model about what glaucoma is and how glaucoma affects their life. (Newman-Casey u. a. 2016: 4)

Leider führen die Autoren und Autorinnen nicht aus, welche nicht-pathophysiologischen patientenseitigen Überzeugungen sie im Rahmen ihrer Studie identifizierten und wie sich diese Vorstellungen möglicherweise auf die Annahmen zu Ursachen, Entwicklung und Therapie der Erkrankung auswirkten. In der Folge bleibt unklar, was die Autoren und Autorinnen unter den von ihnen benannten mentalen Konzepten verstehen. Von diesen nehmen sie an, dass sie die Vorstellungen der betreffenden Patienten und Patientinnen, was Glaukom ist und wie *es* ihr Leben beeinflusst, strukturieren.

[9] Die Autoren und Autorinnen arbeiteten mit dem Begriff Compliance anstelle von Adhärenz.

Auch andere Arbeiten verweisen darauf, das Thema Krankheitsverstehen wissenschaftlich eigenständig und die Patientenfälle holistisch zu betrachten. Glen und Crabb (2015) verfolgten die Frage, welche Coping-Strategien Betroffene in Reaktion auf den Verlust von Sehkraft entwickeln und inwiefern sich diese voneinander unterscheiden. Sie interviewten 16 Patienten und Patientinnen zwischen 68 und 77 Jahren teilstrukturiert zu ihren Erfahrungen mit der Glaukomerkrankung. In der Datenanalyse begegneten den Autoren und Autorinnen offenbar zusätzliche Informationen, die sie als *Ergänzende Themen* im Ergebnisteil für erwähnenswert hielten. In diesen Zusammenfassungen verweisen sie u. a. auf die Berücksichtigung der (a) Vorgeschichte der Patienten und Patientinnen, (b) der (häuslichen) Lebenssituation, (c) des sozialen Unterstützungsnetzes sowie (d) des Umgangs mit Komorbiditäten und (e) mit pflegebedürftigen Angehörigen bei der Betrachtung der Folgen der Erkrankung im jeweiligen Patientenfall und deren Bewältigung (Glen und Crabb 2015: 10f.). Einer tiefergehenden Darstellung potenzieller Zusammenhänge hinsichtlich der aus ihrer Sicht zu berücksichtigenden Punkte kommen die Autoren und Autorinnen nicht nach.

Neben interpretativer phänomenologischer Analyse (Nordmann u. a. 2007), Narrationsanalyse (Cross u. a. 2009) und Framework Analysis (Glen und Crabb 2015) kamen in den gesichteten qualitativen Studien vorrangig inhaltsanalytische Verfahren zum Einsatz, die teilweise mit einem deskriptiv-statistischen Vorgehen kombiniert oder durch ein derartiges ergänzt wurden (Taylor, Galbraith, und Mills 2002; Tsai u. a. 2003; Lunnela, Kääriäinen, und Kyngäs 2010; Newman-Casey u. a. 2016). Die Präsentation der Ergebnisse als nebeneinanderstehende Themencluster, wie sie oben beschrieben wurde, ist auch eine Folge der Methodenwahl. Inhaltsanalytische Auswertungsverfahren, in denen über Kategoriensysteme relevante Themen herausgearbeitet (und ausgezählt) werden, vermögen es nicht, die Beziehungen der identifizierten Themen (in einem Patientenfall) zueinander und im Verhältnis zu weiteren Kontextinformationen (z. B. Patientencharakteristika, krankheitsspezifische Merkmale) derart zu rekonstruieren, wie dies bei interpretativen Verfahren der Fall ist. Das folgende Kapitel geht näher auf die Grenzen der qualitativen Inhaltsanalyse ein und formuliert mit Blick auf Kapitel 2 die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit.

3 Fragestellungen

Schädigungen des Sehnervs und Gesichtsfeldeinschränkungen, die beim POWG auftreten, gefährden das Sehen als einen der wichtigsten Sinne und können bis zur Erblindung fortschreiten. Danach gefragt, ist es für Betroffene zumeist kaum vorstellbar und beängstigend, ohne Sehvermögen zu leben. Dennoch verweisen Studien zu (Non-)Adhärenz auf erhebliche patientenseitige Probleme bei der Bewältigung der Therapie, speziell auf eine sehr häufig eingeschränkte Therapietreue in der Tropfentherapie (Kap. 2.1 und 2.3). Einige Herausforderungen wie Motivationsprobleme und Gewöhnungseffekte in Bezug auf die empfundene Bedrohung durch Krankheitsfolgen sind nicht spezifisch dem POWG als Krankheitsbild zuzuweisen, sondern stellen auch Hürden in der Therapie anderer chronischer Erkrankungen dar. Offene Fragen zu den Krankheitsursachen, Symptomlosigkeit in frühen Krankheitsstadien, UAW und ein durch *trial and error* charakterisiertes Vorgehen in der Therapie bspw. erschweren im Fall des POWG die Akzeptanz und den Umgang mit Krankheit und Behandlung.

Neben quantitativen Untersuchungen, in denen bereits seit Jahrzehnten Non-Compliance/Non-Adhärenz in der topischen Glaukomtherapie als große Herausforderung ermittelt wurde, suchen qualitative Studien mit Interviews die Perspektive der Patienten und Patientinnen bei der eigenverantwortlichen Umsetzung der von Ärzten und Ärztinnen angeordneten Therapie zu berücksichtigen. In der Mehrzahl der identifizierten Studien wurden dabei inhaltsanalytische Auswertungsverfahren (in Kombination mit deskriptiv-statistischen Methoden) angewendet. Diese setzen nach Ansicht des Autors jedoch voraus, dass das, was die Interpretierenden auf der Ebene der Wort- bzw. Satzbedeutung im Gesagten der Patienten und Patientinnen glauben zu erkennen, gleichbedeutend ist mit dem, was die Interviewten tatsächlich aussagen wollten. Hinzu kommt, dass das Gesagte nicht zwangsläufig dem Handeln im Alltag entspricht.

Die dargestellten Beobachtungen und Gedanken sind weder zu Ende gedacht noch soll mit diesen ein befremdliches Misstrauen den interviewten Patienten und Patientinnen gegenüber zum Ausdruck gebracht werden. Sie sind vielmehr Ausdruck einer kritischen wissenschaftlichen Betrachtungsweise, die das fragile Verhältnis zwischen den Interviewenden und Interviewten bei einer einmaligen Begegnung anerkennt und nachempfindet und die zumeist fehlenden Erfahrungen mit Interviews und wissenschaftlicher Forschung berücksichtigt. Sie begründen die Anwendung der Dokumentarischen Methode (DM) als konsequent interpretatives Verfahren im Rahmen dieser qualitativen Sekundäranalyse insofern, als diese es ermöglicht, latente Sinnstrukturen zu rekonstruieren und damit z. B. sozial erwünschte Antworten zu identifizieren. Eine rein inhaltliche Analyse der Wort- und Satzbedeutungsebene mit Fragmentierung der Befunde durch Kodierung und Kategorisierung vermag verborgene Sinnstrukturen nicht preiszugeben. Ironie, Sarkasmus, Zynismus, aber auch Unsicherheiten können über die Analyseschritte in der DM sequenziell

herausgearbeitet werden. Ziel dieser explorativen Studie ist es, der DM entsprechend Wissensbestände der Interviewten zu ermitteln, die ihr Handeln (in der Auseinandersetzung mit der Glaukomerkrankung) beeinflussen, ohne dass sich die Betroffenen darüber zwingend bewusst sind (zu implizitem Wissen siehe Loenhoff 2012; zur Anwendung der DM bei Interviews siehe Nohl 2017).

Die methodischen und inhaltlichen Hinweise aus den Primärstudien berücksichtigend, jedoch losgelöst von deren Forschungszielen wird in der vorliegenden Sekundäranalyse *das* patientenseitige Krankheitsverständnis zum POWG unter Neuausrichtung des analytischen Vorgehens näher untersucht. Im Sinne einer sozialwissenschaftlich fundierten patientenzentrierten Grundlagenforschung zum POWG stellen sich folgende Forschungsfragen:

- Wie verstehen Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, das Krankheitsbild?
- Beeinflusst das patientenseitige Krankheitsverständnis das Therapieverhalten und wenn ja, auf welche Weise?
- Gibt es fallübergreifende Muster im patientenseitigen Krankheitsverstehen?

In Kapitel 4 werden folgend zunächst qualitative Interviews als Datenerhebungsmethode und ihre Einsatzmöglichkeiten vorgestellt (Kap. 4.1.1). Dabei werden die Technik des narrativen Interviews, wie es auf Fritz Schütze (1977) zurückgeführt wird (Kap. 4.1.2), als Datenerhebungsmethode der Primärstudien und dessen Anwendungsmöglichkeiten in der patientenzentrierten Versorgungsforschung näher beschrieben (Kap. 4.1.3).

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Zur Auswahl des narrativen Interviews

4.1.1 Qualitative Interviews als Forschungsmethode

Quantitative Erhebungsverfahren wie Fragebögen werden aus methodologischer Sicht zumeist eingesetzt, um Hypothesen im Kontext einer größeren Stichprobe zu testen und auf deren Allgemeingültigkeit statistisch zu prüfen (Schnell u. a. 2018: 9, 295–97). Zentrales Anliegen qualitativer Sozialforschung ist, das Unbekannte auf der Mikroebene, also der Entscheidungs- und Handlungsebene von und zwischen Personen, zu entdecken und in dessen Zusammenhängen zu beschreiben und zu verstehen (Flick u. a 2008a: 17). Dies kann als Vorbereitung jedweder statistischen Prüfung sozialer Phänomene im gesellschaftlichen Bedeutungszusammenhang verstanden werden. Diekmann fasst unter Einbezug der Lehrbücher und Aufsatzsammlungen einer Vielzahl von Autoren und Autorinnen vier übergeordnete Forschungsziele qualitativer Verfahren zusammen: (1) „Deskription empirischer Sachverhalte und sozialer Prozesse", (2) „Aufstellung von Klassifikationen oder Typologien", (3) „Gewinnung von Hypothesen am empirischen Material" und (4) „Prüfung von Forschungshypothesen" (2021: 532).[10]

Qualitative Interviews bieten vor diesem Hintergrund die Möglichkeit, (patientenseitige) Vorstellungen, Motive, Wünsche und Meinungen zu stimulieren und so abzubilden, wie sie die Interviewten selbst darstellen (wollen). Im Gegensatz zur inhaltlichen Standardisierung im Rahmen quantitativer Erhebungen mittels Fragebogen ist die Offenheit im Antwortverhalten explizit gewollt, da es darum geht, durch Exemplifikation und Detaillierung ein tieferes Verständnis der jeweiligen Biografie, Lebenslage oder Tätigkeit zu entwickeln (Flick u. a. 2008a: 17, 23–26; Hopf 2008: 349f.; zur Kritik an hypothesenprüfenden Verfahren siehe Bohnsack 2014: 19–22).

In der sozialwissenschaftlichen Methodenliteratur werden verschiedene Formen von Interviews besprochen, die sich hinsichtlich ihrer Charakteristik nicht präzise voneinander unterscheiden. Thematisiert werden je nach Bezeichnung durch die jeweiligen Autoren und Autorinnen *problemzentrierte* (Witzel 2000), *fokussierte* (Merton, Fiske, und Kendall 1956), *narrative* (Schütze 1977), *biografische* (Schütze 1983), *offene*, *teilstrukturierte*, *leitfadengestützte* und *Experteninterviews* (Meuser und Nagel 2009). In der Gegenüberstellung können vorrangig durch Fragen strukturierte von offen geführten Interviews unterschieden werden. Die jeweils in der Datenhebung festgelegten Regeln der Interviewdurchführung

[10] Anwendungserfahrungen mit Datenerhebungs- und Datenauswertungsverfahren sind in der methodologischen empirischen Sozialforschung vielfach dokumentiert und abstrahiert worden (siehe dazu z. B. die Übersichtswerke von Schnell u. a. 2018; Diekmann 2021; Flick u. a. 2008b). Angesichts einer schwer überschaubaren Anzahl von Einführungswerken in die empirische (qualitative) Sozialforschung, die bisweilen auf spezifische thematische Arbeitsfelder und Fachdisziplinen ausgerichtet wurden, fußen die Ausführungen dieses Kapitels auf den hier genannten Standardwerken (gemessen an der Auflage).

erschweren jedoch bspw. eine ideale oder eineindeutige Differenzierung. Je nach angestrebtem Maß der Vergleichbarkeit[11] können Interviews in der Formulierung der Fragen weitestgehend frei oder auf Grundlage von exakt festgelegten Wortlauten durchgeführt und Fragen, je nach Gesprächsdynamik, optional eingebracht oder stringent abgearbeitet werden (Hopf 2008: 351f.; Schnell u. a. 2018: 294f.)

Mit narrativen Interviews als eine Methode der qualitativen Datenerhebung vertreten Forschende darüber hinaus den Anspruch, die Relevanzsetzung von Personen zu einem bestimmten Thema möglichst ohne den Einfluss strukturierender Fragen abzubilden (Hopf 2008: 355–57; Bohnsack 2014: 94). Dieses explorative Vorgehen sollte im Rahmen der Primärstudien Themenaspekte sichtbar machen, die einer theoretischen Auseinandersetzung bislang möglicherweise verborgen blieben (Kap. 4.2.1).

Bevor in den Kapiteln 4.2 und 4.3 das Studiendesign der vorliegenden Untersuchung beschrieben wird, nehmen die Ausführungen des folgenden Kapitels theoretisch Bezug auf das narrative Interview als Erhebungsmethode und dessen Einsatz in der patientenzentrierten Forschung.

4.1.2 Die Technik des narrativen Interviews nach Schütze

Mitte der 70er Jahre begründete Fritz Schütze in Berufung auf Arbeiten der Erzählforschung und Linguistik und in Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen die Datenerhebungstechnik des narrativen Interviews (Schütze 1977: 4; Fischer-Rosenthal und Rosenthal 1997: 136). Die Grundlage bildeten Erfahrungen aus rund 70 Interviews. Die Methode wird von der zentralen Annahme getragen, dass vor allem die freien Erzählungen „eigenerlebter Erfahrungen“ (Schütze 1976a, 1976b zit. nach Schütze 1977: 1) von Interviewten Rückschlüsse auf deren Handlungswirklichkeit und ihre entsprechenden Orientierungen im alltäglichen Leben und damit auf ihre Weltsicht zulassen. Innerhalb einer auf eigenerlebten Erfahrungen basierenden Erzählung lässt sich nicht nur feststellen, welche Ereignisse aus Sicht der erzählenden Person relevant sind, sondern auch, welches Gewicht sie im Gesamtzusammenhang des jeweiligen Themenkomplexes einnehmen. Auch zeigt sich, ob und welche Verbindungen zwischen Subthemen bestehen und auf welche Weise die jeweiligen Geschehensabläufe verhandelt werden – welche handlungsweisenden Motivationen und Bewertungen also das Verhalten erklären (könnten). Die Methode macht sich dabei die unter Menschen in hohem Maße verbreitete Fähigkeit des Informationsaustausches bzw. „die alltagsweltliche Kompetenz des Informanten zum Erzählen“ (Schütze 1977: 51) zunutze.

[11] Anstelle des Begriffs Standardisierung wird hier im Kontext qualitativer Interviews der Begriff Vergleichbarkeit gewählt (Nohl 2017: 17). Eine Standardisierung durch geschlossene Antwortvorgaben wie sie in Fragebögen angewendet wird, widerspricht der generischen Zielstellung und Eigenschaft von Interviews, Erzählungen zu stimulieren (ebd.: 16). Ein Leitfaden, also eine Reihe festgelegter Fragen, kann die Themen in Interviews zwar grundlegend vergleichbar machen, die Antworten werden von den Interviewten aber selbst gewählt und nicht durch Antwortvorgaben limitiert.

Erzählungen fußen gemeinhin auf dem „Sachverhaltsdarstellungsschema“ (Schütze 1977: 52). Dieses Schema nimmt Bezug auf die „Zugzwänge der Detaillierung und Gestaltungschließung“ (ebd.), durch die eine Präzision und ein Abschluss der jeweiligen Erzählung bzw. des Erzählstranges evoziert wird. Dies soll dem jeweiligen Gegenüber ermöglichen, die Ereignisdarstellungen nachvollziehen zu können. Dazu heißt es bei Kallmeyer und Schütze im Detail:

> 1. Detaillierungszwang. Der Erzähler ist getrieben, sich an die tatsächliche Abfolge der von ihm erlebten Ereignisse zu halten und – orientiert an der Art der von ihm erlebten Verknüpfungen zwischen den Ereignissen – von der Schilderung des Ereignisses A zur Schilderung des Ereignisses B überzugehen.
> 2. Gestaltschließungszwang. Der Erzähler ist getrieben, die in der Erzählung darstellungsmäßig begonnenen kognitiven Strukturen abzuschließen. Die Abschließung beinhaltet den darstellungsmäßigen Aufbau und Abschluß von eingelagerten kognitiven Strukturen, ohne die die übergeordneten kognitiven Strukturen nicht abgeschlossen werden könnten.
> 3. Relevanzfestlegungs- und Kondensierungszwang. Der Erzähler ist getrieben, nur das zu erzählen, was an Ereignissen als ‚Ereignisknoten‘ innerhalb der zu erzählenden Geschichte relevant ist. Das setzt den Zwang voraus, Einzelereignisse und Situationen unter Gesichtspunkten der Gesamtaussage der zu erzählenden Geschichte fortlaufend zu gewichten und zu bewerten. (Kallmeyer und Schütze 1977: 188)

Die in den drei Zwängen zum Ausdruck gebrachte intrinsische Erzähldynamik bedingt die Wirksamkeit des narrativen Ansatzes für die Generierung qualitativer Daten zur Rekonstruktion von Handlungswirklichkeiten (Schütze 1977: 52). Die interviewte Person kann als Experte/Expertin fungieren, da nur sie sich innerhalb des Geschilderten auskennt und die zuhörende Person auf ihre Erläuterungen angewiesen ist. Die interviewte Person wird nicht (bzw. erst am Ende) dazu angehalten, sich zu vorgegebenen, möglicherweise außerhalb ihrer Erfahrung liegenden Sachverhalten zu äußern, sondern rekurriert idealerweise auf ihre individuellen Erfahrungen und baut eine für sie konsistente Gesamterzählung aus thematischen Erzählsträngen auf (Fischer-Rosenthal und Rosenthal 1997: 143). Spezifische Sachverhaltsdarstellungen und Fragen, die ohne Bezug von außen in das Gespräch eingeführt werden und zu denen möglicherweise keine eigenen Erfahrungen vorliegen, können durch den Einbezug kursierender Theorien und Erfahrungen anderer Personen bewältigt werden. Dadurch entfernen sich die Ausführungen bei thematischen Eingriffen in die Narration in ihrer Orientierung vom faktischen Handeln der Person (Schütze 1977: 30–35; siehe dazu auch die Ausführungen zur Textsortenbestimmung in Kap. 4.3.4). In der Konsequenz sollte in (narrativen) Interviews Raum für die Darstellung eigenerlebter Erfahrungen bereitgestellt werden (siehe dazu auch Hoffmann-Riem 1980 zit. nach Lueger und Froschauer 2018: 125). Im Folgenden wird das konkrete Vorgehen im Verlauf des narrativen Interviews beschrieben.

Erzählstimulus und Haupterzählung

Die Funktion der Haupterzählung besteht in der Rekonstruktion von subjektiven Erfahrungs- und Erlebniszusammenhängen durch die interviewte Person. Die Haupterzählung wird durch eine „zentrale Anfangsthemenstellung" mit „narrative[r] Generierungskraft" (Schütze 1977: 4) angeregt.[12] Dafür wird ein Erzählstimulus formuliert, eine zum freien Erzählen motivierende Aufforderung. Die Formulierung des Erzählstimulus sollte trotz Themenstellung möglichst allgemein gehalten werden und auf konkrete Bezugselemente (z. B. Zeitpunkte, Personen und Orte) verzichten, um eine „starre Erzählfolie" als Vorgabe und damit „formale Manipulation" (ebd.: 11) der Erzählung zu vermeiden (ebd.: 10f., 22–25). Trotz Eingrenzung des Themas soll der interviewten Person ermöglicht werden, mittels „ad-hoc-Entscheidungen durch Orientierung am roten Faden einer zusammenhängenden Ereigniskette" (ebd.: 11) die eigene (Haupt-)Erzählung autonom auszugestalten.

Während der Haupterzählung wird der interviewenden Person die Aufgabe des Zuhörens zuteil. Dabei können „erzählunterstützend[e] Signal[e]" (Schütze 1977: 4) eingesetzt werden. Wichtig ist, z. B. indirekte Bewertungen wie Lachen und das vervollständigen von Sätzen zu unterlassen und bei der interviewten Person nicht den Eindruck zu erwecken, dass bestimmte Ereignisabfolgen bereits bekannt seien (ebd.: 14f.). Die interviewte Person wäre durch ein derartiges Verhalten möglicherweise dazu motiviert, Darstellungen auszusparen und als vertraut vorauszusetzen. Vielmehr sollte das ernsthafte Interesse an den Erfahrungen und Ereignisdarstellungen im Kontext des Forschungsinteresses signalisiert werden, um die Interviewten zur Erzählung eigenerlebter Erfahrungen zu motivieren (ebd.: 29). Die Zuhörerrolle entsprechend gewissenhaft auszufüllen, bedingt demnach auch die Schaffung und Aufrechterhaltung der Erzählerrolle bei den Interviewten (ebd.). Die interviewte Person wird während der Erzählung nicht unterbrochen. Stattdessen schließt eine eindeutige Koda der interviewten Person (z. B. *Ja, das wäre jetzt erstmal alles, was mir dazu einfällt.*) die Erzählung bis auf Weiteres (ebd.: 4). Neben dem aktiven Zuhören und Motivieren durch „erzählunterstützend[e] Signal[e]" (ebd.) ist es Aufgabe der interviewenden Person, Notizen zu Inhalten der Haupterzählung anzufertigen, die möglicherweise nur Erwähnung fanden und/oder noch weiter ausgeführt und detailliert werden könnten (Fischer-Rosenthal und Rosenthal 1997: 144f.).

Immanente Nachfragen

Die anschließenden Fragen der interviewenden Person basieren auf den Notizen, die während der Haupterzählung durch diese angefertigt wurden. Diese immanenten Nachfragen sollten keine Meinungsäußerungen oder theoretischen Erklärungen evozieren, sondern so

[12] Für nähere Erläuterungen zur Frage, welche Anforderungen ein *Thema mit narrativer Generierungskraft* erfüllen muss, sei an dieser Stelle auf den Originaltext Schützes verwiesen (Schütze 1977: 17–26). Die formalen Vorgaben zum Umfang der vorliegenden Abhandlung beschränken die Beschreibung der Erhebungsmethode auf wesentliche Inhalte.

formuliert werden, dass sie zum weiteren, vertiefenden Erzählen und somit zu neuen „narrativen Sequenzen“ (Schütze 1977: 4) anregen. Offene, erzählgenerierende Nachfragen adressieren demnach nicht das *Warum*, sondern nutzen Fragenformulierungen wie *Wie kam es dazu, dass …* oder *Was geschah nachdem Sie …* (ebd.: 30). Damit wird umgangen, dass die interviewte Person auf Rechtfertigungen zurückgreift und in eine Argumentation geführt wird, in der sie „sekundär[e] Legitimationen“ (Berger und Luckmann 1966 zit. nach Schütze 1977: 30) zur inhaltlichen Verdichtung heranzieht. Als sekundäre Legitimationen werden Darstellungen der Interviewten verstanden, die außerhalb ihrer eigenerlebten Erfahrungen liegen. Die Hinzunahme von theoretischen Erklärungen durch die interviewte Person erschwert die Rekonstruktion der Orientierungen, die von den Forschenden (unter Rückgriff auf das Interview) zur Erklärung des Handelns dieser Person analysiert werden (ebd.: 30f.; siehe dazu Kap. 4.3).

Grundsätzlich kann alles nachgefragt werden, was durch die interviewte Person selbst eingeführt wurde (Schütze 1977: 37). Dennoch muss sich die anfangs zumeist fragile Beziehung zwischen der interviewenden und der interviewten Person im Laufe des Interviews erst stabilisieren. Schütze empfiehlt daher, nicht zu früh zu direkt nachzufragen und explizite immanente Nachfragen zu genauen Zeiten, Orten, Personen oder Motiven erst einzusetzen, wenn derart explizite Informationen durch die Interviewte Person bereits angegeben wurden (1977: 38). Anderenfalls kann sich die Situation für die interviewte Person als eine Art Verhör darstellen und die „Risiken in der Darstellung privater Erfahrungen und Meinungen“ (ebd.: 12) werden ggf. als zu hoch wahrgenommen und allgemeinere Darstellungen gewählt.

Orientierung für die immanenten Nachfragen bietet die zeitliche Abfolge der Erzählung, die unter Verwendung der Notizen der interviewenden Person Berücksichtigung finden sollte. Dies ermöglicht der forschenden Person auch eine „unpervertierte Zuhörerrolle“ (ebd.: 29) einzunehmen. Sie kann die durch die interviewte Person vorgegebene Struktur zur Grundlage nehmen und damit die Eigenverantwortung und den Einfluss auf die Auswahl spezifischer Notizen zur Nachfrage reduzieren (ebd.).[13] Die immanenten Nachfragen sollten die Sprache aufgreifen, die von der interviewten Person verwendet wurde, da von der Erzählung abweichende, sinnverwandte Begrifflichkeiten und Formulierungen zu Irritationen oder Missverständnissen aufgrund unterschiedlicher Konnotationen führen können (ebd.: 38f.). Die soziale Herkunft der interviewenden Person könnte durch den Sprachgebrauch (deutlich) Eingang in das Interview finden und dieses beeinflussen.

[13] Dennoch sind es die Notizen der Forschenden selbst, aus denen immanente Nachfragen abgeleitet werden. Hier erfolgt bereits eine Selektion durch die interviewende Person. Die anspruchsvolle Datenerhebung mittels narrativer Interviews ist gebunden an das Einüben von Interviewtechniken und die Vorbereitung des Gespräches. Während des Interviews fallen aktives Zuhören, das Anfertigen von Notizen, die Einordnung des Gesagten, die Beobachtung der (non-)verbalen Signale der interviewten Person sowie die Selbstkontrolle der Forschenden in Bezug auf die eigenen kommunikativen Signale (z. B. die Wortwahl bei Fragestellung, die erzählunterstützenden Signale, das Unterlassen von Bewertungen durch Lachen und Mimik) zusammen. Umso wichtiger ist es, die Interviewtechniken zu beherrschen und diesen zu vertrauen.

Exmanente Nachfragen

Der zweite Fragentypus richtet sich auf forschungsrelevante Themen und Ereignisse, die durch die Interviewten selbst nicht angesprochen wurden (Schütze 1977: 36). Exmanenten Fragen, „die für den Informanten keine eigenübernommenen Verpflichtungen beinhalten" (ebd.: 41), kann im Kontext des Antwortverhaltens mit Abstand begegnet oder die Beantwortung grundsätzlich abgelehnt werden. Die methodische und inhaltliche Nähe zur Themenstellung des Interviews gilt als Voraussetzung für ihre Anwendung. Sie sollten dabei allgemein und indirekt formuliert werden (ebd.).

Mittels exmanenter Nachfragen können erzählgenerierende Themen angeboten und zur Überwindung von „Erzählhemmungen" und daraus resultierenden „Frage-Blockaden" (Schütze 1977: 25) eingesetzt werden. Sie sind Resultat der thematischen Vorbereitung durch die Analyse des Forschungsstandes und angrenzender, thematisch ähnlicher Daten (ebd.: 34). In ihrer Konzeption werden mögliche Erzählungen berücksichtigt, für die im zu untersuchenden Themenkomplex Bedeutung und Informationsgewinn antizipiert werden. Die Analyse eigenerlebter Erfahrungen in narrativen Interviews strebt das Verständnis des faktischen Handlungsgeschehens durch die Rekonstruktion der zugrundliegenden Orientierungen an. Exmanente Fragen müssen folglich mit Bedacht und Zurückhaltung eingesetzt werden, damit sie nicht in die freie Erzählung der interviewten Person eingreifen und diese unterbrechen. Vielmehr sollen sie die interviewte Person hinsichtlich des Erzählfadens unterstützen (ebd.).

4.1.3 Narrative Interviews und patientenzentrierte Forschung

Zur Erhebung und Rekonstruktion der Perspektiven von Patienten und Patientinnen auf ihre Erkrankung, den Behandlungsprozess, die Arzt-Patienten-Beziehung oder eine Intervention im Rahmen einer Studie eignen sich qualitative Interviews in besonderer Weise. Gegenüber Fragebogenerhebungen stellen insbesondere narrative Interviews methodisch einen Entfaltungsraum für subjektive Erfahrungen und Bedeutungsstrukturen (z. B. in Bezug auf das Krankheitserleben und -verständnis) bereit, die durch standardisierte Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten kaum abzubilden wären (Lueger und Froschauer 2018: 125; Bohnsack 2014: 19–22). Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn sich die Sprache, mit der medizinisches Wissen und persönliche Krankheitsinformationen in der Konsultation an Patienten und Patientinnen vermittelt werden, von der Sprache der Betroffenen unterscheidet (zur Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement siehe Bromme, Jucks, und Rambow 2004). Davon berührt sind über Fachbegriffe hinaus auch die durch die soziale Herkunft und das soziale Milieu geprägten Ausdrucksformen. Eine Arzt-Patienten-Beziehung, die als hierarchisch wahrgenommen wird, kann diesen Umstand insofern weiter erschweren, als das Hinterfragen unverständlicher Informationen durch die Patienten und

Patientinnen aus Respekt und Furcht vor dem Status der Ärzte und Ärztinnen und intellektueller Scham vermieden wird.[14]

Eine Interviewmethode zu wählen, die inhaltlich keine oder kaum Vorgaben macht, indem auf eine zuvor ausgearbeitete (fachsprachliche) Agenda (weitestgehend) verzichtet wird, eröffnet nicht nur die Möglichkeit des freien Erzählens, sie motiviert auch die Interviewten in einer selbstgewählten Weise zu Wort zu kommen (Lueger und Froschauer 2018: 125). Das Aufgreifen von Formulierungen der jeweils interviewten Person beim immanenten Nachfragen im Rahmen des narrativen Interviews fördert die Formulierung von Beschreibungen, Sichtweisen, Bewertungen und Meinungen in der jeweils eigentümlichen Sprache (Fischer-Rosenthal und Rosenthal 1997: 144–47; siehe auch Kap. 4.1.2). Die darin verwendeten Begriffe, Redewendungen, Sinnbilder, Beispiele und Metaphern sind Träger von Bedeutungsstrukturen, die bei Antworten auf direkte (geschlossene) Fragen nicht eingebunden sein müssen, da die Antwortenden stärker einem antizipierten Erwartungshorizont der fragenden Person zu entsprechen bemüht sind, als wenn sie frei über ihre (Krankheits-)Geschichte erzählen (Schütze 1977: 44; Lueger und Froschauer 2018: 125; Bohnsack 2014: 19–22).

Unter Zusicherung des Datenschutzes und der Anonymität bei Studienteilnahme sowie durch einen respekt- und vertrauensvollen Umgang der Interviewenden mit den Interviewten kann das (narrative) Interview dazu beitragen, aufseiten der Patienten und Patientinnen Informationen zu gewinnen, die z. B. aufgrund von Zeitmangel, der Form der Gesprächsführung oder durch die Gestalt des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Regel vermutlich nicht Eingang in eine Konsultation finden (können). In Anbetracht der Abwägung von Nutzen und Folgen der Behandlung bei einer teilweise weitläufig nicht wahrnehmbaren Erkrankung steht die kognitive Bewältigung, oder anders formuliert, das patientenseitige Krankheitsverständnis im Fokus dieser explorativen Studie.

Um die Einordnung der vorliegenden Untersuchung als eine qualitative Sekundäranalyse nachvollziehbar zu machen (Kap. 4.3), soll im folgenden Kapitel zunächst der Erhebungskontext und die thematische Struktur der Primärdaten beschrieben werden. Anschließend werden der Auswertungsprozess und die Auswahl des Subsamples beschrieben.

[14] Medizinische Versorgung basiert in der Konsequenz in vielen Fällen (ausschließlich) auf Vertrauen in die Expertise und die Fähigkeiten der Behandelnden (siehe z. B. Hall u. a. 2001; Brennan u. a. 2013; Pokhilenko u. a. 2021). In Anbetracht der Komplexität vieler Krankheitsbilder, der ärztlichen Tätigkeit als Beruf und der unterschiedlichen Erwartungen der Patienten und Patientinnen an die medizinische Versorgung ist dies zumindest plausibel und muss keineswegs ein Problem darstellen. Vertrauen, das durch Verantwortungsabgabe im Sinne eines paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnisses gekennzeichnet ist, kann aber auch zu Therapiebereuen führen, wenn Komplikationen eintreten oder Therapieerfolge ausbleiben. Die fehlende Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken einer Therapie (im Vorfeld) zieht im Fall unvorhergesehener nachteiliger Behandlungsverläufe bisweilen Unverständnis und Enttäuschungen nach sich, die zur Beeinträchtigung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität führen können (zum Thema Decisional-Regret siehe z. B. Niburski 2020; Xu u. a. 2021).

4.2 Erhebungskontext der Primärdaten

4.2.1 Forschungsinteresse der Primärstudien in RESPONSE

Die der Analyse zugrundeliegenden Interviews gingen aus Studien der breit angelegten Forschungsinitiative RESPONSE[15] hervor. Dieser Zusammenschluss von (universitären) Forschungseinrichtungen und mittelständischen Unternehmen zu einem Konsortium[16] verfolgt die grundlegenden Ziele, Implantatinnovationen für eine alternde Gesellschaft zunächst zu entwickeln und diese anschließend in die Versorgung zu implementieren. In Kooperation von Industrie, Wissenschaft und klinischer Versorgung sollen zur Entwicklung inkrementeller sowie von Sprunginnovationen bestehende Erkenntnisse weiter erforscht und neue generiert werden und diese mit Rückbezug auf die Translationskette von Medizinprodukten im Prozess der Implantatentwicklung fusionieren. Fundiert und ergänzt wird die technologische (Grundlagen-)Forschung der Technik- und Naturwissenschaften sowie der klinischen Medizin durch Studien im Kontext der System- und Innovationsforschung. Forschende aus den Bereichen Demografie, Versorgungsforschung, Ethik der Humanmedizin und Betriebswirtschaftslehre untersuchen vor dem Hintergrund der Identifikation von Implementierungsbarrieren und -chancen z. B. die nationalen und internationalen Bedarfe krankheitsbildassoziierter Implantattherapien, die Akzeptanz von Implantatinnovationen aufseiten von Anwendenden und Nutzenden, Marktzugangs- und Zulassungsmöglichkeiten sowie die ökonomischen Potenziale und Kosten (siehe dazu Löschner, Siegosch, und Fleßa 2021).

Aus der Perspektive der Versorgungsforschung, wie sie durch das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock (IAM) eingenommenen wird, eröffneten sich angesichts der Implementierung neuer Therapiemöglichkeiten eine Reihe von Fragen, die Chancen und Barrieren der Einführung medizinischer Technologien und Produkte in die Regelversorgung adressierten[17]:

- Wie nehmen Patienten/Patientinnen und Ärzte/Ärztinnen die Technologie wahr?
- Welche Erfahrungen aus der Versorgung liegen nach Einführung der Innovation vor?

---

[15] Der Verbund wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Programms *Zwanzig20 – Partnerschaft für Innovation* seit 01.10.2015 gefördert. Die Darstellung der Forschungsinitiative kann aufgrund der Komplexität durch eine Vielzahl an kooperierenden Einrichtungen, Gruppen und Projekten im Rahmen dieser Arbeit nur schematisch erfolgen.

[16] In der Interessen- und Arbeitsgemeinschaft u. a. vertreten sind neben vorrangig mittelständischen Unternehmen aus den neuen Bundesländern kooperierende Partnereinrichtungen der Max-Planck-Gesellschaft und der Leibnitz-Gemeinschaft und (An-)Institute der Universität Greifswald, der Universitätsmedizin Greifswald, der Medizinischen Hochschule Hannover, der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster sowie der Universität Rostock und der Universitätsmedizin Rostock (RESPONSE o. J. a).

[17] Hier ist nur eine Auswahl an Fragen abgebildet. Für ein besseres Verständnis der Perspektive der Versorgungsforschung im Kontext der Behandlung mit Implantaten sei hier auf den Beitrag von Wollny u. a. (2021) verwiesen.

- Welche Potenziale/Vorteile, aber auch Defizite/Nachteile des eingeführten Medizinproduktes werden ausgewiesen?
- Wo sind Forschungsdesiderate bei Therapieentwicklung und -implementierung zu verorten?

Die in dieser Analyse in den Mittelpunkt gestellten Interviews der Teilprojekte des IAM zu Implantatinnovationen im Bereich des Auges widmeten sich originär zwei Gegenstandsbereichen: (1) der Idee eines subkonjunktivalen Medikamentendepots und (2) dem Einsatz von Mikrostents zur Therapie des POWG. Neben den persönlichen Erfahrungen mit der Glaukomerkrankung wurden in den Teilstudien entweder die Versorgungserfahrungen mit einer Mikrostenttherapie erhoben oder die Idee eines subkonjunktival applizierbaren Medikamentendepots exploriert. Letzteres befand sich zum Zeitpunkt der Interviews in der Entwicklung. Das Erkenntnisinteresse richtete sich zudem auf die jeweiligen Therapiebedingungen in den Patientenfällen.

Zum Erkenntnisgewinn in den Teilvorhaben wurden zunächst narrative Interviews mit in der Niederlassung oder in der Klinik tätigen Augenärzten und -ärztinnen zur Versorgung von Patienten und Patientinnen mit POWG geführt. Die ärztliche Sicht ergänzten im Anschluss narrative Interviews mit Betroffenen, die entweder mittels Augentropfen medikamentös therapiert wurden oder die einen oder mehrere Mikrostents erhielten.

Da die vorliegende qualitative Sekundäranalyse (Kap. 4.3) das Krankheitsverständnis von Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, untersucht, wird ausschließlich auf die Patienteninterviews zurückgegriffen. Kapitel 4.2.2 und 4.2.3 beantworten dabei zunächst, wie die Patienten und Patientinnen in die Primärstudien eingeschlossen wurden und wie sich die Durchführung der Interviews vollzog. In diesem Zusammenhang werden auch die Bestandteile der Interviewskripte[18] (Erzählstimulus und exmanente Fragen) und damit die thematische Struktur der Daten näher beschrieben.

4.2.2 Kontakt und Teilnahme der Interviewten

Für den Einschluss von Patienten und Patientinnen nahmen eine wissenschaftliche Mitarbeiterin und ein wissenschaftlicher Mitarbeiter (Christian Helbig, CH) aus dem IAM, die

[18] Mit dem Begriff Interviewskript wird in dieser Arbeit ein standardisiertes Formblatt bezeichnet, das die interviewende Person erinnert und darin unterstützt, einen einheitlichen Erzählstimulus und einheitliche exmanente Nachfragen zu formulieren. Zudem bietet das Dokument Platz für Notizen zur Formulierung immanenter Nachfragen und für Angaben zur interviewten Person samt Interviewidentifikationsnummer (ID). Der Begriff Interviewskript wird in Abgrenzung zu den Erhebungsinstrumenten Fragebogen und Leitfaden aus folgenden Gründen gewählt: 1) Standardisierte Fragebögen sind der quantitativen Datenerhebung und damit einem grundlegend anderen Weg der Erkenntnisgewinnung zuzuordnen. 2) Leitfäden im Rahmen von qualitativen Interviews werden als Erhebungsinstrument häufig so verstanden, dass sie ein Interview strukturieren und mittels vollständiger – wenn auch flexibler – Abarbeitung der einzelnen exmanenten Fragen vergleichbare Inhalte generieren (siehe z. B. Pickel und Pickel 2009: 447). Das narrative Interview hingegen fokussiert die freien Erzählungen der Interviewten und die notierten Fragen eröffnen lediglich den Gesprächsraum zur Vertiefung der Erzählungen.

auch die Interviews durchführten[19], erneut zu allen Behandelnden postalisch Kontakt auf, die im Rahmen der Rekrutierung für die augenärztlichen Interviews angefragt wurden. Die angefragten Ärzte und Ärztinnen wurden ohne weitere Ein- bzw. Ausschlusskriterien gebeten, drei Patienten und Patientinnen mit POWG für die Studienteilnahme zu gewinnen. Einen Grund für die offene Rekrutierungsstrategie stellte das explorativ-qualitative Forschungsdesign dar, in dem durch einen offenen Feldzugang z. B. der eingeschränkten Datenlage zur Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mikrostents Rechnung zu tragen gesucht wurde. Zudem sollten sowohl die Kontaktaufnahmen zu den als auch der organisatorische Aufwand für die Studienpraxen so gering wie nötig gehalten werden, um die Abläufe der täglichen Patientenversorgung nicht zu stören und Dropouts zu vermeiden. In der Folge wurde die Rekrutierung in den beiden Primärstudien kooperativ koordiniert. Die teilnehmenden Praxen konnten sowohl Patienten und Patientinnen ausschließlich mit Tropfentherapie als auch Erkrankte, die vor einer Mikrostenttherapie standen oder bereits einen Stent erhielten, einschließen. Die eingeschlossenen Personen wurden entsprechend ihrer Therapieform anschließend den jeweiligen Teilprojekten zugeordnet.

Da bislang offenbar kaum Erfahrungen mit Studien dieser Art in der ophthalmologischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern bestehen[20], erhielt jedes Praxisteam drei standardisierte, die Patientenrekrutierung unterstützende Dokumente: (1) ein A4-seitiger Ablaufplan zeigte auf, welche und wie viele Personen eingeschlossen werden sollten, stellte eine wortwörtlich formulierte mögliche Ansprache der Patienten und Patientinnen sowie grundlegende Informationen zum Ablauf und den Rahmenbedingungen des Interviews bereit. (2) Ein Kontaktdatenblatt strukturierte in Funktion einer Liste und Faxvorlage die Erfassung der jeweiligen personenbezogenen Informationen und erfragte für die Studie verantwortliches Personal in der jeweiligen Praxis. Die erhobenen Kontaktdaten umfassten auch die Erreichbarkeit für die Kontaktaufnahme, um z. B. die Arbeitstätigkeit oder Freizeitaktivitäten der potenziellen Interviewpartner und -partnerinnen zu berücksichtigen und die zeitlichen Ressourcen des Studienteams angemessen einzusetzen. (3) Darüber hinaus erhielten die Praxen Patienteninformationsblätter, mit denen sich die Angesprochenen über den Anlass der Studie, den Ablauf der Interviews und die geltenden Datenschutzbestimmungen informieren konnten.

Der Einschluss von Patienten und Patientinnen in die Primärstudien erwies sich als ausgesprochen schwierig. An der Rekrutierung beteiligten sich lediglich fünf der 60 angefragten Praxen.[21] Einige Praxen berichteten, dass sie nur wenige mit Mikrostents Operierte

[19] Die Interviewenden verfügten beide über mehr als drei Jahre Berufserfahrung in der Versorgungsforschung in vor allem allgemeinmedizinischen Niederlassungen und absolvierten eine Fortbildung und ein Training für die Durchführung narrativer Interviews.

[20] Dies zeigte sich auch im Rahmen der Rekrutierung und Durchführung der augenärztlichen Interviews.

[21] Von den fünf rekrutierenden Augenarztpraxen wirkten vier auch bei den ärztlichen Interviews mit. Eine Rekrutierung von Patienten und Patientinnen mit POWG in der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universitätsmedizin

versorgten und dass von diesen nicht alle bereit wären, an der Studie mitzuwirken. Aber auch ambulant operierende Praxen, die durch ein höheres Aufkommen dieser Patienten und Patientinnen charakterisiert sind, schränkten ein, dass die Ansprache und Aufklärung der Zielgruppe in der Sprechstunde aufgrund des Arbeitspensums kaum möglich seien.[22] Andere beschrieben dies als unproblematisch.

Auf der Suche des Studienteams nach Unterstützungsmöglichkeiten bei der Rekrutierung ergab sich eine Einladung des Interviewers (CH) zu zwei Hospitationen in die Praxis eines teilnehmenden Augenarztes. Angelehnt an eine teilnehmende Beobachtung war die Intention der ersten Hospitation, die Arbeitsabläufe zu verstehen und die sich aus diesen ergebenden Einschränkungen bei der Rekrutierung in einer ophthalmologischen Praxis zu identifizieren. In der zweiten Hospitation wurden die Patienten und Patientinnen mit POWG mit Unterstützung des ärztlichen Personals angesprochen und direkt an den Interviewer vor Ort verwiesen und von diesem aufgeklärt. Der persönliche Erstkontakt mit den Betroffenen erwies sich als förderlich, da Bedenken der Patienten und Patientinnen unmittelbar besprochen werden konnten.[23]

Die Rekrutierungsgespräche erfolgten demnach durch die Interviewenden persönlich vor Ort in der Praxis oder per Telefon. Die Interviewerin bzw. der Interviewer klärten die betreffenden Patienten und Patientinnen über den Anlass der Studie, den Ablauf des Interviews sowie über geltende Datenschutzbestimmungen auf und beantworteten patientenseitige Fragen. Die Teilnahme an den Interviews war in allen Fällen freiwillig. Die schriftliche Einwilligung zur Teilnahme konnte zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.[24]

Den Teilnehmenden stand es frei, den Zeitpunkt und den Ort des Interviews zu wählen. Einzige Voraussetzung war, dass das Interview und die Audioaufnahmen nicht durch Umgebungsgeräusche gestört würden. Die Interviewenden boten grundsätzlich die Möglichkeit der Durchführung in den Räumlichkeiten des IAM an, suchten die Teilnehmenden auf Wunsch aber auch in ihren Privaträumen auf. Diese Option wurde insbesondere von älteren und/oder in ihrer Mobilität eingeschränkten bzw. von Personen, die nicht in Rostock wohnhaft waren, in Anspruch genommen. Die aufsuchende Datenerhebung sollte die Lebensbedingungen der Patienten und Patientinnen berücksichtigen und die Teilnahmebereitschaft begünstigen.

Rostock (UAK) konnte nicht umgesetzt werden. Begründet wurde dies vonseiten der Klinikleitung mit eingeschränkten personellen Ressourcen.

[22] Im Praxisablauf Patienten und Patientinnen zu identifizieren, die zukünftig einen Mikrostent bekommen könnten, war unter Berücksichtigung der Rückmeldungen und in Anbetracht der rekrutierten Fälle nicht ohne Weiteres umzusetzen.

[23] Der persönliche Vorkontakt erwies sich auch für die Durchführung als hilfreich, da ein erstes Kennenlernen am Tag des Interviews entfiel und durch das Aufklärungsgespräch bereits eine Beziehung zwischen den Interviewten und dem Interviewer angebahnt werden konnte. Schütze verweist in seiner Beschreibung der Technik des narrativen Interviews auf die vertrauensbildende Funktion von Vorkontakten zur Vorbereitung der Interviewsituation (Schütze 1977: 23).

[24] Die Zustimmung der Ethikkommission der Universität Rostock für die Studien lag zum 11.04.2017 vor (A 2017-0046).

Ein Purposeful-Sampling[25], also eine selektive Auswahl von Personen aus einem Pool an potenziellen Interviewpartnern und -partnerinnen unter Berücksichtigung theoretischer Überlegungen, konnte aufgrund der Schwierigkeiten im Rekrutierungsprozess und der anvisierten Anzahl an Interviews in den Primärstudien nicht erfolgen. In der Folge wurden alle Patienten und Patientinnen interviewt, die in die Studienteilnahme einwilligten.

Die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Patienten und Patientinnen, die vor einer Mikrostentoperation standen oder einen Stent erhielten, haben auf diese Sekundäranalyse keinen Einfluss. Das zugrundeliegende Forschungsinteresse am Krankheitsverständnis von Patienten und Patientinnen mit POWG setzt eine Differenzierung der Interviewten nach Therapieform nicht voraus.[26]

4.2.3 Durchführung themenzentrierter narrativer Interviews

Die Interviews wurden ausschließlich face-to-face durchgeführt, tonaufgezeichnet und im Anschluss vollständig verbatim transkribiert. Mit Ausnahme eines Interviews, in dem ein Ehepaar gemeinsam anwesend war, fanden alle unter Ausschluss Dritter statt. Jedes Interviewskript wurde mit einer Identifikationsnummer (ID)[27] versehen, damit die mit Notizen ausgefüllten Skripte zum Schutze der personenbezogenen Daten der Interviewten keine Klarnamen enthielten.

Im Folgenden werden sowohl der im Wortlaut gleiche Erzählstimulus als auch die exmanenten Fragen der Interviewskripte ([1] für Patienten und Patientinnen mit Erfahrungen in der Mikrostenttherapie und [2] Patienten und Patientinnen ausschließlich mit Tropfentherapie, die die Idee eines subkonjunktival applizierbaren Medikamentendepots einschätzen sollten) vorgestellt und inhaltlich kurz begründet.[28]

Die offen formulierte Erzählaufforderung, der Erzählstimulus (Tab. 1), eröffnete jedes Interview und stieß idealerweise die Eingangserzählung an. Dieser lautete:

> Wir interessieren uns für Menschen, die an einem Glaukom bzw. Grünen Star erkrankt sind. Ich möchte Sie bitten, mir von der Zeit des ersten Auftretens bis heute zu erzählen.

Der gewählte Erzählstimulus beschränkte sich nicht auf die Symptomwahrnehmung, die Diagnostik, die Therapie oder Erfahrungen mit Operationen, sondern wurde mit Bezug auf die Erkrankung derart offen formuliert, dass die Interviewten selbst entschieden, mit

---

[25] Diese Methode wird eingesetzt, um speziell Personen in die Interviewauswahl zu integrieren, die z. B. durch ihre Merkmale eine im Sinne der Forschungsfrage relevante Informationsdichte im Interview erahnen lassen oder die als kontrastierende Fälle fungieren (Palinkas u. a. 2015).

[26] Das Kapitel 4.3.5 beinhaltet weitere Informationen zur Anzahl der durch das IAM erhobenen Interviews und zu der für die Sekundäranalyse getroffenen Teilauswahl (Subsample).

[27] Zwei Beispiele, wie sich die IDs zusammensetzen: PD06 (Patient/Patientin [P], Depot [D], sechste/r Patient/in [06]); PS04 (Patient/Patientin [P], Stents [S], vierte/r Patient/in [04]).

[28] Die Bestandteile der Interviewskripte für die Patienten und Patientinnen blieben im Zuge der Pilotierung inhaltlich unverändert, wurden aber durch Notizfelder für Informationen zu Alter, Beruf, Medikamentenplan, Implantatpass (auf Produktebene) und zu bekannten Komorbiditäten erweitert. Das Pilotinterview ging in die Auswertung mit ein.

welchem Ereignis sie in ihrer Erzählung begannen und worauf sie sich fortgesetzt bezogen – welcher Relevanzsetzung sie in ihrer Erzählung folgten.[29] Die Formulierung *von der Zeit des ersten Auftretens bis heute* setzte dennoch einen „temporale[n] Rahmen" (Fischer-Rosenthal und Rosenthal 1997: 141).

Baustein	Formulierung	PT	PVO	PNO
Erzählstimulus	Wir interessieren uns für Menschen, die an einem Glaukom bzw. Grünen Star erkrankt sind. Ich möchte Sie bitten, mir von der Zeit des ersten Auftretens bis heute zu erzählen.	x	x	x
Externe Frage A	Und wie ist es mit den Augentropfen, die Sie nehmen? Erzählen Sie mir bitte davon.	x	x	x
Externe Frage B	Erinnern Sie sich an eine Situation, die dazu geführt hat, dass Sie keine Tropfen verwendet haben? Können Sie mir diese erzählen?	x		
Externe Frage C	Sie stehen unmittelbar vor einer Stent-Operation. Bitte erzählen Sie mir, wie es zu dieser Entscheidung kam (Erwartungen und Therapieziele, Akzeptanz).		x	
Externe Frage D	Sie haben sich einer Stent-Operation unterzogen. Bitte erzählen Sie mir von der Zeit vor der Operation (Erwartungen und Therapieziele, Akzeptanz, Erfahrungen nach der OP).			x
Externe Frage E	Bitte erzählen Sie mir, wie es zur Entscheidung für eine Stent-Operation kam.			x
Externe Frage F	Wenn Interview nicht in der Praxis: Sie haben Ihren Augenarzt/Ihre Augenärztin erwähnt. Bitte erzählen Sie mir von Ihrem letzten Augenarztbesuch.	x	x	x
Externe Frage G	Vor dem Hintergrund Ihrer jetzigen Erfahrungen, was würden Sie anderen Patienten empfehlen?	x		
Externe Frage H	Vor dem Hintergrund Ihrer jetzigen Erfahrungen, was würden Sie sich hinsichtlich der Behandlung ihres Glaukoms/Grünen Stars wünschen?	x	x	x
Externe Frage I	Zum Schluss habe ich noch eine Frage zu einer neuen Idee der Medikamentengabe, die es in dieser Form zurzeit noch nicht gibt. Es ist ein Medikamentenspeicher, welcher unter die Bindehaut des Auges gegeben werden soll und das Medikament über einen längeren Zeitraum freisetzt. Sie als Patient/Patientin mit Glaukom/Grünem Star, was geht Ihnen dazu durch den Kopf?	x		
Externe Frage J	Haben Sie alles erzählt, was Ihnen wichtig erschien oder gibt es noch etwas, das Sie hinzufügen möchten?	x	x	x

Tabelle 1: Inhaltliche Bestandteile der Interviewskripte; PT: Patienten und Patientinnen mit Tropfentherapie, PVO: Patienten und Patientinnen vor Stentoperation[30], PNO: Patienten und Patientinnen nach Stentoperation

[29] Ein gegenüber einem biografisch-narrativen auf die Erkrankung zentrierter methodischer Ansatz begründet sich in den Forschungszielen der Primärstudien und den in diesen zur Verfügung stehenden Ressourcen (siehe dazu Kap. 4.2.1).

[30] In der Studienplanung wurde anvisiert, zu möglichst gleichen Teilen auch Patienten und Patientinnen einzuschließen, die vor einer Mikrostentoperation standen. Bei dieser Gruppe sollten insbesondere die Erwartungen an die Therapie exploriert werden. Aufgrund der Rahmenbedingungen des Rekrutierungsprozesses war ein Einschluss dieser Patientengruppe jedoch nicht möglich. Lediglich eine Person konnte vor der Operation interviewt werden (siehe dazu auch Kap. 4.3.5).

Während der Eingangserzählung dokumentierten die Interviewenden Stichpunkte, aus denen sie offene immanente Nachfragen zur Konkretisierung angesprochener Inhalte formulierten (siehe dazu auch Kap. 4.1.2). Diese bezogen sich z. B. auf erwähnte Zeiten, Personen, Orte, Emotionen und speziell in dieser Studie auf Schlüsselwörter im Kontext der Versorgung des POWG.

Neben dem Erzählstimulus wurden in den Skripten die Bestandteile zur (A) Erhebung der Erfahrungen mit den Augentropfen, (F) der Schilderung des letzten Augenarztbesuches, (H) der persönlichen Wünsche für die Behandlung des Glaukoms sowie (J) der Abschlussfrage nach möglichen Ergänzungen der bisherigen Erzählung im Wortlaut einheitlich verwendet (Tab. 1).

Zu (A): Aus den ärztlichen Interviews der Primärstudien ging hervor, dass bei der Behandlung des POWG offenbar im Sinne einer stufenweisen Therapieeskalation vorgegangen wird, in deren Rahmen die medikamentöse Therapie zumeist initial zum Einsatz zu kommen scheint (Gedde u. a. 2021: 97; Helbig u. a. 2021: 305). Alle eingeschlossenen Personen mussten demnach Erfahrungen mit der Anwendung von Antiglaukomatosa haben.

Zu (F): Die Aufforderung, von der letzten augenärztlichen Konsultation zu erzählen, sollte unverfänglich Einblicke in den Versorgungskontext (z. B. die Einschätzung der Konsultationsdauer oder Charakteristika der Augenarztpraxis), die Arzt-Patienten-Beziehung und in Entscheidungsfindungsprozesse gewähren und darauf Bezug nehmende immanente Fragen ermöglichen.[31] Dadurch, dass die Augenärzte/-ärztinnen die Patienten/Patientinnen vermittelten (siehe dazu Kap. 4.2.2), konnten alle über den letzten Augenarztbesuch berichten.

Zu (H): Die Frage nach Wünschen hinsichtlich der persönlichen Behandlung sollte indirekt mögliche Potenziale zur Verbesserung der Patientenversorgung aus Sicht der Erkrankten offenlegen. Diese können auf Missstände bzw. den Status quo der Diagnostik und Therapie des POWG unter Alltagsbedingungen verweisen.

Abweichungen in den beiden Skripten zeigen sich hinsichtlich der Fragen (B) zum Vergessen der Tropfeneinnahme, (D) zur Zeit vor der Mikrostentoperation und den Erfahrungen danach, (E) zur Entscheidungsfindung hinsichtlich der Stentoperation, (G) zu Empfehlungen an andere Patienten und Patientinnen sowie (I) zu der Einschätzung der Idee eines Medikamentendepots unter der Bindehaut (Tab.1). Alle der in dieser Aufzählung genannten exmanenten Fragen waren nur in einem der beiden Skripte integriert.

[31] Der interviewten Person sollte nicht der Eindruck vermittelt werden, dass das Interview dazu dient, die persönliche Beziehung zum und die Behandlung der jeweiligen Augenärztin bzw. des Augenarztes auszukundschaften und einer (wissenschaftlichen) Bewertung zuzuführen. Dies brächte die interviewte Person möglicherweise durch die antizipierte Verantwortung von möglichen Konsequenzen für die Behandelnden in ein Spannungsverhältnis, in dessen Folge sie eine Verschlechterung der Arzt-Patienten-Beziehung und der persönlichen Versorgung fürchten könnte (siehe dazu auch die Ausführungen Schützes zu „Personal-Fragen“ (1977: 24f.). Mehrfach ließen sich im Rahmen der in dieser Studie erhobenen Interviews Aussagen identifizieren, in denen sich die Vorsicht bei Aussagen über die behandelnden Augenärzte und -ärztinnen dokumentierte.

Zu (B): Mit der Frage, ob sich die jeweilige Person an eine Situation erinnern könne, die dazu führte, dass die Augentropfen nicht eingenommen werden konnten, sollte das Thema Adhärenz auf eine nicht konfrontative Weise stimuliert werden. Von besonderem Interesse waren dabei beschriebene Umstände im Alltag und Ansichten der Betroffenen, die zu einer verminderten oder einer besonders ausgeprägten Adhärenz führten.

Zu (D) und (E): Mit den Fragen zu den Erfahrungen zu der Zeit vor bzw. nach der Stentoperation und zum Entscheidungsfindungsprozess sollte die Therapieform aus Sicht der Patienten und Patientinnen evaluiert und Potenziale und Praktiken partizipativer Entscheidungsfindung im Versorgungsalltag in den Blick genommen werden.[32]

Zu (G): Die Frage nach Empfehlungen an andere Patienten und Patientinnen zielte auf die Reflexion und Bilanzierung des bisherigen Therapieprozesses. Neben abrufbaren Erfahrungen sollte durch diesen Eintrag ins Interview auch die Auseinandersetzung mit dem individuellen Verhalten und daraus resultierenden Konsequenzen stimuliert werden.

Zu (I): Die Bitte um die Einschätzung der Idee eines subkonjunktivalen Medikamentendepots sollte potenzielle Bedenken und Ängste, aber auch Hoffnungen und Interesse in Bezug auf diese mögliche Therapieform explorieren.[33] Die Idee wurde unter Verwendung einer Grafik veranschaulicht.

Die Informationen zu Alter, Beruf, Medikamentenplan, Implantatpass (auf Produktebene) und zu bekannten Komorbiditäten der Patienten und Patientinnen wurden durch die Interviewenden am Ende mit geschlossenen Fragen erhoben. Die Angaben dienten der Beschreibung der Gruppe der Interviewten im Überblick (Kap. 4.3.5) und der Interviewten in den Fallrekonstruktionen (Kap. 5.1). Darüber hinaus unterstützten die Informationen den Interpretationsprozess, da sie die in der Erzählung gewonnenen qualitativen Daten ggf. ergänzten und eine Korrektivfunktion für Auslegungen haben konnten.[34]

---

[32] Eine gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making, SDM) bietet sich bspw. an, wenn der Nutzen und Schaden einer Therapie wissenschaftlich noch nicht vollends gesichert, für eine neue Therapieform aber Behandlungspotenziale festgestellt wurden (Charles u. a. 1999: 782; zu SDM in der Versorgung chronischer Krankheiten siehe auch Zoffmann u. a. 2008). Da es sich bei der MIGS mit Stents um Therapievarianten handelt, deren Sicherheitsprofil, Wirksamkeit sowie Nebenwirkungen und Komplikationen durch RCT erst über längere Untersuchungszeiträume weiter festgestellt und gesichert werden müssen (siehe auch Kap. 2.1), rückt der partizipative Entscheidungsfindungsprozess für den Einsatz von Mikrostents in den Fokus einer qualitativen ophthalmologischen Versorgungsforschung. Bislang gibt es offenbar kaum veröffentlichte Hinweise und Studien hinsichtlich operativer und postoperativer Erfahrungen mit der Technologie aus Patientenperspektive (Poitras u. a. 2019: 119–32).

[33] Vor dem Hintergrund des Entwicklungsprozesses eines derartigen Depots in anderen Teilprojekten von RESPONSE war von Interesse, welche Fragen sich die Patienten und Patientinnen stellen bzw. was sie sich von einer derartigen Therapie versprechen. Für die Entwickler/Entwicklerinnen und forschenden Augenärzte/Augenärztinnen waren daran anknüpfend die Bedingungen, unter denen sich die Patienten/Patientinnen eine Therapie mit einem derartigen Depot vorstellen können, von besonderer Bedeutung. Insbesondere Gedanken zu einer möglichen Mindestdauer der Medikamentenabgabe oder zur Wiederholbarkeit des Eingriffs standen dabei im Fokus, da diese, so die Hypothese, mit der Akzeptanz und Bereitschaft zu einer derartigen Therapie assoziiert sind.

[34] Aufgrund des uneinheitlichen Gebrauchs von Medikamentenplänen und Implantatpässen und der diesbezüglichen Unsicherheit der Patienten und Patientinnen im Antwortverhalten lagen die entsprechenden Daten jedoch nicht für jeden Fall und nicht vollumfänglich vor. In der Konsequenz gingen diese Daten nur nach genauer Prüfung und Vergleich der

4.3 Ausgestaltung der qualitativen Sekundäranalyse

4.3.1 Chancen eines sekundäranalytischen Vorgehens

Qualitative Sekundäranalysen bieten vor dem Hintergrund sich verändernder Wissensbestände die Möglichkeit, Forschungsergebnisse zu prüfen und (neu) zu bewerten. Zudem kann das Erkenntnispotenzial erhobener Forschungsdaten über primäre Forschungszwecke hinaus identifiziert und dieses unter Anwendung neuer, der Beschaffenheit des Materials entsprechender Forschungsfragen und diesen zweckdienlicher Methoden ausgeschöpft werden (Heaton 2004: 16; Witzel, Medjedović, und Kretzer 2008: 12–20). Bestehende Daten und die zu deren Erhebung eingesetzten Ressourcen (z. B. Zeit, Expertise, öffentliche Gelder und Forschungsinfrastruktur) können durch weitere, *sekundäre* Analysen nachhaltig genutzt werden. Qualitative Studien, in denen z. B. die Transkripte und Memos bisweilen stundenlanger themenzentrierter narrativer oder biografischer Interviews mit interpretativen Methoden wie der Grounded Theory (Glaser und Strauss 2010; Glaser und Tarozzi 2011) ausgewertet werden, können bspw. durch Materialumfang, Gruppenanalysen und Dokumentationsanforderungen verhältnismäßig viele Ressourcen binden. Die nachhaltige Verwertung qualitativer Daten adressiert aus forschungsethischer Perspektive dabei auch einen rücksichtsvollen Umgang mit (potenziellen) Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen, die es insbesondere bei sensiblen Themen oder als Angehörige einer vulnerablen Gruppe zu schonen gilt (Witzel, Medjedović, und Kretzer 2008: 12f.).[35]

Die Möglichkeit, die Interviewdaten der Primärstudien ggf. sekundäranalytisch auszuwerten, wurde bereits in der Wahl themenzentrierter narrativer Interviews als Erhebungsmethode angelegt.[36] Obgleich es sich bei den hier einbezogenen Interviews nicht um biografische Interviews handelt, die bei Einbezug der gesamten Lebensgeschichte die größtmögliche Offenheit charakterisiert, sind es auch bei themenzentrierten narrativen Interviews die Erzählungen aus dem Stegreif, also die unvorbereiteten, spontanen Beschreibungen, Argumentationen, Bewertungen und Erlebnisse, die in Anbetracht der Zugzwänge des Erzählens (siehe Kap. 4.1.2) durch eine hohe inhaltliche Komplexität ausgezeichnet und entsprechend gehaltvoll für zusätzliche Analysen unter anderen Fragestellungen sein können (Kreitz 2021: 251–58). Die Patienten und Patientinnen wurden – wenn auch mit

---

Angaben mit den Informationen aus den Erzählungen des Interviews in die Interpretation des jeweiligen Patientenfalls ein.

[35] Der Diskurs um die Nutzung qualitativer Daten für Sekundäranalysen unter Berücksichtigung z. B. der Themen Datenschutz, Digitalisierung, Aufbereitung und Archivierung, Datenzugangsvoraussetzungen sowie der methodologisch und methodisch besprochenen Analysemöglichkeiten in Anbetracht der Kontextgebundenheit von qualitativen Daten kann an dieser Stelle aufgrund des Umfangs und des Forschungsinteresses dieser Untersuchung nicht abgebildet werden. Einsichten gewähren diesbezüglich z. B. die Arbeiten und Übersichten von Moore (2007), Witzel, Medjedović, und Kretzer (2008), Heaton (2008), Halbmayr (2008), Medjedović (2014) sowie Kreitz (2021).

[36] Kreitz (2021) diskutiert die sekundäranalytischen Potenziale narrativer Interviews, auf die sich auch im Rahmen dieser Untersuchung berufen wird.

Fokus auf die Glaukomerkrankung – offen formuliert zum Erzählen aufgefordert (siehe Erzählstimulus in Tab. 1). Dies bot ihnen Raum für (krankheitsspezifische) Themen, die sie selbst als relevant erachteten. Das Antwortverhalten der Interviewten sollte unabhängig der Erzählaufforderung am Anfang möglichst nicht beeinflusst werden, um den Stellenwert der forschungsrelevanten Themen von Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und Ärzten/Ärztinnen gegenüber anderen Akzenten in den Patientenperspektiven ermitteln zu können. Externe Impulse sollten erst in das Interview eingebracht werden, wenn die Patienten und Patientinnen Themen wie die Tropfentherapie oder die Stentoperation nicht eigenständig ansprachen.

Die in dieser Arbeit angewandte qualitative Sekundäranalyse wird nachfolgend durch die Wahl und Beschreibung der Auswertungsmethode, der Daten sowie durch die exemplarische Darstellung des analytischen Vorgehens in ihren Merkmalen und ihrer Form näher beschrieben.

4.3.2 Forschungsimpulse für eine Supplementary Analysis

Die patientenseitigen Interviews sind in Bezug auf die Glaukomerkrankung im Unterschied zu den ärztlichen Interviews durch persönliche Betroffenheit charakterisiert und emotional aufgeladen. Die Erfahrungen mit Glaukom und dessen Behandlung sind dabei eingebettet in einen biografischen Kontext, den die Interviewten unterschiedlich ausgeprägt in ihrer Erzählung entfalteten. Die Themen dieses lebenshistorischen Rahmens und der Lebenslage der Patienten und Patientinnen zum Zeitpunkt der Datenerhebung schienen jedoch unabdingbar zu sein, um z. B. Implementierungsbarrieren und -chancen für Implantatinnovationen in den Primärstudien nicht nur zu identifizieren und zu beschreiben, sondern die diesen zugrundeliegenden patientenseitigen Vorstellungen und Motive in Entscheidungsfindungsprozessen zu verstehen. Mögliche Zusammenhänge zwischen dem Therapieverhalten und der Lebensführung mit den biografischen Erfahrungen wurden durch die Patienten und Patientinnen selbst kaum erwähnt oder beschrieben. Die Patienten und Patientinnen schienen sich derartiger Einflüsse nicht (immer) bewusst zu sein und konnten diese daher auch nicht direkt formulieren. Obwohl ursprünglich eine reine Inhaltsanalyse geplant war (siehe dazu Mayring 2015, 2019), wurden in der Konsequenz in der Auswertung der Patienteninterviews inhaltsanalytische Auswertungsschritte mit Themenanalysen und interpretativen Fallrekonstruktionen kombiniert.[37]

Bei der Auswertung der Patienteninterviews offenbarten sich patientenseitige Annahmen das Krankheitsverständnis berührend, die von medizinisch-professionellen Erklärungen des POWG, wie sie Augenärzte und -ärztinnen vor dem Hintergrund eines

[37] Die Analysegruppe setzte sich aus wissenschaftlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Qualifikationen in den Fachbereichen Gesundheitswissenschaften, Pädagogik, Biologie, Soziologie, Allgemeinmedizin und Augenheilkunde zusammen. Darüber hinaus unterstützten zwei wissenschaftlich tätige Fachärzte der Allgemeinmedizin und der Augenheilkunde die Datenauswertung beratend.

Medizinstudiums (in Deutschland) grundlegend vertreten, abwichen. Die Interviewten thematisierten in diesem Zusammenhang bspw. durch Symptomlosigkeit verursachte Zweifel (an der Erkrankung), alternative Krankheitsursachen oder vom medizinischen Verständnis abweichende Vorstellungen zur Wirkung der Augentropfen (Antiglaukomatosa). In Anbetracht derartiger Hinweise ergab sich die grundlegende Frage, wie Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, das Krankheitsbild verstehen bzw. wie sie sich dieses erklären.

Dieser Forschungsfrage folgend stellt die hier vorliegende Untersuchung hinsichtlich ihres Erkenntnisinteresses im Kontext der Primärstudien eine „supplementary analysis" (Heaton 2008: 39) dar. Bei diesem Typ der Sekundäranalyse nach Janet Heaton wird ein Problem oder Hinweis verfolgt, der sich in den Analysen der Primärstudien zwar zeigte, aber in der Auswertung nicht oder nur teilweise verfolgt werden konnte (ebd.). Die Forschungsziele und das mit der Studienplanung korrelierende methodische Vorgehen in den Teilprojekten von RESPONSE hatten keine tiefgehende Untersuchung des Krankheitsverständnisses von Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, zum Ziel. Veröffentlichungen und Informationen zu möglichen Abweichungen bzw. Einschränkungen des patientenseitigen Krankheitsverständnisses bei Glaukom waren dem Studienteam zu Beginn des Forschungsprojektes nicht bekannt (siehe auch Kap. 2.3). Einsichten in das patientenseitige Krankheitsverstehen könnten in Anbetracht des wissenschaftlichen Diskurses um (Non-)Adhärenz in der Glaukomtherapie jedoch zum Grundlagenwissen für Augenärzte und -ärztinnen avancieren, wenn diese Erkenntnisse verdeutlichten, wie sich die Betroffenen das Krankheitsbild (mit ihren Wissens- und Erfahrungsbeständen) erschließen. Kommunikations- und Aufklärungsstrategien könnten im Sinne der Patientenzentrierung in der ophthalmologischen Versorgung (des POWG) auf die Erkenntnisse und praxisrelevante Implikationen hin geprüft und ggf. neu definiert werden.

Bevor das komparativ-interpretative Vorgehen im Rahmen dieser qualitativen Sekundäranalyse beschrieben wird, sollen zunächst Einblicke in den theoretischen Hintergrund der Methode das (praktische) Verständnis der einzelnen Analyseschritte unterstützen.

4.3.3 Einblicke in die Theorie der Dokumentarischen Methode

Von Ralf Bohnsack (1989) unter Einbezug der Wissenssoziologie Karl Mannheims (1964, 1980) zunächst als Auswertungsverfahren für Gruppendiskussionen entwickelt, wurde die Dokumentarische Methode (DM) im zeitlichen Verlauf auch zur Interpretation von Bildern, Videos und Interviews herangezogen (Nohl 2017: 4, 11f.).[38] In Bezug auf qualitative

[38] Da sich die vorliegende Untersuchung der Anwendung der DM zur Annäherung an ein Forschungsdesiderat widmet und damit selbst keinen methodologischen Diskurs zum Ziel hat, kann unter den formalen Voraussetzungen dieser Arbeit nur eine grundlegende Einführung in die Theorie des Verfahrens erfolgen. Mit *Interview und Dokumentarische Methode – Anleitungen für die Forschungspraxis* Arnd-Michael Nohls (2017) stützen sich die methodischen Ausführungen auf ein

Interviews werden erzählte praktische Erfahrungen rekonstruiert und dargestellt, mittels derer sich (wiederkehrende) Muster bzw. Sinnstrukturen – *Orientierungen* – identifizieren lassen. Diese Orientierungen strukturieren das Handeln der Interviewten und stellen Erklärungsansätze für ihre Handlungspraxis zur Verfügung (Nohl 2017: 4). Methodisch werden in der Analyse und Interpretation verschiedene Sinnebenen unterschieden und auf Karl Mannheim zurückgeführt (siehe dazu Mannheim 1964: 91–154). Nohl fasst die betreffenden Sinnebenen mit Bezug auf Karl Mannheim und Ralf Bohnsack folgendermaßen zusammen:

> 1) Wenn Menschen von ihren Erfahrungen berichten, so lassen sich diese Schilderungen auf ihren wörtlichen, expliziten, d. h. auf ihren ‚immanenten Sinngehalt' hin untersuchen. Innerhalb des immanenten Sinngehaltes ist noch einmal zu unterscheiden zwischen dem subjektiv gemeinten, ‚intentionalen Ausdruckssinn' und dem ‚Objektsinn' (ebd.). Während es sich bei Ersterem um Absichten und Motive des/der Erzählenden handelt, geht es bei Letzterem um die allgemeine Bedeutung eines Textinhalts oder einer Handlung.
> 2) Vom immanenten Sinngehalt unterscheidet Mannheim den ‚Dokumentsinn' (ebd.). Bei diesem dokumentarischen Sinngehalt wird die geschilderte Erfahrung als Dokument einer Orientierung rekonstruiert, die die geschilderte Erfahrung strukturiert. Der Dokumentsinn verweist auf die Herstellungsweise, auf den ‚modus operandi' (Bohnsack 2014, S. 61) der Schilderung. Es geht hier darum, *wie* [Hervorhebung im Original] der Text und die in ihm berichtete Handlung konstruiert ist, in welchem Rahmen das Thema (etwa eines Interviewtextes) abgehandelt wird, d. h. in welchem ‚Orientierungsrahmen' (ebd., S. 137) eine Problemstellung bearbeitet wird. (Mannheim 1964: 91–154 und Bohnsack 2014: 61, 137 zit. nach Nohl 2017: 4)

Es ist folglich nicht nur entscheidend, *was* in einem Interviewabschnitt gesagt wird, sondern vor allem *wie* es gesagt wird und wie das Gesagte thematisch eingebettet ist. Die Rekonstruktion des Orientierungsrahmens, durch den ein Thema (kognitiv) strukturiert wird, soll auch dem Phänomen sozial erwünschter Antworten (z. B. aufgrund hierarchischer Arzt-Patienten-Beziehungen) Rechnung tragen. Die Interviews werden nicht nur in der Gesamtschau betrachtet und Textpassagen miteinander in Beziehung gesetzt[39], die Analyse der Art und Weise, wie über ein Thema gesprochen wird, vermag auch latente Sinnebenen offenzulegen. Erzählungen und Antworten im Interview können auf ihre Konsistenz geprüft werden.

Verborgene Bedeutungsstrukturen, wie sie hier angedacht sind, berühren auch das theoretische Konstrukt des „atheoretischen" Wissens, das auf Karl Mannheim (1980: 73) zurückgeführt wird. Mit diesem Terminus wird ein Wissen bezeichnet, von dem wir hinsichtlich unserer Handlungen Gebrauch machen, „ohne dass wir es alltagstheoretisch auf den Punkt bringen und explizieren müssten" (Nohl 2017: 6). Mannheim exemplifiziert dies am Beispiel des Knotenbindens, das wir praktisch erleben und inkorporieren, nach einer

---

Einführungswerk, das explizit die Anwendung der DM zur Analyse qualitativer Interviews exemplifiziert. Im Sinne *guter wissenschaftlicher Praxis* (DFG 2022) soll hier betont sein, dass die Ausführungen Nohls zur Grundlage und zum Ausgangspunkt der Recherche zur DM genommen wurden, weshalb diese vorrangig als Belege fungieren.

[39] Dieses Vorgehen unterscheidet sich z. B. von der Ableitung eines Kategorienbaumes, wie er häufig in der Inhaltsanalyse zum Einsatz kommt (Mayring 2015).

Beschreibung des Vorgangs gefragt aber kaum oder nur mit viel Mühe in Worte fassen und verbal veranschaulichen können (Mannheim 1980: 73). Bohnsack u. a. folgend kann das atheoretische Wissen als Teil des „habituellen Handeln[s]“ (1995: 11) gefasst werden, das wir in Familien, Gruppen und Milieus durch eine „gemeinsam erlebte Handlungspraxis und den daraus resultierenden Gemeinsamkeiten der Erlebnisschichtung“ (ebd.) annehmen und verinnerlichen. In einfacher Form sind dies z. B. Handlungen des täglichen Lebens wie das Telefonieren oder das Fahrradfahren (Nohl 2017: 6). Bemerkbar wird dieses verinnerlichte Wissen dann, wenn wir gezwungen sind, unsere Handlungen gegenüber Personen zu erklären, die über dieses Wissen nicht verfügen (ebd.). Dann wird es notwendig, das Prinzip, die Technik, den Hintergrund oder die Logik einer Handlung so zu durchdenken und in Worte zu fassen, dass wir sie einer anderen Person verständlich machen können. Das verinnerlichte Wissen wird expliziert. Darin deutet sich an, dass atheoretisches Wissen für Menschen ein- und ausschließend sein kann, je nachdem ob sie über die jeweiligen Wissensbestände verfügen oder nicht. Es verweist auf eine „gleichartig[e] Handlungspraxis und Erfahrung“ (ebd.: 7) oder das Fehlen dieser. Wenn es sich um ein geteiltes Wissen handelt, spricht Karl Mannheim auch von einer „konjunktiven Erfahrung“ (1980: 225).

Um den Orientierungsrahmen, der ein Thema oder Problem strukturiert, und das atheoretische Wissen der interviewten Person zu identifizieren, findet in der DM eine komparative Sequenzanalyse Anwendung. Dabei wird innerhalb des Interviews ein erster initialer Erzählabschnitt eines Themas zum Ausgangspunkt der Suche nach weiteren, sich diesem anschließenden, kohärenten Erzählabschnitten genommen. Die identifizierten Passagen werden hinsichtlich ihrer Beziehung zueinander und ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede miteinander verglichen (Nohl 2017: 8).

Die Aufgabe der Analyse ist es dann, über den konsequenten Vergleich das (unbewusste) Ordnungsprinzip einer Person, entlang dessen ein Thema über alle diesem zuordenbare Erzählabschnitte hinweg betrachtet und bewertet wird, herauszuarbeiten (Nohl 2017: 8). Das z. B. auf persönlichen Erfahrungen beruhende Ordnungsprinzip bildet den Orientierungsrahmen – die Orientierung eines Menschen bei der persönlichen Auseinandersetzung mit einem Thema.

Die komparative Analyse erstreckt sich dabei nicht nur auf die Gegenüberstellung von Sequenzen zu einem Thema innerhalb eines Falls. Zur Bestimmung und Begründung eines Orientierungsrahmens werden weitere Fälle hinzugezogen, in denen das untersuchte Thema angesprochen wurde. In Abgrenzung der Bearbeitungsweise eines Themas in einem Fall zu einer von dieser unterscheidbaren Bearbeitungsweise desselben Themas in anderen Fällen schärft sich die Charakterisierung des jeweiligen Orientierungsrahmens, wodurch dieser in seinem Bestehen zugleich analytisch legitimiert wird (Nohl 2017: 8). Die Gegenüberstellung weiterer Interviews, in denen dasselbe untersuchte Thema relevant geworden ist, entlastet die interpretierende Person (oder Gruppe) insofern, als nicht (ausschließlich)

eigene Referenzmaßstäbe herangezogen werden müssen, um die Aussagen der Interviewten zu deuten und latente Sinnebenen zu erschließen (ebd.: 9).

4.3.4 Analytisches Vorgehen

Das folgende Kapitel legt dar, wie sich der Unterscheidung zwischen dem immanenten Sinngehalt und dem Dokumentsinn in Anlehnung an die DM praktisch angenommen wurde und beschreibt in diesem Zusammenhang die Arbeitsschritte der Interviewanalyse.

Fallarbeit in der interdisziplinären Analysegruppe

Um den Einfluss persönlicher Prägungen des Autors bei der Interviewinterpretation nicht ausschließlich mittels Reflexion zu kontrollieren, wurden alle einbezogenen Fälle in einer interdisziplinären Analysegruppe interpretativ diskutiert. Das Forum setzte sich aus vier wissenschaftlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit originären Qualifikationen in den Fachbereichen Gesundheitswissenschaften, Pädagogik und Soziologie und langjährigen Erfahrungen in der Versorgungsforschung mit qualitativen Interviews zusammen. Zudem pflegte der Autor den methodischen Austausch mit weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen aus den Sozialwissenschaften. Hinweise die kognitive Verfassung der Interviewten betreffend (z. B. auf psychische Erkrankungen, Coping, belastende Lebensereignisse) besprach der Autor unter Wahrung des Schutzes der persönlichen Daten in freier Zusammenarbeit mit einer Fachärztin für Psychosomatik. Diese Gespräche ermöglichten – neben denen in der interdisziplinären Analysegruppe – auch Erleichterung des Autors von belastenden Erfahrungen in der Interviewanalyse.[40]

In Vorbereitung auf die Fallarbeit wurden alle Teilnehmenden der Analysegruppe dazu aufgefordert, das jeweilige Interview zu lesen. Am Anfang einer jeden Sitzung teilten die Interpretierenden nacheinander zunächst ihre persönlichen Affekte und Assoziationen, die sie beim Lesen des ausgewählten Interviews wahrgenommen haben, spontan, ohne tiefergehende Begründungen und direkte Rückbindung an das Material mit. Dieser Arbeitsschritt ist der Tiefenhermeneutik (Lorenzer 1986) als psychoanalytisch-interpretativer Analysemethode entlehnt.[41] Bei König heißt es zum Verständnis der Methode:

> Da die Tiefenhermeneutik eine Inhaltsanalyse mit einer Wirkungsanalyse kombiniert, beruht die Methode nämlich auf zwei unterschiedlichen Formen des Verstehens: Der manifeste Sinn des Textes, im Zuge dessen Inhalt und Form analysiert werden, erschließt sich einem kognitiven Verstehen, im Rahmen dessen kulturelle Objektivationen als diskursive Symbolsysteme aufgefasst werden, die

[40] Die Patienten und Patientinnen nutzten die Interviews ihrerseits offenbar auch zur Entlastung in Bezug auf (innere) Konflikte und einschneidende Erlebnisse. Die monatelange intensive sequenzielle Auseinandersetzung mit den Erzählungen chronisch kranker, teilweise stark belasteter Patienten und Patientinnen löste wiederkehrend Affekte und Stimmungen beim Autor aus, die dieser durch entlastende Gespräche zu bewältigen suchte. Es galt aus Sicht des Autors zu vermeiden, dass sich diese (zunächst unbewussten) Eindrücke im Sinne der Gegenübertragung in der Interpretation wieder auf das Material richteten.

[41] Der Autor nahm an zwei mehrtägigen praktischen Methodenworkshops zur Tiefenhermeneutik unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Dieter König teil.

> der Logik und Grammatik einer Sprache folgen. Der latente Sinn des Textes wird hingegen durch ein affektives Verstehen erschlossen, im Zuge dessen der Text als ein präsentatives Symbolsystems betrachtet wird, ein Gefüge von Szenen und Bildern, deren Bedeutung über die Wirkung auf das eigene Erleben erfasst wird. (König 2019: 37)

Das *affektive Verstehen* wird für die Interviewanalyse insofern nutzbar gemacht, als die wahrgenommen emotionalen Impulse und Leseeindrücke der Interpretierenden auf „Inkonsistenzen der im Text arrangierten Lebenspraxis" (Lorenzer 1990 zit. nach König 2019: 31) und damit auf einen hinter dem manifesten Sinn verborgen liegenden latenten Sinn der Erzählungen verweisen.[42] Zudem werden unterschwellige Stimmungen und unbewusste Sichtweisen der Analysierenden auf den jeweiligen Fall hervorgelockt und können so in der Gruppe reflektiert werden. Dies führt dazu, dass auf eine anfangs durchaus gewollte Involvierung und Annäherung an den Fall durch das eigene affektive Erleben des Interviews beim Lesen eine professionelle Distanzierung folgt. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden der Analysegruppe wurden dokumentiert und in Form von abgeleiteten Fragen auf das Material gerichtet. Wenn eine Person, deren Interview Gegenstand der Analyse war, durch eine interpretierende Person z. B. als kontrolliert wahrgenommen wurde, stellte sich in der Diskussion die Frage, welche Anhaltspunkte und Erzählabschnitte für diesen Eindruck Zeugnis waren und warum. Auf diese Weise ließen sich Strukturhypothesen, die zur Charakterisierung des Falls aufgestellt wurden, empirisch erhärten oder entkräften.

Der Schwerpunkt der Gruppenarbeit lag jedoch auf der vollständigen sequenziellen Analyse der Eingangserzählung, dem Abschnitt des Interviews, der direkt auf den Erzählstimulus folgte und in dem die Patienten und Patientinnen ihre persönliche Agenda von Fragen des Interviewers unbeeinflusst verfolgten (Nohl 2017: 31). Dabei wurde jeder einzelne Satz bzw. Erzählabschnitt auf dessen immanenten Sinngehalt (*Was wird erzählt?*) und den Dokumentsinn (*Wie wird es erzählt?*) hin analysiert und mit Erzählabschnitten und Informationen aus dem restlichen Interview ins Verhältnis gesetzt. Der Autor erinnerte – als Analysierender, aber auch in Funktion der Moderation der Sitzungen – immer wieder an das Screening auf sprachliche Besonderheiten wie auffällige Pausen, Satzabbrüche, Themenwechsel, Informationsdichte, Wortwahl, Vokabular und Metaphern, die in der Gruppendiskussion aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet wurden. Vergleichshorizonte bildeten die gleichen Themen zuordenbaren Erzählabschnitte anderer Interviews und die aus diesen abgeleiteten Fallcharakteristika. Diese wurden dem jeweiligen Fall gegenübergestellt, um diesen in seinen Merkmalen näher bestimmen zu können (komparative Analyse). Die Diskussionen wurden tonaufgezeichnet, durch den Autor vollständig ausgewertet und in die darauffolgenden Fallanalysen miteinbezogen.

[42] In der DM entspricht dieser latente Sinn (wohl) dem oben beschriebenen Dokumentsinn (siehe dazu Kap. 4.3.3).

Identifizierung relevanter Erzählabschnitte

In einem weiteren Arbeitsschritt erfolgte eine tabellarische Themenanalyse für jedes Interview (Nohl 2017: 30f.). Diese gab einen Überblick darüber, welche Themen für die jeweilige interviewte Person (in Assoziation mit dem offenen Erzählstimulus) relevant waren, welche Unterthemen diese darin ansprach und welche Themen in der Erzählung aufeinander folgten (siehe dazu exemplarisch Anhang 1). Die inhaltliche Struktur des Interviews komprimiert überschauen zu können, ermöglichte zudem, wiederkehrende Themenstellungen auszumachen. Dies ist insofern von Bedeutung, als neben Passagen, die im Zusammenhang mit der Forschungsfrage dieser Arbeit von besonderem Interesse waren, auch Themen, „zu denen sich die befragten Personen besonders ausführlich, engagiert und metaphorisch geäußert haben" (Nohl 2017: 30), für die Analyse ausgewählt wurden. Denn für diese ist anzunehmen, dass sie für die Interviewten von besonderer Relevanz sind.

Zur Orientierung und Einschätzung des Umfangs der Erzählabschnitte im Vergleich zu anderen Erzählabschnitten und in Bezug auf das gesamte Interview wurde der entsprechende Seiten- und Zeilenbereich dokumentiert. Daneben erfolgte ein Vermerk, ob das jeweilige Thema (eher) durch den Erzählstimulus, eine immanente (IN) oder eine exmanente Nachfrage (EN) (weiter) stimuliert oder aus eigenem Antrieb von der Person angesprochen wurde (siehe dazu exemplarisch Anhang 1).

Die tabellarischen Themenanalysen wurden kontinuierlich in den Analyseprozess einbezogen, da es neu hinzugekommene Arbeitshypothesen aus anderen Interviews für den jeweiligen Fall fortwährend zu überprüfen galt.

Zur Unterscheidung zwischen dem immanenten Sinngehalt (*Was wird erzählt?*) und dem Dokumentsinn (*Wie wird es erzählt?*) wurde der Interpretationsprozess sowohl in den Gruppenanalysen als auch in den Einzelanalysen des Autors fortwährend in die „formulierende" und in die „reflektierende Interpretation" (Nohl 2017: 30–35) gezweiteilt.

Formulierende Interpretation: WAS wird erzählt

In der formulierenden Interpretation wurden die als relevant identifizierten Erzählabschnitte des Interviews mit den Worten der Interpretierenden/des Interpreten und in ganzen Sätzen reformuliert (siehe dazu exemplarisch Anhang 2). Dabei galt es darauf zu achten, den Inhalt nicht durch die Verwendung von Fachbegriffen und eher entfernten bzw. anders konnotierten Synonymen zu erweitern oder zu entfremden (Nohl 2017: 31). Das Wissen um den Verlauf und weitere Inhalte des Interviews (Kontextwissen) sollte bei der Reformulierung der jeweiligen Sequenz unberücksichtigt bleiben. Die formulierende Interpretation befasste sich demnach mit jenem Wissen, dass durch die Interviewten explizierbar, ihnen bewusst und zugänglich war. Darüber hinaus stellte die Sensibilisierung der Teilnehmenden der Analysegruppe und des Autors für den (unbewussten) Interpretationsprozess, der kontinuierlich vollzogen wird, wenn wir mit anderen Menschen kommunizieren oder Texte zu verstehen suchen, ein weiteres Ziel dieses Arbeitsschrittes dar. Mittels

Reformulierung den thematischen Gehalt eines jeden Analyseabschnitts zu bestimmen, sollte die Interpretierenden in eine analytische Distanz zur Texteinheit versetzen, die sie z. B. vermeintlich eindeutige Begrifflichkeiten hinterfragen ließ und eine kritisch-wissenschaftliche Perspektive auf das Material unterstützte (Schäffer zit. nach Nohl 2017: 31). Es ging darum, die Interviews nicht im Modus von Alltagsdeutungen (derer sich auch die Analysierenden unbewusst bedienen) zu lesen und inhaltlich zu erfassen, sondern durch eine regelgeleitete wissenschaftliche Analyse eine kritische Reflexion zu erwirken und einer empirisch fundierten, materialgebundenen Arbeitsweise zu folgen (Bohnsack 2010: 40–44; Bohnsack, Hoffmann, und Nentwig-Gesemann 2018: 13).

Reflektierende Interpretation: WIE wird es erzählt

An die Rekonstruktion des *Was-wird-erzählt* schließt die formale Interpretation und Textsortentrennung als Teil der reflektierenden Interpretation an (Nohl 2017: 32–35). Dabei werden innerhalb der zu analysierenden Erzählabschnitte die Textsorten *Erzählung*, *Beschreibung*, *Argumentation* und *Bewertung* unterschieden (ebd.).[43]

Das Ziel der formalen Interpretation und Textsortenbestimmung bestand für die ausgewählten Erzählabschnitte der hier vorliegenden Interviewanalyse jeweils darin, zu ermitteln, wann die Interviewten anhand von Erzählungen und Beschreibungen über eigenerlebte Erfahrungen berichteten und wann sie demgegenüber theoretisch Stellung zu einem Thema bezogen und dabei z. B. auf die Erfahrungen anderer Personen, Hörensagen oder öffentlich zugängliche Informationen Bezug nahmen.[44]

In der Anwendung stellte diese Differenzierung jedoch eine Herausforderung dar. Die Textsorten wechselten sich in den Ausführungen der Interviewten nicht nur ab, sondern griffen auch verflochten ineinander (siehe dazu exemplarisch Anhang 2). Persönliche Erfahrungen wurden z. B. mit Hörensagen oder den Erfahrungen anderer untermalt und standen in den Schilderungen gewissermaßen miteinander in Beziehung. Je nach Erzählkompetenz der interviewten Person traten Satzabbrüche, abrupte Themenwechsel und zunächst nicht zuordenbare Zusatzinformationen in Erscheinung. Die Textsorten ließen sich in der

[43] Nohl fasst die Textsorten unter Einbezug Fritz Schützes folgendermaßen zusammen: „Erzählungen zeichnen sich dadurch aus, dass in ihnen der Informant Handlungs- und Geschehensabläufe darstellt, die einen Anfang, ein Ende und einen zeitlichen Verlauf haben. Beschreibungen zeichnen sich dadurch aus, dass in ihnen immer wiederkehrende Handlungsabläufe oder feststehende Sachverhalte (z. B. ein Bild, eine Maschine) dargestellt werden. Argumentationen sind (alltags-)theoretische Zusammenfassungen zu den Motiven, Gründen und Bedingungen für eigenes oder fremdes Handeln (vgl. Schütze 1987, S. 148). Bewertungen sind evaluative Stellungsnahmen zu eigenem oder fremdem Handeln.“ (Schütze 1987: 148 zit. nach Nohl 2017: 32)

[44] Mit Blick auf die Ausführungen in Kapitel 4.1.2 sind es die freien Erzählungen eigenerlebter Erfahrungen von Interviewten, die Rückschlüsse auf deren Handlungswirklichkeit und ihre entsprechenden Orientierungen im alltäglichen Leben und damit auf ihre Weltsicht zulassen (Schütze 1976a, 1976b zit. nach Schütze 1977: 1). *Erzählungen* und *Beschreibungen* verweisen auf verinnerlichte, unbewusste Wissensstrukturen der Interviewten (atheoretisches Wissen), die deren Handlungspraxis strukturieren. *Argumentation* und *Bewertung* verweisen demgegenüber auf Wissensstrukturen, die durch die Interviewten zur Darlegung ihrer Handlungsmotive eingesetzt werden und ihnen damit zugänglich sind (Nohl 2017: 32–35). Auf Mannheim zurückgeführt werden diese explizierbaren Strukturen als „kommunikative Ebene“ (Mannheim 1980: 289), als *kommunikatives Wissen* verstanden.

Folge praktisch nicht so einfach voneinander trennen, wie es die methodische Theorie vorsah. Die Ausdifferenzierungen bildeten mitunter sehr komplexe, verschachtelte Strukturen der Textsortenbestimmung innerhalb einzelner Erzählabschnitte. In der Konsequenz galt es vor allem festzustellen, wann eigenerlebte Erfahrungen, die auf die Handlungspraxis und das darin eingelassene atheoretische Wissen der betreffenden Person verweisen, im Vordergrund der Ausführungen standen und wann Argumentationen und Bewertungen auf Grundlage von Wissensbeständen außerhalb des persönlichen Erfahrungswissens die Ausführungen dominierten.

Um das atheoretische Wissen herauszuarbeiten, wurde in einem zweiten Schritt der reflektierenden Interpretation der Orientierungsrahmen, in dem die Glaukomerkrankung als Thema durch die interviewte Person bearbeitet wurde (Kap. 4.3.3), rekonstruiert. Ziel war es, anhand der Schilderungen eigenerlebter Erfahrungen die Handlungspraxis der jeweiligen Person und deren „implizite Regelhaftigkeit" (Bohnsack 2001 zit. nach Nohl 2017: 37) zu bestimmen, von der aus das Krankheitsverständnis in Bezug auf das Glaukom abgeleitet und charakterisiert wurde. In Anlehnung an die DM und das von Arnd-Michael Nohl (2017: 35–41) beschriebene Vorgehen analysierte der Autor (ergänzt durch die Gruppenanalysen) sowohl die Eingangserzählung und direkte Bezüge zum Krankheitsverständnis als auch informativ verdichtete, metaphorische und umfangreiche Erzählabschnitte, die für die Interviewten relevant zu sein schienen. In der Zusammenschau thematisch zuordenbarer Erzählabschnitte wurden durch die Auseinandersetzung mit dem *Wie-wird-es-gesagt* (der einzelnen Erzählabschnitte) kontinuierliche Zusammenhänge innerhalb eines Falls identifiziert. Die Bearbeitungsweise eines Themas in einem Fall wurde den Bearbeitungsweisen dieses Themas – sofern es Teil der Ausführungen war – in anderen Fällen gegenübergestellt, um den jeweiligen Orientierungsrahmen in Abgrenzung zu unterschiedlichen und ähnlichen Orientierungsrahmen charakterisieren zu können.[45]

Im Rahmen des systematischen sequenziellen Analyseverfahrens erarbeitete der Autor für jedes der ausgewählten Interviews eine Fallrekonstruktion, die gegliedert in drei Teile ([1] Person und Interviewsituation, [2] Umgang mit Krankheit und Therapieerleben, [3] Perspektive auf die Glaukomerkrankung) die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten zusammenfassend vorstellt und die Themenschwerpunkte der Interviews entfaltet (Kap. 5.1).

In einem nächsten Schritt der Abstraktion wurden die einzelnen Orientierungsrahmen beschrieben, in denen die Patienten und Patientinnen die Glaukomerkrankung (unbewusst) bearbeiteten (Kap. 5.2). Sowohl die Fallrekonstruktionen als auch die Ausarbeitungen zu

[45] Zur Erinnerung: Patientennahe empirische Vergleichshorizonte in Form anderer Patientenfälle stellen im Interpretationsprozess ein empirisches Korrektiv zu den persönlichen Prägungen des interpretierenden Autors und der Analysierenden der interdisziplinären Gruppe dar (Nohl 2017: 34, 40).

den Orientierungsrahmen dokumentieren den Herleitungszusammenhang der Interpretationen.[46]

Vergleich der Orientierungsrahmen

Während des Interpretationsprozesses wurde kontinuierlich eine fallübergreifende Perspektive eingenommen, aus der zum einen in ihrer Charakteristik voneinander unterscheidbare Orientierungsrahmen für sich hervorgingen, die es zum anderen aber auch ermöglicht, Gemeinsamkeiten und Unterschiede über die Orientierungsrahmen hinweg zu identifizieren. In dem als „sinngenetische Typenbildung" (Nohl 2017: 41–43) bezeichneten Vergleich der Orientierungsrahmen sollen potenzielle Muster[47] in der Bearbeitungsweise der Glaukomerkrankung bestimmt werden, die ganze Patientenkollektive hinsichtlich ihres Krankheitsverständnisses und ihres Umgangs mit Glaukom zu definieren helfen. Dabei galt es Fälle bzw. Bearbeitungsweisen zu identifizieren, die einander ähnlich waren (minimale Kontraste) oder sich deutlich voneinander unterschieden (maximale Kontraste) (ebd.: 37–39). Beispielsweise war die (größtmögliche) Verantwortungsabgabe an die behandelnden Augenärzte und -ärztinnen als Bearbeitungsweise der Glaukomerkrankung in mehreren Fällen zu finden (minimale Kontraste), obgleich sich die zugrundeliegenden Orientierungsrahmen unterschieden. Diesen eher paternalistischen Verhaltensmustern standen Bearbeitungsweisen entgegen, die durch Erkenntnisinteresse und Eigeninitiative charakterisiert waren und mit einer Verantwortungsübernahme bei der Aufklärung/Aneignung von Wissen und der Verhaltensanpassung einhergingen (maximale Kontraste).

4.3.5 Beschreibung von Datenzugang und Datenbasis

In den Primärstudien wurden zwischen Dezember 2017 und Mai 2018 insgesamt 21 Patienten und Patientinnen interviewt (Tab. 2). Eine Person wurde sowohl vor als auch nach einer geplanten Mikrostentsetzung und damit zweimal interviewt (siehe dazu Kap. 4.2.3). Die 25–105 min langen Interviews wurden tonaufgezeichnet, pseudonymisiert und mittels der Software F4 vollständig transkribiert. Zusammengenommen umfassten die Daten etwa 20,7 h Audio-aufnahme. Die Transkripte der Interviews, die studentische Hilfskräfte anfertigten und wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Abgleich mit den Tonaufnahmen anschließend kontrollierten, wurden den Interviewten (zur Kommentierung

[46] Um an dieser Stelle noch einmal den Einfluss der Individualperspektive des Autors zu kontrollieren, lasen zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Analysegruppe die Entwürfe der Ergebnispräsentation inhaltlich Korrektur. Ihre Anmerkungen wurden unter Einbezug der Interviewtranskripte, der Tonaufnahmen der Gruppenanalyen sowie der Dokumentation der formulierenden und reflektierenden Interpretation geprüft und flossen in die Überarbeitungen ein.

[47] Im Rahmen dieser Arbeit wurde sich bewusst für den Begriff *Muster* anstelle der Begriffe *Typus*, *Typen*, *Typik* und *Typologie* entschieden, da die Anzahl der einbezogenen Interviews, die Personenmerkmale im Sample und die Beschaffenheit der Daten durch die Themenzentrierung auf die Glaukomerkrankung vonseiten des Autors als interpretative Grenzen begriffen werden. Einer Typisierung von Patienten und Patientinnen, die zu einer Vorstellung von differenzierten Patientengruppen führen könnte, soll aufgrund der durch die Datenstruktur gegebenen Limitationen im Rahmen dieser Analyse in jedem Fall begegnet werden.

oder Korrektur) nicht vorgelegt. Alle Patienten und Patientinnen, die sich zu einem Interview bereit erklärten, wurden interviewt (siehe auch Kap. 4.2.2).

Vier der angesprochenen und grundsätzlich interessierten Patienten und Patientinnen konnten im Verlauf nicht in die Studie eingeschlossen werden (Dropouts). In einem Fall war es nicht möglich, die Patientin anhand der angegebenen Kontaktdaten zu erreichen, in einem anderen wollte sich die Patientin nach Rücksprache mit einer Angehörigen ggf. melden, tat dies jedoch nicht. Zwei Personen widerriefen ihre Einwilligung. Sie zogen sich aus familiären Gründen und mit der Begründung, doch an keinem POWG erkrankt zu sein, aus den jeweiligen Teilstudien zurück. Mit 14 Fällen waren Frauen gegenüber Männern im Sample doppelt so häufig vertreten wie Männer (n=7; Tab. 2). Dabei war die jüngste Person zum Zeitpunkt des Interviews 54 und die älteste 89 Jahre alt. Jüngere (< 66 Jahre, n=6) und Erwerbstätige (n=4) waren gegenüber älteren Interviewten (n=15) und Personen in Frührente, Rente und Pension (n=17) seltener vertreten (Tab. 2). Ein höheres Alter gilt als relevanter Risikofaktor für das Auftreten und die Entwicklung eines POWG, sodass der höhere Anteil älterer Patienten und Patientinnen nicht ungewöhnlich ist (siehe dazu auch Kap. 2.1).

Merkmal	**Frauen**	**Männer**	**Gesamt**
Geschlecht			
weiblich	-	-	14
männlich	-	-	7
Alter in Jahren (min. 54, max. 89)			
46–55	1	0	1
56–65	3	2	5
66–75	3	3	6
76–85	7	1	8
86–95	1	0	1
Therapieform			
Therapien ohne Mikrostent	4	5	9
Mikrostent und andere Therapien	10	2	12
Erwerbsstatus			
berufstätig	2	2	4
in Rente, Pension	12	5	17

Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale und Therapieform der Interviewten aus den Primärstudien

In Anbetracht des explorativen Studiendesigns und des Umfangs der Datenauswertung unter Anwendung der DM wurde für die Sekundäranalyse der Interviewtranskripte ein Subsample aus den Interviews der Primärstudien ausgewählt. Da offenbar inhaltliche Bezüge zu vorangegangenen Patienteninterviews (z. B. zur Motivation und zum Abbau der Angst, etwas Falsches oder „Dummes“ zu sagen) und die unterschiedlichen Personenmerkmale (Geschlecht, Alter, Fachgebiet) der Interviewenden Einfluss auf das Gesprächsverhalten

nahmen, war die Erhebung der Interviews durch den Autor selbst ein Auswahlkriterium. Für die Sekundäranalyse sollten Unterschiede hinsichtlich der Wirkung der interviewenden Person auf die Interviewten soweit wie möglich ausgeschlossen werden. Von den verbliebenen Interviews (n=7)[48], die der Autor selbst erhob, gingen vor dem Hintergrund der Ausgewogenheit der Merkmale Geschlecht, Alter und Erwerbsstatus die Männer (n=2) und die Erwerbstätigen (n=3) vollständig in die Auswahl mit ein (Tab. 3). Für letztere wurde angenommen, dass sie durch ihre Erwerbstätigkeit, ihr Alter und ihre Sozialisation anders von der Erkrankung betroffen sind bzw. mit dieser umgehen als ältere, häufig multimorbide, im Ruhestand lebende Personen. Weitere Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien fanden mit Rücksicht auf die Ergebnisoffenheit der Sekundäranalyse keine Anwendung.

Im Rahmen der Sekundäranalyse wurden die Interviews von drei Frauen im Alter von 54, 74 und 75 Jahren und zwei Männern im Alter von 59 und 60 Jahren ausgewertet (Tab. 3). Die Diagnose wurde bei den beiden Männern mit 38 Jahren in einem vergleichsweise jungen Alter gestellt (mit 48, 49 und 69 Jahren bei den Frauen).

Person	**Alter**	**Geschlecht**	**Symptome/UAW**	**Therapieform**
Die pensionierte Lehrerin PD06	75	w	UAW	Therapien ohne Mikrostent
Die Montagefachkraft PD07	59	m	UAW	Therapien ohne Mikrostent
Der Hausmeister PD08	60	m	–	Therapien ohne Mikrostent
Die ehemalige Arbeiterin in der chemischen Reinigung PS04	74	w	Symptome, Sehkraftverlust	Mikrostent und andere Therapien
Die Freiberuflerin in Mediation und Personalmanagement PS07	54	w	UAW	Mikrostent und andere Therapien

Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale und Therapieform der Interviewten im Subsample

Die Dauer seit Diagnosestellung reicht von fünf bis 26 Jahren. Eine Patientin (26 Jahre seit Diagnosestellung) nahm vor etwa drei Jahren eine Gesichtsfeldeinschränkung und damit Symptome der Glaukomerkrankung wahr. Drei andere Patienten und Patientinnen stellten z. B. eine Veränderung der Geschmacksnerven, Schleimhautschwellungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten fest, die sie als Nebenwirkungen der Tropfentherapie benannten. Drei der fünf Patienten und Patientinnen waren zum Zeitpunkt des Interviews als Hausmeister, Montagefachkraft oder Selbständige in den Bereichen Mediation und Personalmanagement berufstätig. Eine Frau, die früher in der chemischen Reinigung gearbeitet habe, und eine pensionierte Lehrerin befanden sich im Ruhestand (siehe Tab. 3).

[48] In den Arbeitspaketen der Teilvorhaben in RESPONSE übernahmen die wissenschaftlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des IAM unterschiedliche Aufgaben. So wurden die ärztlichen Interviews überwiegend vom Autor durchgeführt, während zwei Drittel der Interviews mit den Patienten und Patientinnen durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin durchgeführt wurden.

In Kapitel 5.1 werden zunächst die einbezogenen Patientenfälle jeweils zusammengefasst vorgestellt. Diese Fallrekonstruktionen sollen nachvollziehbar machen, aus welchen individuellen Lebens- und Therapiekontexten die Orientierungen im Krankheitsverstehen (Kap. 5.2) rekonstruiert wurden. Im Kapitel 5.3 wird dann die Individualperspektive der zwei vorangegangenen Teilkapitel insofern verlassen, als fallübergreifende Muster des Umgangs mit der Erkrankung, die mit dem Krankheitsverständnis assoziiert sind, dargestellt werden. In Kapitel 5.3.4 wird die Darstellung der Ergebnisse dieser qualitativen Sekundäranalyse abgeschlossen, indem Anhaltspunkte auf geschlechts-, bildungs-, generations- und krankheitsspezifische Erfahrungen entfaltet werden. Diese könnten fallübergreifend als konjunktive Erfahrungen Einfluss auf das Krankheitsverstehen und das Therapieverhalten genommen haben.

5 Gestalten der Glaukomerkrankung

Die Äußerungen der Interviewten geben deren eigene Auffassungen wieder. Der Autor macht sich die Äußerungen seiner Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen in den Interviews nicht zu eigen.

5.1 Die Patientenfälle

5.1.1 Die pensionierte Lehrerin PD06

Person und Interviewsituation

Die Patientin PD06 ist eine 75-jährige pensionierte Lehrerin, die zeitweise auch als stellvertretende Schulleiterin arbeitete. Sie ist Witwe und Mutter von zwei Töchtern.

PD06 hat ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit der Glaukomerkrankung während des Interviews vor Augen und erzählt diese freimütig und detailliert. Sie berichtet in ausführlichen Erzählpassagen oftmals eigenständig – d. h. unabhängig von erzählgenerierenden Nachfragen bzw. ohne auf solche immer einzugehen – über ihre Erlebnisse (auch aus weiteren biografischen Kontexten) und ihre Einstellungen zu diesen. Dabei tritt sie als eine selbstbewusste, intelligente und kritisch (selbst-)reflektierende, bisweilen philosophische und anscheinend sensible Interviewpartnerin auf. Ihre Antworten wählt sie mit Bedacht und formuliert diese präzise. Das Interview fand in der Wohnung der Patientin statt. Sie lobte den Interviewer bei der Verabschiedung für dessen Fähigkeit zum aufmerksamen Zuhören.

PD06 kann auf Grundlage der analysierten Erzählungen als eine Kümmerin bezeichnet werden. Ab dem Alter von 45 Jahren habe sie ihre Eltern, die Geschwister ihrer Eltern sowie ihre Schwiegereltern betreut. Daneben habe sie sich sorgend ihrer eigenen Kinder und ihres Ehemannes angenommen und sei ihrem Beruf nachgegangen. Ihren Ehemann begleitete sie im Zuge einer Krebserkrankung offenbar bis zu dessen Versterben. Anschließend habe sie sich (wieder) ihrer Tochter zugewandt. Für diese verließ PD06 nach 70 Jahren ihren Wohnort, um sie nach einer Scheidung zu unterstützen. Mit dieser Tochter, die einen Augeninfarkt erlitt, steht ihr anscheinend eine Gesprächspartnerin zur Verfügung, mit der sie sich über Krankheiten und deren Bewältigung austauscht. Dabei würden beide ein praktisches Interesse für Homöopathie teilen.

PD06 durchlebte offenbar mehrere Erkrankungen und aus diesen resultierende gesundheitliche Einschränkungen. Aufgrund von Fibroadenomen und der Angst vor Brustkrebs habe sie sich für Brustimplantate entschieden, die nach ihrer Aussage infolge einer Kapselfibrose ausgetauscht werden mussten. Ihr seien wegen Polypen die Gebärmutter und vorsorglich auch die Eierstöcke entfernt worden. Zudem habe sie vor einigen Jahren einen Herzinfarkt erlitten, woraufhin ihr Stents implantiert worden seien. Sie berichtet weiter über Bluthochdruck und Migräne.

Die Diagnose Glaukom sei ein Zufallsbefund gewesen. Nach dem Tod ihres Mannes und mit dem Vorsatz, sich mehr um die eigene Gesundheit kümmern zu wollen, habe sie nach 30 Jahren ohne Symptome und Einschränkungen eine Augenärztin aufgesucht. Vor dem Hintergrund der Bewältigung ihrer privaten und beruflichen Belastungen sei sie jahrelang bei einem befreundeten Optiker in Betreuung gewesen und habe zuvor keinen Anlass gesehen, eine augenärztliche Untersuchung in Anspruch nehmen zu müssen. Im Familien- und Bekanntenkreis mehrten sich jedoch offenbar Fälle von Augenerkrankungen. Dass dann bei ihr gleichzeitig sowohl der Graue als auch der Grüne Star festgestellt worden seien, habe bei ihr einen „Schreck" ausgelöst.

Umgang mit Krankheit und Therapieerleben

Nach eigener Aussage war es die Migräne, die ihr Leben ab dem Alter von 15 Jahren bestimmte („Alles andere war unwichtig.", so PD06 am Ende des Interviews). Unabhängig von diesem Rückblick auf ihre Erkrankungen stellt sich die Interviewte als eine Person dar, die die Migräne als eine leidvolle, lebensbegleitende Erkrankung am Rande anderer Belastungen aktiv bewältigt (hat). Den Beginn der Migräne bringt sie aus heutiger Sicht mit dem gleichzeitigen ersten Auftreten der Menstruation in Zusammenhang und stellt im Krankheitsverlauf einen zyklusbedingten hormonellen Zusammenhang für sich fest. Mit ihrer Selbstbeobachtung und der daraus resultierenden Deutung von Entstehungszusammenhängen setzt sie sich von den psychosomatischen Erklärungen der damalig Behandelnden ab, die stattdessen Konflikte in ihrem Privatleben bzw. in ihrer Biografie als Ursache fokussiert hätten. Diese Deutung sei für PD06 – auch unter Berücksichtigung ihrer gesprächstherapeutischen Ausbildung und der Ehe mit einem Psychologen – jedoch nicht plausibel. Weder ihre Mutter („Geh an die frische Luft, dann wird's besser!") noch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen gingen anscheinend über Jahre für sie angemessen auf ihr Leiden ein. In der Folge habe sie sich nach eigener Aussage selbst helfen müssen, z. B. mit der Bestellung von Triptanen im Ausland noch vor deren Zulassung in Deutschland.

Ihre Wahrnehmung und Bewertung weiterer Arzt-Patienten-Verhältnisse wurden und werden anscheinend nachhaltig durch diese Erfahrungen mit der Migräne und als Migränepatientin geprägt. Für eine positive Einschätzung der Beziehung zu und der Arbeit von Ärzten und Ärztinnen sind ihr offenbar zwei Dinge wichtig: Wenn sie von ihr empfundene sicht- und spürbare Nebenwirkungen oder auch ihre Bedenken (z. B. zu möglichen Wechselwirkungen bei Anpassungen der Medikation) im Patientengespräch äußert, scheint sie zu erwarten, erstens respektiert und zweitens in (Therapie-)Entscheidungen miteinbezogen zu werden. Auf respektloses oder bedrängendes Verhalten von Behandelnden, die nicht angemessen auf sie eingehen, reagiert sie dagegen offenbar mit einem Arztwechsel.

Sie scheint Ärzten und Ärztinnen mit einer gewissen Skepsis zu begegnen: In der Wahrnehmung ihrer Migräne wurde sie offenbar nicht ernst genommen. Die Ärztin, die das Glaukom diagnostizierte, warf ihr zudem anscheinend vor, sich in den vergangenen

Jahrzehnten keinen augenärztlichen (Routine-)Untersuchungen unterzogen zu haben. Aufgrund der Symptom- und Beschwerdefreiheit vor dem Zufallsbefund sei diese Kritik für PD06 nicht nachzuvollziehen. Daneben konnten ihr von ärztlicher Seite anscheinend explizite Ursachen weder für das Glaukom und den erhöhten Blutdruck noch für den Augeninfarkt ihrer Tochter benannt oder hinreichend erklärt werden. Die mit diesen Situationen einhergehenden, aus ihrer Sicht widersprüchlichen bzw. irritierenden Signale der Behandelnden scheinen für ihre Zweifel ursächlich zu sein. Ihre frühen negativen Behandlungserfahrungen mit der (wissenschaftlich orientierten) Medizin sowie die in diesem Kontext offengebliebenen Fragen hinsichtlich der „Ursprünge“ und Bewältigung von Krankheiten begründen möglicherweise (auch) ihre Neigung zur Homöopathie, um eben diese Fragen zu klären.

Ihr Wunsch nach Unabhängigkeit und ihre Kritik an einem sogenannten „Arzttourismus“ stehen anscheinend der Einsicht gegenüber, dass die Kontrolltermine nach ihrem Herzinfarkt oder ihrer Brustimplantatoperation nach wie vor wichtig seien. Auch ihre hinzugekommenen Augenarzttermine und die korrekte Einnahme ihrer vielfältigen Medikamente zieht sie offenbar nicht in Zweifel, obgleich sie z. B. der Tropfeneinnahme zur Behandlung des Glaukoms nicht immer pünktlich nachkommen könne und wolle, wenn sie sich in der Öffentlichkeit bewege. Aus ihren Ausführungen geht hervor, dass sie in diesen Fällen die Einnahme anscheinend nachholt und das Tropfschema anpasst. Ihre Furcht vor Verschlechterung der Krankheitszustände durch eine inadäquate medikamentöse Therapie motiviert sie offenbar dazu, verpasste Tropfenapplikationen zumindest nachzuholen, und scheint damit ihre Therapietreue zu fördern.

Perspektive auf die Glaukomerkrankung

Ein differenziertes medizinisches Krankheitsverständnis ist in den Ausführungen von PD06 nicht dokumentiert. Sie bewegt sich unsicher in der Verwendung der krankheitsspezifischen Begrifflichkeiten („die Sache mit dem Innendruck“) und mit Blick auf die Erkrankung in Distanz, wenn sie in ihren Ausführungen z. B. die Zufriedenheit der behandelnden Ärzte und Ärztinnen mit Drucksenkungen thematisiert, als wäre sie eine Zuschauerin. Bei einem Wert um 14 (mmHg), so sagt es PD06, herrsche Zufriedenheit. Auf die Frage, ob sie wiedergeben könne, wie ihr die Krankheit von Seiten der Ärzte und Ärztinnen erklärt wurde, antwortet PD06 – entgegen der Aussage, dass sie die Zusammenhänge in den letzten zwei Aufklärungsgesprächen bereits längst vollzogen habe – ausweichend („Naja, so, dass ich das verstanden habe.“) und bricht ihre rudimentäre Beschreibung letztendlich ab. Sie erklärt, dass der Druck im Auge auf Abflussproblemen des Kammerwassers basiere und dadurch „bestimmte Reaktionen im Auge ausgelöst“ würden. Den „Innendruck“ assoziierte sie an anderer Stelle sowohl mit dem Grauen als auch mit dem Grünen Star.

Im Rückblick auf die Diagnosestellung wird deutlich, wie unverständlich die Erkrankung angesichts ihrer Sehleistung mit den Brillen und der Abwesenheit von Symptomen und Einschränkungen (z. B. Ausfallerscheinungen im Gesichtsfeld) anscheinend für sie war bzw. ist. Ein Zusammenspiel aus diesem Unverständnis mit den Versorgungserfahrungen im Kontext der Migräne ruft offenbar eine Skepsis hervor, die ihr Verhalten insofern zu beeinflussen scheint, als sie therapeutische Schritte kritisch hinterfragt und diesen im Zweifel keine Zustimmung erteilt – aus dem Glauben heraus, dass es nicht immer nur „einen Weg" gebe. Der von ihr verwendete Begriff des Wehrens zeugt von dem Druck, dem sie sich offenbar durch für sie nicht nachvollziehbare, aber aus ihrer Sicht von ihrer ersten Ärztin nachdrücklich an sie herangetragene Therapieempfehlungen ausgesetzt sah („Wenn man mir dann so etwas anträgt und sagt, das muss ich machen und das ist der einzige Weg, und dann wehre ich mich dagegen erst mal."). Sie nähert sich der Erkrankung und den erforderlichen ([minimal-]invasiven) Therapieansätzen wie der Lasertherapie offenbar schrittweise („So weit war ich noch nicht."). Dem Anschein nach orientiert sie sich hierbei wahrnehmungs- und erfahrungsbasiert unter Rückgriff auf erlebte Einschränkungen durch Therapien, z. B. spürbare Nebenwirkungen der Tropfentherapie. Während sie in der Zeit kurz nach Diagnosestellung lasertherapeutische Verfahren noch für sich ablehnte, setzt sie sich zum Zeitpunkt des Interviews aufgrund wahrnehmbarer Nebenwirkungen und des aus ihnen resultierenden Wunsches nach Reduktion der Augentropfen anscheinend aktiv mit der Lasertherapie auseinander. Die Wahrnehmung von Nebenwirkungen (Schleimhautschwellung an den Lippen, Medikamenteninteraktionen) markierte offenbar das Aufkommen von Leidensdruck, der sie zu einer Auseinandersetzung mit weiteren Therapiemöglichkeiten bewegt und ihre Entscheidungen zu beeinflussen scheint. Sie wisse um eine Erfolgsquote von 60 Prozent, dass das Kammerwasser durch die Lasertherapie wieder besser abfließen könne, und wolle es auf einen Versuch ankommen lassen. Sie sei aber unsicher, inwiefern ein Scheitern ihre Situation verschlechtern könne. Mit operativen Verfahren habe sie sich nach eigener Aussage noch nicht beschäftigt.

Für PD06 ist der „Ursprung" des Glaukoms vonseiten der behandelnden Ärzte und Ärztinnen offenbar nicht hinreichend erklärt. Gemeinsam mit ihrer Tochter habe sie die körperlichen Erscheinungsformen von Druck, die bei ihr diagnostiziert wurden („Druck im Herzen, Druck im Auge, Blutdruck"), mit einer übergeordneten Betrachtung des Phänomens Druck ins Verhältnis gesetzt und nach den Ursachen gesucht. Auf die Frage, wo diese unterschiedlichen körperlichen (erhöhten) Drücke ihren Ursprung fänden, spricht sie übertragend auch das Auftreten von Druck in ihrem Sozialleben an. In einer biografischen Rückschau identifiziert PD06 langanhaltende Belastungszustände bei der Betreuung ihrer Angehörigen, den Aufgaben als Ehefrau und Mutter, im Beruf und bei der Krankheitsbewältigung, die sie mit einem auf sie einwirkenden Druck assoziiert. Zwar stellt sie nicht direkt, also wortwörtlich, einen kausalen Zusammenhang zwischen den Belastungen im Sozialleben und den körperlichen Erscheinungsformen von Druck her, resümiert jedoch,

dass Druck immer Teil ihres Lebens gewesen sei. Dieser (psychische und soziale) Druck setzte sich offenbar über mehrere Interaktionsfelder hinweg bis in die Gegenwart fort.

> Druck hab‘ ich mein ganzes Leben gehabt. Wir überlegten nämlich, wo Druck herkommt, Druck im Herzen, Druck im Auge, Blutdruck, alles eben und auf der Basis von Druck. Und wenn man dann sein Leben zurückverfolgt, dann stellt man fest, dass das und das und das passiert ist, und wenn man das auf Druck hin untersucht, dann hab‘ ich mein ganzes Leben lang Druck gehabt. (PD06)

Sie geht so weit zu sagen, dass sie sich ohne Druck wahrscheinlich „totlangweilen“ und sich irgendwo Druck suchen gehen würde. Dahinter verbirgt sich anscheinend auch ein ausgeprägter Anspruch von PD06 an sich selbst, der es erst möglich werden ließ, dass sich der soziale und psychische Druck offenbar über mehrere Interaktionsfelder hinweg Bahn brechen konnte. Der (indirekte) Erklärungsansatz scheint ihr Verhalten zu beeinflussen: Da sie selbst die Betreuung ihrer Eltern, Tanten und Onkel und der Schwiegereltern als „bedrückend“ empfunden habe, versuche sie, ihre Tochter bei der Unterstützung der eigenen Mutter zu entlasten, indem sie möglichst ortsnahe Ärzte und Ärztinnen aufsuche. PD06 wolle ihr dahingehend keinen Druck machen. Zudem habe sie ihrer Tochter im Kontext des Augeninfarktes geraten, den Stress in ihrem Leben zu reduzieren, und unterstützt diese offenbar dabei.

5.1.2 Die Montagefachkraft PD07

Person und Interviewsituation

PD07 ist ein 59-jähriger, verheirateter Mann, der als Montagefachkraft in der Produktentwicklung (Musterbau) arbeitet. Das Interview findet in der Wohnung des Patienten statt.

Dabei tritt PD07 als ein unsicherer, beinahe verschüchterter Interviewpartner in Erscheinung. Seine Erzählungen sind zumeist kurz und unpräzise und lassen sich auch durch erzählgenerierendes Nachfragen kaum vertiefen. Auf Erklärungen und Motivationsversuche des Interviewers, in denen der Patientensicht Raum und Bedeutung beigemessen wird, sowie auf Einblicke in die Erfahrungen anderer Patienten und Patientinnen reagiert PD07 hingegen aufmerksam und mit Mut, seine eigenen Erfahrungen mitzuteilen. Das durch diese Maßnahmen geförderte Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Interviewer scheint im Fall von PD07 unerlässlich, um einen tieferen Einblick in seine Versorgungserfahrungen und seine Sicht auf die Glaukomerkrankung zu gewinnen.

Die Diagnose wurde bei PD07 mit 38 Jahren in einem vergleichsweise jungen Alter gestellt und liegt zum Zeitpunkt des Interviews etwa 21 Jahre zurück. Er habe 1997 seine Augenärztin konsultiert, weil er „so so Art Bänder, Punkte, Striche, Fäden“ sah, wenn er „in‘s Helle“ schaute. Die behandelnde Ärztin habe im eigentlichen Behandlungsanlass kein Problem gesehen, habe aber einen zu hohen Augeninnendruck festgestellt. Demzufolge ist die beidseitige Erkrankung ein Zufallsbefund.

Nach der Analyse des Interviews bleibt der Eindruck zurück, dass PD07 sich anscheinend in unterschiedlichen Lebensbereichen einem Erwartungsdruck ausgesetzt sieht, der sich möglicherweise auch auf die Interviewsituation erstreckt. Er versichert dem Interviewer, dass er sich sowohl hinsichtlich der Einhaltung des Therapieschemas bei der Applikation der Augentropfen („Das vergesse ich nie.“) als auch beim Verzicht auf Alkohol (zeitweise sehr hoher Konsum in der Vergangenheit) nichts zuschulden kommen lassen habe. Zudem weißt er wiederholt darauf hin, dass er auch einige Inhalte der Gespräche mit seiner Ärztin möglicherweise missverstanden haben könne. Damit antizipiert er anscheinend einen Erwartungshorizont, vor dem die vermeintlichen Ansprüche des Interviewers an einen kompetenten Erzählpartner und therapietreuen Patienten durch seine Antworten nicht erfüllt hätten werden können. Dass PD06 seine Antworten mit Bedacht und erhöhter Wachsamkeit wählt, zeigt auch seine Bezugnahme auf das Tonbandgerät zu Beginn des Interviews („weil das Ding da läuft“).

Umgang mit Krankheit und Therapieerleben

Die Glaukomerkrankung scheint im (Er-)Leben von PD07 zum Zeitpunkt des Interviews nicht im Vordergrund zu stehen, bzw. schenkt er dieser keine besondere Aufmerksamkeit. Auch (mögliche) gesundheitliche Einschränkungen durch einen zu hohen Blutdruck, einen Bandscheibenschaden oder sein Asthma stellen im Interview kein primäres Thema dar. In seinem Medikamentenplan finden sich drei Wirkstoffe zur Behandlung von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen, die offenbar mit seiner beruflichen Arbeitsbelastung in Zusammenhang stehen. Vertiefende, emotionale Erzählsequenzen offenbaren, wie PD07 der gestiegene Leistungsdruck auf Arbeit zu belasten scheint. In diesem Zusammenhang berichtet er von einem temporären Verlust seiner Stimme und einer psychischen Erkrankung, mit der auch eine Rehabilitationsmaßnahme einhergegangen sei.

Im Arzt-Patienten-Kontakt scheint PD07 seinem Gefühl zu folgen und eine vertrauensvolle Beziehung zu seiner Augenärztin einzugehen. Das medizinische Wissen um die Erkrankung liegt bei der Behandlerin, an die er auf diese Weise offenbar (unbewusst) Verantwortung abgibt. Obwohl ihm bei den Kontrollen nach eigener Aussage immer ein persönliches Gespräch mit der Ärztin angeboten wird, nutze PD07 diese Möglichkeit nur, wenn er akute Beschwerden wahrnähme.

In der Anfangsphase habe er bei der ungeübten Anwendung am Auge vorbei Tropfen verloren, die für Tage des Rezeptzeitraumes vorgesehen waren. Daraufhin habe PD07 die Anwendung mitunter bewusst ausgesetzt und eigenmächtig eingeteilt, um mit der Medikamentenmenge bis zum Quartalsende auszukommen. Auf diese Weise habe er das zeitweise vollständige Aussetzen der Tropfentherapie am Ende des Rezeptzeitraumes vermieden. Die Kostenbeteiligung an zusätzlichen Tropfen lehne er nach eigenen Aussagen ab. Er habe sich in dieser Zeit an seine Krankenkasse gewandt, um dennoch ein weiteres

Tropfenkontingent zu erwirken. Retrospektiv bezeichnet er das zeitweise Aussetzen des Tropfens allerdings als „Quatsch“.

Obwohl er offenbar gewillt ist, die Therapie zu befolgen, scheint seine Therapietreue im Verlauf durch externe Rahmenbedingungen wie z. B. die Arbeits- und Schlafzeiten im Schichtdienst eingeschränkt worden zu sein. Sowohl der Übergang vom Drei- bzw. Vier-Schichtdienst zu einer Tagesschicht etwa ein Jahr zuvor als auch der Wechsel zu einem Präparat, das nur einmal am Tag appliziert werden muss, scheinen seine Therapietreue zu fördern. PD07 bewegt sich zum Zeitpunkt des Interviews offenbar routiniert in der Therapie seiner Glaukomerkrankung und lässt sich von seiner Augenärztin führen. Dies ist möglichweise darauf zurückzuführen, dass sein Fokus auf der Bewältigung der Leistungserwartung am Arbeitsplatz liegt.

Perspektive auf die Glaukomerkrankung

Der Zufallsbefund Grüner Star sei zunächst ein Schock für ihn gewesen, zumal er anscheinend nicht mit dem eigentlichen, durch die Augenärztin offenbar als unproblematisch bewerteten Behandlungsanlass in Verbindung stand. Bisherige Informationen aus dem familiären Umfeld wiesen auf eine Erkrankung mit Schrecken hin. So hat dem Anschein nach sein Vater, der an einem Grauen Star erkrankt gewesen und infolgedessen operiert worden sei, dem Grünen Star bereits vor der Diagnosestellung von PD07 (implizit) die Attribute inoperabel und unheilbar zugeschrieben und dieses Verständnis auch weitergegeben. PD07 betont, dass er bei Inanspruchnahme des augenärztlichen Konsultationstermins „eigentlich“ keine Beschwerden gehabt habe („Ich hatte ja nun keine Schwierigkeiten, indem ich das Gefühl hatte irgendwie, dass ich irgendwie was nicht seh‘ oder Schmerzen oder so.“). Damit scheint er auf eine durch den Zufallsbefund ausgelöste Unsicherheit auch argumentativ reagiert zu haben, um möglicherweise dem denkbaren Verdacht einer Vernachlässigung seiner persönlichen Gesundheitsfürsorge zu begegnen.

Im Interview bewegt sich PD07 offenbar kontinuierlich in Distanz zur Glaukomerkrankung. Er benennt die Krankheit nie namentlich („das“, „das Ganze“) und geht auf sein Verständnis der Erkrankung nicht näher ein, wodurch unklar bleibt, ob er über ein solches verfügt. Dieser Eindruck erhärtet sich auch durch das kurze Abhandeln der Krankheitsgeschichte in der Eingangserzählung. Der von PD07 dargestellte Krankheitsverlauf umfasst sieben Zeilen einer A4-Seite und verrät nicht mehr, als dass er seit der Diagnose tropfe, die Tropfen zwischenzeitig gewechselt worden seien, er gut damit zurechtkomme und vierteljährlich zu den Kontrollen gehe, bei denen der Augendruck „immer so ziemlich im normalen Bereich“ liege. Krankheitsspezifische medizinische Begriffe verwendet er zumeist nur, wenn er Äußerungen seiner Ärztin wiedergibt. Lediglich der erhöhte Augeninnendruck als Maß für die Beurteilung des Therapieerfolges und die Gesichtsfeldeinschränkung bieten ihm anscheinend Ansatzpunkte zum Krankheitsverstehen. Der Bezug zur Gesichtsfeldeinschränkung ist dabei möglicherweise auf eine aus dem Fernsehen adaptierte Darstellung

einer hiervon betroffenen Person zurückzuführen, die im Seitenwinkel stehende Personen nicht mehr habe wahrnehmen können. Dieses Bild fungiert offenbar als negative Orientierung, um die Glaukomerkrankung in ihren potenziellen Folgen zu verstehen und den Schweregrad der eigenen Betroffenheit einschätzen zu können. In beiden Interviewpassagen, in denen er sich ein fortgeschrittenes Stadium vorstellt und dieses als „richtig schlimm" bewertet, distanziert er sich direkt im Anschluss von diesem Schweregrad der Beeinträchtigung, indem er darauf hinweist, dass er „nochmal Glück gehabt" habe oder dass es bei ihm „ja nicht der Fall" sei. Diese statisch formulierten Einschätzungen stehen dem Wunsch gegenüber, den Augeninnendruck niedrig zu halten, um Einschränkungen des Gesichtsfeldes zu vermeiden. Denn dieser Vorsatz gründet auf einer im zeitlichen Verlauf veränderbaren, dynamischen Vorstellung der Erkrankung. Die Formulierung des Wunsches endet dabei mit der auffällig nüchternen Bewertung „Das find' ich schon ganz okay." – im Widerspruch zu der Furcht vor einer fortschreitenden Schädigung des Gesichtsfeldes, die er als „richtig schlimm" bezeichnet. Möglicherweise ist dies Ausdruck des Versuches, ohne eigene Symptomwahrnehmung Folgen der Erkrankung zu antizipieren. Die Erkrankung scheint trotz Ansätzen des Krankheitsverstehens eine (in Teilen) abstrakte zu sein. Ein tiefergehendes Verständnis der Erkrankung ist neben den genannten Hinweisen nicht zu erkennen. PD07 kann die Erklärungen seiner behandelnden Ärztin aus der 21-jährigen Therapie weder mit ihren noch mit eigenen Worten wiedergeben, obwohl er diese als „gut" und „einleuchtend" beschreibt.

Die gute Beziehung zu seiner behandelnden Augenärztin spielt womöglich eine entscheidende Rolle. Er habe das „Gefühl", bei ihr genau „richtig" zu liegen, und begründet dies mit den aufklärenden Gesprächen nach Feststellung der Diagnose. Ihre beruhigenden Einschätzungen stehen dabei offenbar den Schreckensszenarien gegenüber, die ihm durch die Familienbiografie und durch öffentliche Informationen bekannt zu sein scheinen. PD07 wendet sich der ärztlichen Beurteilung offenbar vertrauensvoll zu oder will sich dieser zuwenden, indem er beinahe mantraartig zitiert, dass sein Krankheitsstadium „noch nicht so schlimm" sei. In dieser sich wiederholenden Bekräftigung drücken sich jedoch latente Zweifel und Unsicherheiten, vielleicht sogar Ängste aus, die ihm anscheinend auch seine behandelnde Augenärztin nicht gänzlich zu nehmen vermag. Nichtsdestotrotz scheint sie ihm eine gewisse Sicherheit und Orientierung geben zu können.

In Anbetracht von Symptomfreiheit (und seiner Gesundheitskompetenz) ist PD07 in seinem Krankheitsverstehen offenbar gänzlich von Informationen anderer abhängig, die wiederum seine Sichtweisen und seine Bewertung der Erkrankung zu beeinflussen scheinen.

5.1.3 Der Hausmeister PD08

Person und Interviewsituation

PD08 ist ein 60-jähriger, offenbar lediger Patient, der in einem Pflegeheim als Hausmeister arbeitet. Das Interview findet in der Wohnung des Patienten statt.

PD08 äußert sich in Abgrenzung zu einer beschreibenden und szenischen Erzählweise eher objektiv berichtend: Er gibt kaum (persönliche) Beispiele, beschreibt ohne Details und skizziert lediglich grobe Abläufe und Ereignisse („Manche Freunde sagten schon dies und das und jenes. Ich kann das und das und da muss ich schon zwei Mal hingucken."). Die methodisch eingesetzten erzählgenerierenden Nachfragen stimulieren in seinem Fall kaum eine Vertiefung des Erzählten oder weitere Einblicke in seinen Lebensalltag. Zumeist wiederholt PD08 nahezu gleichlautend seine zuvor getätigten Aussagen. Obwohl er vorwiegend sehr faktisch und frei von Emotionen und Bewertungen in kurzen Sätzen berichtet, empfindet er seine Ausführungen offenbar als ausladend. Er scheint es nicht gewohnt zu sein, über sich und seine Erkrankung in dieser Weise zu sprechen – möglicherweise auch aus der Einstellung heraus, dass das Ansprechen ausgewählter Themen z. B. nur gegenüber bestimmten Fachärzten und -ärztinnen zulässig und ansonsten Privatsache sei („Das sind ja keine Psychologen. Das sind eben nur Augenärzte. Wat weiß ich, wenn die alten Omis und Opis da, die keinen zum Quatschen haben zu Hause … Mehr will ich dazu nich' sagen.").

Perspektive auf die Glaukomerkrankung

Der Anlass des Augenarztbesuches, bei dem das Glaukom als Zufallsbefund diagnostiziert wurde, erscheint ungewöhnlich: PD08 habe seine Augenärztin Mitte der 1990er Jahre nicht aufgesucht, weil ihn Beschwerden dazu bewegten, sondern weil er sich seine als „wirklich gut" wahrgenommene Sehstärke „bestätigen" bzw. „beweisen" lassen wollte. Grund dafür scheint ein von ihm vollzogener Vergleich der körperlichen Leistungsfähigkeit und Vitalität mit gleichaltrigen, vermutlich männlichen Freunden gewesen zu sein, die für sich erste Einschränkungen in der Sehstärke bemerkt hätten. Dies kann als unbewusste Konkurrenzsituation, aber auch als Bewusstwerdung von oder Furcht vor möglichen Alterungsprozessen gedeutet werden. Die Aussage „nur weil ich Kerl sein wollte und sagen: ‚So ich geh' zum Augenarzt, ich komm hier wieder mit hundert Prozent Sehstärke.'", legt nahe, dass PD08 von einer sehr guten Sehstärke persönlich überzeugt war und verweist auf Ansprüche an die eigene Männlichkeit, die mit gesundheitlicher Leistungsfähigkeit assoziiert und durch seine Beobachtungen im Freundeskreis gefährdet gewesen zu sein scheinen. Es bedurfte offenbar einer ärztlichen Einschätzung, um sich den persönlichen, aber möglicherweise zweifelhaften Eindruck von Vitalität offiziell attestieren zu lassen.

PD08 wurde dann anscheinend von der Diagnose Glaukom überrascht. Er habe nie Symptome wahrgenommen und schildert, dass ein erstes Auftreten für ihn eigentlich keine

persönliche Bedeutung gehabt habe („gar nich‘ … gar nicht relevant“). Da, wo offenbar keine konkreten Erfahrungswerte zur Verfügung stehen, um die Erkrankung hinreichend einzuordnen, greift PD08 anscheinend (unbewusst) auf erfahrbare Referenzpunkte wie seine Sehstärke oder sein Schmerzerleben zurück („Also also schmerzhaft war‘s nie. Das kann ich mir auch nich‘ vorstellen, dass es schmerzhaft sein könnte.“). Dabei stehen die zum Zeitpunkt der Diagnosestellung offenbar nachgewiesen gute Sehleistung und die Abwesenheit von Schmerz im Widerspruch zu der gemeinhin als negativ bewerteten, von ihm aber nicht wahrgenommenen Glaukomerkrankung. In dem daraus resultierenden Spannungsfeld der Wahrnehmung scheinen sich Zweifel Bahn gebrochen zu haben, die seine Akzeptanz der Erkrankung offenbar erschweren („Joa und da kam ich zu dieser Aussage, dass ich ein Glaukom, also den Grünen Star, hätte.“). So scheint es, als hätte PD08 die Diagnose auf der Ebene einer Fremdzuschreibung und Information zwar registriert, sie als potentielle Gefahr für seine Gesundheit aber nicht realisiert. Möglicherweise weist er diese Gefahr aber auch (unbewusst) von sich. Die Zweifel erhärten sich offenbar insofern, als er bis zum Zeitpunkt des Interviews nach wie vor keine merklichen Veränderungen im Sehen wahrgenommen habe, worüber nach mehr als 20 Jahren Therapie selbst seine Ärztin, nach Aussage von PD08, (positiv) verwundert zu sein scheint.

Möglicherweise nicht wahrgenommene symptomatische Veränderungen erklärt sich PD08 mit einer natürlichen Anpassungsfähigkeit im zeitlichen Verlauf, bei der gesundheitliche Einschränkungen bisweilen körperlich kompensiert werden könnten. So führt er als Vergleich an, eine Tasche am linken Arm zu tragen, wenn der rechte Probleme bereite („Weil weil der Mensch is‘ ja so, dass er, ja wat, dann krich ich eben nich‘ mehr so viel tragen mit rechts, dann trag‘ ich eben links mehr oder so was.“). Indem er Beeinträchtigungen im Sehen auch über natürliche Alterungsprozesse zu verstehen sucht, bindet er diese in seine Erklärung ein („So dann ja ich werd‘ alt. Jetzt kann ich nich‘ mehr so gut gucken.“). Darin dokumentiert sich möglicherweise ein eher pragmatischer Umgang mit körperlichen Einschränkungen im Alltag. Mit seinem Erklärungsmodell reagiert er anscheinend auf eine (unausgesprochene) als an sich adressiert wahrgenommene (ärztliche) Erwartung, nach über 20 Jahren Therapie irgendetwas von der Erkrankung „bemerken“ zu müssen, und erschließt sich möglicherweise darüber, warum ihm das Wahrnehmen von Symptomen gar nicht gelingen könne. Wiederholt betont er, nicht zu wissen, was er habe (be-)merken sollen. Die Symptomlosigkeit erzeugt vor diesem Hintergrund möglicherweise eher Verunsicherung und Zweifel, wo sie eigentlich Stabilität bedeuten kann.

PD08 spielt in Antizipation möglicher Gesichtsfeldeinschränkungen mit dem Gedanken, ob es „vielleicht“ sein Glück gewesen sei, dass er die Untersuchung damals wahrgenommen habe. Anscheinend sind schwere, wahrnehmbare Folgen durch die Behandlung ausgeblieben, sodass die als gemeinhin negativ bewertete Krankheit in ihrer Symptomatik nicht oder nur indirekt – auf abstrakter Ebene – Teil seines Erfahrungsraumes geworden ist. Die Vorstellung eines negativen Vergleichshorizonts in Form der

Gesichtsfeldeinschränkung kann dabei als ein Stabilisierungsversuch in Bezug auf seine Zweifel gedeutet werden, die ihn ggf. motiviert, die jahrelange Tropfentherapie fortzusetzen. Dennoch scheint er sich – ähnlich wie bei der Bewertung der Diagnose – in Distanz zu dieser Vorstellung zu bewegen und einer tiefergehenden Auseinandersetzung aus dem Weg zu gehen („[Andere] reden immer von dieser Gesichtsfeldeinengung."). Obwohl er wiederholt bemerkt, sich Gesichtsfeldeinschränkungen nicht vorstellen zu können, und auf Hörensagen Bezug nimmt („Man sacht ja Tunnelblick."), greift er mit einer sich neben ihm öffnenden Tür, die er im Schadensfall wohl nicht mehr sehen könne, anscheinend eine für ihn fassbare Alltagssituation beispielhaft auf. An anderer Stelle assoziiert er mit dem „Endergebnis von dem Glaukom" eine Gesichtsfeldeinschränkung um 30–45 Grad. Dies widerspricht einerseits seiner Aussage, sich mögliche Einschränkungen nicht vorstellen zu können, dokumentiert andererseits aber auch, wie abstrakt seine Vorstellungen bisweilen anmuten. Das Thema spricht er in seinen Vorstellungen zu möglichen Einschränkungen an keiner Stelle an.

In Bezug auf das Thema Augeninnendruck weiß PD08 anscheinend nur, dass es gut sei, wenn sein Augeninnendruck unter 20 (mmHg) liege. Diese Information führt er offenbar auf die Äußerungen des Praxispersonals bei den Kontrolluntersuchungen in der Augenarztpraxis zurück. Ihm sei bewusst, dass das Auge einen Augeninnendruck haben müsse, und er vermutet, dass der Druck verhindere, dass das Auge ohne ihn in sich zusammenfiele („Dass es, wat weiß ich, nich' zusammenklatscht oder … oder warum das so is'"). Zudem erinnert er sich anscheinend vage, dass der Sehnerv „eingeklemmt oder so oder abgeklemmt oder so was" würde. Er räumt direkt ein, nicht mehr über den Augeninnendruck zu wissen, und scheint nicht daran interessiert zu sein, mehr über die Zusammenhänge zu erfahren. Indem er den Interviewer indirekt fragt, ob er es ihm erklären könne, bzw. seine Unsicherheit dahingehend zum Ausdruck bringt, versucht PD08 offenbar, sein Nichtwissen (vor dem Interviewer) zu legitimieren („Könnt' ich Ihnen nich' erklären und ich weiß nich', ob Sie's mir erklären könnten."). Dies setzt sich anscheinend darin fort, dass PD08 mutmaßt, mit seiner Augenärztin „bestimmt" vor 22 Jahren darüber gesprochen zu haben, sich die Inhalte aber nicht dauerhaft bei ihm „verankert" hätten. Diesen Umstand begründet er damit, dass er das Glaukom nicht als Krankheit betrachte.

> Ich lehn' es nich' als Krankheit ab, ich seh' es nich' als Krankheit für mich an. (PD08)

Die Kontrolluntersuchungen mit Druck- und Gesichtsfeldmessung würden ihm bestätigen, dass die Tropfentherapie Veränderungen im Sehen verhindere und ihm damit geholfen sei. Damit fühle er sich „auf der sicheren Seite". Trotz einer täglichen Tropfentherapie seit über 20 Jahren und vierteljährlicher Kontrolluntersuchungen empfindet sich PD08 offenbar nicht als (an einem Glaukom) erkrankt.

Umgang mit Krankheit und Therapieerleben

Ausführungen zum Umgang mit Krankheit beschränken sich im Fall von PD08 (fast) ausschließlich auf den Umgang mit der Glaukomerkrankung. Sein Bluthochdruck findet keinen Raum in seinen Beschreibungen.

Obwohl PD08 wenig über das Glaukom zu wissen scheint und das Interview bisweilen nutzt, um Fragen in Bezug auf die Erkrankung an den Interviewer zu richten, ist er in Anbetracht seiner Ausführungen offenbar gewillt, die Therapie korrekt zu befolgen. Er gibt an, sich einmal jeden Abend zu tropfen. Die Augentropfen seien im Verlauf der Jahre mehrfach gewechselt worden. Im Gedächtnis seien ihm sein erstes und das letzte Präparat zum Zeitpunkt des Interviews geblieben. Der Begründung, dass die neuen Präparate billiger seien, sich in der Wirkung aber nicht unterschieden und die alten deshalb nicht mehr von der Kasse gestützt würden, vertraut er offenbar insoweit, als er die Einnahme nicht infrage zu stellen scheint („Dann werden die mal abgesetzt, dann müssen die genommen werden."). Wahrnehmbare Nebenwirkungen oder eine andere Verschlechterung könne er für sich bisher nicht feststellen. Brennende Augen am Abend nach langem Sitzen vor dem Computer seien auch bei Menschen ohne Glaukom möglich. Das sei normal.

Unregelmäßigkeiten bei seiner Tropfentherapie beruhen scheinbar ausschließlich auf der quartalsweise zu gering bemessenen Medikamentenmenge pro Patienten seitens der Krankenkasse. Da sich PD08 im Applizieren der Tropfen sicher bewege, habe er für sich erfahren und berechnet, dass diese von vornherein nicht über den gesamten Zeitraum reichen könnten. In diesen Fällen hätte er als Selbstzahler aktiv werden müssen, um das Aussetzen der Tropfen am Ende des Rezeptzeitraumes zu verhindern. Um dies offenbar zu umgehen, sei er nach eigener Aussage in den letzten zwei bis drei Wochen manchmal zu einer Tropfeneinnahme an jedem zweiten Tag übergegangen, um in den letzten Tagen die Einnahme nicht gänzlich aussetzen zu müssen. Seiner Augenärztin sei dieses Problem bekannt. Sie unterstützt ihn offenbar hin und wieder in Form zusätzlicher Augentropfen. Das Bedürfnis, über dieses strittige Thema mit dem Interviewer zu sprechen, stellt offenbar seine vordergründige Motivation zur Teilnahme an dem Interview dar („Das das, was mir wichtich war, kam ganz zum Schluss jetzt eben, dass mit der mit der verschriebenen Menge eben der der Tropfen, dass das wirklich, dass man da rumeiern muss, rumtricksen muss oder drei Wochen ohne ohne was auskommen muss.").

Bei den vierteljährlich wahrgenommenen Kontrolluntersuchungen seien seine Werte auf beiden Augen immer unter 20 (mmHg) und damit im „grünen Bereich" gewesen. Mit dem „grünen Bereich" scheint PD08 einen Toleranzbereich in Bezug auf die Augeninnendruckwerte zu definieren, innerhalb dessen variierende Werte nicht die Notwendigkeit einer Therapieanpassung oder Verhaltensänderung nach sich ziehen. Diesen Bereich beschränkt PD08 nach oben mit dem Grenzwert 20 (mmHg). Damit orientiert er sich offenbar, wie oben bereits erwähnt, an den Aussagen der medizinischen Fachangestellten.

Auf seine offenbar guten Resultate bei der Gesichtsfeldmessung scheint PD08 beinahe stolz zu sein, auch wenn diese in seinen Äußerungen abstrakt anmuten („einem guten hohen Bereich“). Möglicherweise bezieht sich PD08 im Interview wiederkehrend auf die guten Ergebnisse seiner Gesichtsfeldmessung, weil diese anscheinend mit wertschätzenden Aussagen seiner behandelnden Augenärztin zu seinem Krankheits- bzw. seinem Gesundheitsstand in Verbindung stehen und ihm damit Sicherheit und Selbstbestätigung geben könnten. Den unter Umständen durch das Erstaunen seiner behandelnden Ärztin über die guten Ergebnisse ausgelösten Zweifeln, die im Interview vielleicht erstmals angeregt und artikuliert werden, begegnet er mit der Vorstellung, dass er aktuell schon unter Einschränkungen leiden könnte, wenn es zuvor nicht erkannt worden wäre.

Seiner Augenärztin kommt anscheinend die Aufgabe zu, ihm seine Gesundheit und Vitalität zu bestätigen. Er erkennt sie offenbar als eine respektable Person an („Frau Doktor“) und vertraut ihrem Urteil. PD08 will ihrem Urteil möglicherweise (unbewusst) vertrauen, da er mit diesem (bisher) auf der „sicheren Seite“ gewesen sei. Im gesamten Interview scheint er nicht den Eindruck entstehen lassen zu wollen, dass er an der Behandlung durch seine Augenärztin und dem persönlichen Verhältnis zwischen ihnen irgendetwas zu beanstanden habe: Sie nehme sich immer genügend Zeit, obwohl sie kaum welche habe. Zudem betont er den „Draht“, den er zu ihr habe (sie grüßten sich nach seiner Aussage auf der Straße und im Wartezimmer), und er sei sich sicher, dass seine Augenärztin ihn vor über 20 Jahren über das Glaukom entsprechend aufgeklärt habe, auch wenn er sich an die Inhalte zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr erinnern könne. PD08 lässt sich vor diesem Hintergrund offenbar paternalistisch führen, indem er z. B. hinsichtlich der Wissensbestände um die Erkrankung Verantwortung an seine Augenärztin abgibt. Zudem zeigt er sich anscheinend therapietreu, um ihre Anerkennung und Gunst nicht zu verlieren.

Im Vorfeld des Interviews habe PD08 das Gespräch mit seiner Augenärztin gesucht, um über „diese Veranstaltung, die wir jetzt beide hier durchführen“ noch einmal zu sprechen. Möglicherweise fühlt sich PD08 (durch den Erhalt zusätzlicher Augentropfen) seiner Augenärztin gegenüber zu Dank verpflichtet oder sieht sich als eine auserwählte Person unter vielen anderen Patienten und Patientinnen wertgeschätzt und nimmt deswegen auf ihre Anfrage hin am Interview teil. Den Wunsch, (tiefergehend) über seine Erkrankung zu erzählen, verspürt er offenbar nicht. Vielmehr scheint die Interviewsituation Reflexionsprozesse angestoßen und Fragen aufgeworfen zu haben, die PD08 im Vorfeld möglicherweise noch nicht beschäftigt haben.

5.1.4 Die ehemalige Arbeiterin in der chemischen Reinigung PS04

Person und Interviewsituation

Bei PS04 handelt es sich um eine 74-jährige, verheiratete Rentnerin, die früher in der chemischen Reinigung tätig war. Selbst Mutter von mehreren Töchtern habe PS04 ihre eigene

Mutter aufgrund eines frühen Todes nicht mehr (bewusst) kennengelernt. Laut PS04 war auch ihre Mutter u. a. an einem Grünen Star erkrankt. Das Interview findet in einem Seminarraum des Institutes für Allgemeinmedizin statt.

Insgesamt wirkt PS04 bescheiden und versteht anscheinend ihre Geschichte als unbedeutend. Bereits nach den ersten zwei Aussagen ist sie im Begriff, ihre Ausführungen zur Erkrankung wieder zu beenden. Erst durch das beharrliche narrative Nachfragen des Interviewers entfalten sich sukzessive Einblicke in die Hintergründe der zumeist spärlichen, auf den Ereignishergang reduzierten Informationen. Dies kann darin begründet sein, dass PS04 keine Erfahrung damit hat, ihre (Krankheits-)Geschichte (in Form einer Stegreiferzählung gegenüber einer fremden Person) zu erzählen. Sie verfügt zudem offenbar nicht über die erzählerische Kompetenz, Ereignisse und Situationen so darzustellen, dass sie von Außenstehenden ohne Mühe nachvollzogen werden können. Gegenüber der faktischen Sortierung und Beschreibung von Ereignissen, Zeiten, Orten und Namen fällt ihr das Erzählen über Körperwahrnehmungen (physische Symptome) offenbar leichter. So beschreibt sie sehr anschaulich ihr Empfinden eines starken Druckanstiegs – offenbar ein Glaukomanfall –, den sie vor den Weihnachtstagen eines zeitlich nicht benannten Jahres erlitten habe. Dabei vergleicht PS04 den Schmerz mit dem Gefühl eines scharfen, sich mitbewegenden Metallsplitters im Auge, der so ausgeprägt gewesen sei, dass dieser sie beinahe glauben machen lassen habe, etwas Gegenständliches mit den Fingern greifen zu können.

Die Krankheits- und Therapiegeschichte seit Bekanntwerden der Glaukomerkrankung umfasst etwa einen Zeitraum von 26 Jahren und zeigt eine Reihe operativer Interventionen und Revisionen sowie hiermit verbundene erkrankungs- und versorgungsbedingte Belastungen wie Glaukomanfälle, Komplikationen, engmaschige Kontrolluntersuchungen und Krankenhausaufenthalte. Diese einschneidenden Ereignisse bilden das Gerüst ihrer Erzählung. Über sie als Person, ihre Gefühle und Bewertungen und über die genauen Geschehensabläufe der Ereignisse erfährt der Interviewer nur sehr wenig. PS04 macht außer dem Zeitpunkt der Diagnosestellung kaum weitere Zeitangaben und lässt sich auch durch erzählgenerierendes Nachfragen nicht zu näheren Auskünften stimulieren. Der Fokus ihrer Erzählung liegt auf der jüngeren Krankheitsgeschichte.

Umgang mit Krankheit und Therapieerleben

Auf die Frage nach weiteren Erkrankungen hin erwähnt PS04 lediglich, dass ihr Blutdruck medikamentös gut eingestellt sei und sie sich hinsichtlich ihres Diabetes nur zur Nacht spritze, während sie am Tag auf eine Tablette zur Einstellung ihres Blutzuckers zurückgreife. Dem Interview ist zu entnehmen, dass sie neben dem Glaukom auch aufgrund von Diabetes und erhöhtem Blutdruck in ärztlicher Behandlung sei. Darüber hinaus habe sie in der Vergangenheit Implantate in beiden Knien und im Zuge der Operation eines Hallux valgus eine Platte in einem Fuß erhalten. Einer ihrer Zehen (Digitus pedis II) sei versteift

worden und sie ist offenbar in der Halswirbelsäule vorbelastet. Die genannten Erkrankungen, Implantate und Operationen thematisiert PS04 im Interview jedoch nicht weiter.

Zum initialen Behandlungsanlass im Jahr 1992 äußert sich PS04 zwar nicht, naheliegend ist aber, dass das Glaukom im Rahmen der Behandlung ihrer trockenen Augen festgestellt wurde. Seit der Diagnosestellung wäre sie (über zwei Jahrzehnte) in Behandlung bei einer niedergelassenen Augenärztin gewesen, die ihr zunächst ausschließlich Augentropfen zur Behandlung ihrer trockenen Augen verordnet habe. Erst nach einigen Jahren seien auch Augentropfen zur Behandlung des Grünen Stars hinzugekommen. Trotz Nachfrage lässt PS04 nur wenige Informationen zur Tropfentherapie in ihre Erzählung einfließen. So beschreibt sie das kurzzeitige Brennen im Auge bei Anwendung der Tropfen, sie nehme die Augentropfen seit der Verordnung aber immer ein. Zweifel an dieser Darstellung kommen vor dem Hintergrund der Symptome, für die sie die trockenen Augen verantwortlich macht, nicht auf. Die Anwendung der Augentropfen scheint sie – auch wenn nur kurzfristig und als Antiglaukomatosa – mit Linderung der belastenden Beschwerden zu assoziieren („Die haben manchmal 'nen bisschen gebrannt. Aber sonst … Es war 'ne Linderung auch in dem Moment 'nen bisschen, ne."). Sie äußert auch anderweitig keine Vorbehalte gegen die Tropfentherapie. Die Tropfentherapie sei über die mehr als zwei Jahrzehnte offenbar von Tagesdruckprofilen, Augeninnendruck- und Gesichtsfeldmessungen sowie Augenhintergrundspiegelungen begleitet worden.

Mit dem Auftreten einer Trübung auf der linken Seite des Gesichtsfeldes vor etwa zwei bis drei Jahren habe PS04 die Augenarztpraxis gewechselt. Sie scheint damit unzufrieden gewesen zu sein, dass ihre behandelnde Augenärztin, nach Aussage von PS04, angab, keine Verschlechterungen bei den Befunden der Gesichtsfeldmessung erkennen zu können („Sacht sie, das ham Sie schon immer gehabt, und naja, muss man ja glauben, was da dann."). Für PS04 habe sich in den Abbildungen der Gesichtsfeldmessung hingegen eine Verschlechterung abgezeichnet („war auch immer sehr dunkel"). Dieser Eindruck wurde möglicherweise durch ihre Symptomwahrnehmung beeinflusst. Bei der Darstellung eines anderen Zusammenhangs erwähnt sie, dass das Druckniveau immer hoch gewesen sei („Der Druck war, ach der Druck war immer sehr hoch so, auch vorher schon."). PS04 resümiert damit anscheinend für sich, dass ihre Augenärztin das Glaukom nicht ausreichend behandelt habe. Den Widerspruch zwischen ihrer (Symptom-)Wahrnehmung und den Einschätzungen ihrer behandelnden Augenärztin konnte sie für sich offenbar nicht akzeptieren und verließ, auch auf Initiative ihres Mannes hin, die Augenarztpraxis („Ja, und dann hat mir das gereicht und dann bin ich nach [Stadtteil].").

In der Praxis ihres neuen Augenarztes sei PS04 zunächst im Abstand von vier Wochen gelasert worden. Nachdem sich der Augeninnendruck darüber nicht senken lassen habe, sei sie mit einem Stent (Mikrostent) versorgt worden. Sie habe aus Angst vor der an sie herangetragenen Möglichkeit eines „Schlachanfall[s] im Auge", der durch einen extrem hohen Augeninnendruck verursacht werden könne, in die Stentsetzung eingewilligt. Dem sei

jedoch ein Funktionsverlust gefolgt, der durch eine falsche Ausgangsposition bedingt gewesen und für PS04 mit einer schmerzhaften Nachbehandlung des Stents mit einer „Spritze" einhergegangen sei. Da der Korrekturversuch ebenfalls erfolglos geblieben sei, habe sie ihr behandelnder Augenarzt in die ortsansässige Augenklinik überwiesen, in der ihr eine Augenärztin die anscheinend außergewöhnlich falsche Lage des Stents bestätigt habe („Und er lag nich' waagerecht, der lag so, sacht sie. ‚Das hab' ich auch noch nich' geseh'n', sacht sie."). In einem weiteren Eingriff sei PS04 mit einem zweiten Stent versorgt worden. Die Operateure in der Klinik hätten im Zuge dessen versucht, den ersten Stent zu entfernen, was ihnen offenbar nur teilweise gelungen sei. Ein halber Stent sei an Ort und Stelle verblieben. PS04 habe mit dieser Operation ihre Sehkraft auf dem linken Auge verloren, was sie nüchtern erzählt

> Und seit dem kann ich auch nich' gucken. Hier seitlich so meine Hand so kann ich seh'n, ne. Oder wenn die Schwester manchmal dann oder jetzt so manchmal so macht. Aber vorne is' nichts. (PS04)

Wie es zu den Komplikationen gekommen sei, ist PS04 bis zum Zeitpunkt des Interviews anscheinend nicht bekannt, was offenbar zu Verunsicherung und vorsichtigen Mutmaßungen über die Ursache führt („Sacht keiner was"; „Muss … Entweder is' da irgendwie was schiefgelaufen beim Stenteinsetzen. Ich weiß es nich'.").

Acht Wochen nach der zweiten Stentoperation habe sie ein Spendergewebe erhalten. Ihrer Aussage zufolge handelte es sich um ein Hornhautimplantat, von dem sie sich offenbar erhoffte, dass ihr Sehvermögen auf dem linken Auge wieder hergestellt werden würde. Diese Erwartung scheint sich nicht erfüllt zu haben („Und dann war's trotzdem noch dunkel. Is' bis heute noch."). Der Heilungsprozess wurde offenbar zudem durch einen schmerzhaften Riss in der Hornhaut verzögert.

Eine unter Vollnarkose durchgeführte Lasertherapie in der Klinik habe später die ersehnte Drucksenkung herbeigeführt. Zum Zeitpunkt des Interviews sinke der Augeninnendruck noch immer von Messung zu Messung.

Aus den Schilderungen von PS04 geht der Eindruck einer erduldenden, aber nicht gleichgültigen Akzeptanz ihrer Situation hervor. In Bezug auf den Ausgang der vielen Operationen, Komplikationen und Revisionen zeigen sich jedoch auch Hinweise auf Resignation. Dabei sind es vor allem Zwischentöne, in denen sich ihre Kritik und ihr Leidensdruck zu dokumentieren scheinen. So zeigt sie sich offenbar unzufrieden darüber, dass aus ihrer Sicht niemand mit ihr über die Gründe der Komplikation im Zuge der zweiten Stentoperation gesprochen habe. Im Interview zeigen sich weder Hinweise auf Gespräche mit den Behandelnden noch auf den Versuch eines aktiven Ansprechens des Themas durch PS04 selbst. Sie hat anscheinend kaum noch Hoffnung, die Gründe von ärztlicher Seite jemals zu erfahren („Ja, ich sach ja, ich konnte nichts mehr seh'n. War aus. [...] Ja, und … was da gewesen is … werd' ich auch nie erfahren, oder?"). Neben derartigen Zwischentönen kann auch ihr offenbar unangekündigter Wechsel der Augenarztpraxis nach über 20 Jahren

Therapie als indirekte Form der Kritik verstanden werden. Sie erträgt zudem anscheinend die stressigen Stationsaufenthalte und beinahe wöchentlichen Kontrolltermine in der Klinik früh am Morgen mit Beherrschung, obwohl sie durch die Fremdbestimmung belastet zu sein scheint. Häufig werden kritische Töne im Interview von Relativierungen oder einem (Weg-)Lachen begleitet. Sie erlaubt sich offenbar nicht, die Fachkenntnisse und das Vorgehen der Behandelnden (noch während der laufenden Kontrolluntersuchungen) in Misskredit zu bringen – vielleicht auch, weil PS04 die Hoffnung auf Verbesserung des jetzigen Zustandes noch nicht vollends aufgegeben hat („Bin nur gespannt, wies weitergeht. [Lachen] Aber da wird nichts. Aber noch … ich hab‘ auch das Gefühl, als wenn das noch nich‘ so richtich abgeheilt is‘ alles.“).

Ihr Verhalten erklärt sich möglicherweise durch das Verhältnis zu ihren behandelnden Ärzten und Ärztinnen. PS04 lässt sich, mit Blick auf ihre Erzählung, in der Therapie offenbar vollends führen, ohne selbst den Anspruch eines tiefergehenden Verständnisses der Vorgänge zu erheben. Sie beschreibt die Untersuchungen allein aus ihrer Perspektive und unternimmt anscheinend nicht den Versuch zu verstehen, was jeweils gerade passiert („naja entweder Tropfen gewechselt oder irgendwas gemacht“). Vielmehr stützt sie sich offenbar auf das grobe Vorgehen und die Einschätzungen der jeweiligen Ärztin bzw. des jeweiligen Arztes. Persönliche, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen bilden sich in ihren Darstellungen unabhängig davon nicht ab.

Perspektive auf die Glaukomerkrankung

Über ihre Sicht auf die Erkrankung, wie sie diese bewertet und welche Gefühle mit der Diagnosestellung oder dem Leben mit der chronischen Erkrankung einhergingen, ist im Interview sehr wenig oder nur indirekt zu erfahren. Es zeigt sich aber, dass PS04 ihre persönliche Betroffenheit von der Erkrankung in einer Vorbelastung durch ihre früh verstorbene Mutter verortet. Diese sei zu Lebzeiten ebenfalls an Grünem Star erkrankt. Ihre anscheinend unterdrückte bzw. bei sich behaltene Angst vor der Erkrankung offenbart sich im Reden über das Vererbungsverständnis und die Angst ihrer ältesten Tochter, selbst an Glaukom zu erkranken („Aber ich hab’s gleich abgefangen und meine älteste Tochter sacht auch immer, ich krich immer das, was du auch krichst. Ne, oder hast.“).

Vordergründig widmet sich PS04 dem Hergang der letzten Therapiejahre und der Folge an Operationen, Komplikationen und Revisionen. Anstelle eines Krankheitsverständnisses zeigt sich in weiten Teilen eher ein fragmentarisches oder grundlegendes Verständnis der diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Ohne den Fachbegriff zu benennen, umschreibt PS04 in ihrer Erzählung bspw. Tagesdruckprofile und vergleicht das betreffende Vorgehen mit einem „Langzeit-EKG“ („Immer denn mal am Tach son son son äh für mehrere Stunden musst‘ ich dann hin, da wurde gemessen.“). Sie erinnert sich dabei an die Häufigkeit und die Abstände der einzelnen Augeninnendruckmessungen an den

betreffenden Untersuchungstagen. Die Messungen hätten ihrer Kenntnis zufolge dazu gedient, die Veränderungen des Augeninnendrucks im Tagesverlauf festzustellen.

Mit der Aussage „immer zum Hintergrund messen gegangen“ bezieht sich PS04 offenbar auf die Augenhintergrundspiegelung. Sie schildert, dass ihre Augenärztin dabei das Auge fotografiert und den Befund wiederkehrend als gut beurteilt habe („Und denn konnte man immer das Auge so sehen. Immer die Äderchen und so, ne. Das war eig … einigermaßen gut immer. Also Frau Doktor hat immer gesagt, das is‘ ganz gut.“). An diese Aufnahmen kann sich PS04 offenbar noch erinnern (wie auch die Abbildungen der Gesichtsfeldmessung).

Auffällig ist, dass PS04 sowohl die Aufnahmesituation bei der Augenhintergrundspiegelung als auch die Lasertherapie in der Niederlassung mit der Aussage „nur am Apparat“ zusammenfasst und damit offenbar neben dem Einsatz von Geräten noch etwas erwartet. Demgegenüber hebt sie die Laserbehandlung in der Klinik unter Vollnarkose als „ganz was anderes“ hervor. Obgleich mit einer Laserbehandlung unter Vollnarkose höhere Risiken und (im höheren Alter) häufiger Bedenken von Patienten und Patientinnen einhergehen, favorisiert PS04 anscheinend die Laserbehandlung in der Klinik gegenüber der in der Niederlassung. Dies kann offenbar mit der deutlichen Senkung des Augeninnendrucks, die nach Aussage von PS04 durch die Laserbehandlung in der Klinik erzielt worden sei, erklärt werden. Vor diesem Hintergrund scheint PS04 die Chancen und Risiken von Therapien neben deren Ergebnis offenbar nicht in ihre Bewertung miteinzubeziehen. Das in ihrer Erzählung einzig erkennbare Bewertungskriterium für die von ihr erfahrenen Therapieschritte in der Glaukombehandlung scheint deren Erfolg bzw. Misserfolg bei der Augeninnendrucksenkung zu sein. Dabei ist bemerkenswert, dass das Interview in eine Zeit fällt, in der PS04 bereits ihre Sehkraft auf einem Auge weitestgehend verloren hat, dies aber offensichtlich nicht in einem übergeordneten Zusammenhang mit den vorangegangenen Therapieschritten reflektiert.

PS04 scheint sich (unbewusst) in Distanz zur Erkrankung zu bewegen. Nur an einzelnen Stellen und offenbar durch den Interviewer eingeführt benennt sie die Erkrankung als „Grünen Star“. Daneben scheint sie weder viel über die Erkrankung noch die eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Verfahren zu wissen bzw. wissen zu wollen. Ihr geht es offenbar weniger um Detailfragen oder ein Verständnis ihrer Therapie, sondern vielmehr um den Erfolg oder Misserfolg bei der Senkung des Augeninnendrucks. Die wiederkehrende Enttäuschung über den stetigen Misserfolg der auch als forcierend empfundenen Eingriffe („tüchtich ’nen Stent eingesetzt“, „Und das haute nich hin“, „Und dann wurde/ging auch nich“, „Und das haute auch nich‘ hin.“, „Und da war das noch nich‘ in Ordnung.“) kann nicht nur als Folge unerfüllter Therapiehoffnungen interpretiert werden, sondern dokumentiert in der Gesamtschau möglicherweise auch ein implizites Therapiebereuen. Die Analyse des zugrundeliegenden Interviews verweist auf eine anscheinend geringe Bildung, paternalistische Arzt-Patienten-Verhältnisse sowie ein auf den erhöhten Augeninnendruck

reduzierten Zugang zur Erkrankung, die alle hinsichtlich ihres Krankheitsverständnisses und ihres Umgangs mit der Glaukomerkrankung ursächlich zusammenzuwirken scheinen. Das offenbar bescheidene und beherrschte Wesen von PS04 bedingt zudem möglicherweise, dass sie nur zurückhaltend über ihre Gefühle und Unzufriedenheit mit dem bisherigen Ausgang der Therapie sowie den Verlust ihrer Sehkraft auf dem linken Auge zu sprechen scheint.

5.1.5 Die Freiberuflerin in Mediation und Personalmanagement PS07

Person und Interviewsituation

PS07 ist eine 54-jährige Frau, die freiberuflich in den Bereichen Personalmanagement und Mediation arbeitet. Das Interview findet in einem Büro des Instituts für Allgemeinmedizin statt.

PS07 nimmt offenbar mit der Intention, ihre Erfahrungen in der Versorgung ihres Glaukoms auf beiden Augen ausführlich mitzuteilen, am Interview teil. Sie wählt ihre Worte mit Bedacht, formuliert verständlich und strukturiert ihre Erzählung nicht nur zeitlich, sondern gestaltet diese so, dass sie auch für einen Außenstehenden gut nachzuvollziehen ist. Sie stellt die Bezüge der Erzählstränge zueinander stets sicher und integriert Hintergrundwissen. Informationen zu ihren Lebensumständen, ob sie bspw. in einer Partnerschaft lebt oder Mutter ist, spart sie hingegen nahezu gänzlich aus.

Die Diagnose sei bei ihr im Alter von 49 Jahren bei einer routinemäßigen Kontrolluntersuchung im Rahmen ihrer angeborenen starken Kurzsichtigkeit festgestellt worden. Seit ihrem 15. Lebensjahr sei sie Kontaktlinsenträgerin und nehme aufgrund ihres erhöhten Risikos für Schadensbilder an der Netzhaut und andere Augenerkrankungen (u. a. Glaukom) fast jährlich Kontrolluntersuchungen wahr. Dabei würden neben der Anpassung der Kontaktlinsen und der Brillengläser wiederkehrend auch die Netzhaut und der Sehnerv untersucht sowie Gesichtsfeld- und Augeninnendruckmessungen durchgeführt. Bis zum Tag der Diagnosestellung lag der Augeninnendruck offenbar immer unter 20 (mmHg). Da ihr bei der ersten Abweichung vom Normbereich (23 mmHg) die Möglichkeit eines einmalig erhöhten Tageswertes genannt worden sei, kann die Diagnosestellung in Anbetracht der fortan im Quartal durchgeführten Augeninnendruckkontrollen als ein Prozess verstanden werden.

Die Diagnose besorgte sie zunächst offenbar nicht, obwohl ihr die Stichworte Glaukom und Grüner Star nach eigener Aussage etwas gesagt hätten und sie gewusst habe, dass Erblindung eine Folge der Erkrankung sein könne („Ich hab‘ da trotzdem keinen Grund gehabt, das nah‘ an mich rankommen zu lassen“). Dazu hat möglicherweise beigetragen, dass PS07 – selbst bei „Rekordwerten“ des Augeninnendrucks – keinerlei Symptome wahrgenommen habe. Zudem kann die Akzeptanz einer (möglichen) weiteren Augenerkrankung bereits in der Bewältigung ihrer angeborenen Kurzsichtigkeit und den damit assoziierten,

ihr bekannten Risiken ihren Anfang gefunden haben. Im Zuge dauerhaft erhöhter Augeninnendrücke, einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit der Krankheit und den durch die aufgenommene Tropfentherapie verursachten Nebenwirkungen (Veränderungen des Blutdruckes und der Geschmacksnerven) scheinen zunehmend Bedenken und Ängste ihren Umgang mit der Erkrankung geprägt zu haben.

Umgang mit Krankheit und Therapieerleben

PS07 habe neben ihrer angeborenen Kurzsichtigkeit und dem Glaukom keine weiteren bekannten Erkrankungen. Sie leide nach eigenen Angaben lediglich unter einer Pollenallergie und habe sich in der Vergangenheit häufiger mit „Stirnhöhlenvereiterungen" konfrontiert gesehen, die medikamentös behandelt worden seien.

Ihren Ausführungen zufolge ist PS07 eine äußerst gesundheitskompetente Patientin. Sie recherchiert bspw. eigenständig zum Krankheitsbild, zu dessen Ursprüngen und Therapie. Dabei pflegt sie offenbar einen kritischen Umgang mit Informationen aus dem Internet, da sie sich auch möglicher Falschinformation und „Angstmache" ausgesetzt sehe („Man kann ja auch mal auf 'ne falsche Seite kommen und dann steht größter Bockmist drauf."). In Anbetracht dessen scheint sich PS07 eher den Einschätzungen von ärztlichem und universitärem Fachpersonal zuzuwenden. Dies zeigt sich auch beim Kauf eines Aufklärungsbuches einer ehemaligen Professorin für Augenheilkunde, das diese eigens für Glaukompatienten und -patientinnen geschrieben habe. PS07 scheint sowohl über die gängigen Behandlungsmöglichkeiten als auch über neue Wege in der therapeutischen Forschung ausgesprochen gut informiert zu sein („Man forscht gerade auch da, wie […] man den Augennerv stabilisieren kann."). Bisweilen entsteht der Eindruck, dass sie an sich den Anspruch erhebt, das Krankheitsbild und seine Therapie derart zu durchdringen, dass sie in einem professionellen, fachlichen Diskurs bestehen könne. Dieser Modus einer übergeordneten, objektiven Perspektive wird im Verlauf des Interviews zunehmend von ihren persönlichen Erfahrungen durchsetzt, wenngleich sie den rationalen Diskurs um die jeweiligen Schritte in ihrer Therapie nie verlässt.

Ihre Motivation, die Krankheit und deren Therapie zu verstehen, basiert offenbar auf ihrem Wunsch, in Behandlungsentscheidungen miteinbezogen zu werden. PS07 gebraucht in ihrer Erzählung unter Einbeziehung ihres jeweiligen Augenarztes häufig das Wort „wir", worin sich ihr Teilhabeanspruch, aber auch das Einverständnis mit der jeweiligen Therapieentscheidung dokumentiert. Die Abwesenheit des „wir" weist anscheinend auf Therapieentscheidungen hin, in die PS07 offenbar nicht einbezogen wurde (oder werden konnte) und die sie trotz ihrer angeeigneten Kenntnisse für sich nicht einordnen konnte oder die sie im Rahmen einer rationalen Argumentation retrospektiv kritisch zu hinterfragen scheint.
Im Interview fallen zwei Therapieentscheidungen in diesem Kontext auf: (1) Obwohl der erste Augenarzt von PS07 zunächst offenbar angab, dass ein Augeninnendruck von um die 22–23 (mmHg) noch nicht bedeute, dass Medikamente eingenommen werden müssten, und

eine vierteljährliche Kontrolle von Sehnerv, Gesichtsfeld und Netzhaut vorschlug, entschied sich dieser nach etwa eineinhalb Jahren anscheinend für die Aufnahme einer Tropfentherapie mit einem Wirkstoff. Er habe den Augeninnendruck damit unter 20 (mmHg) senken wollen, berichtet PS07. Diese Entscheidung verunsicherte sie, da ihr in den eineinhalb Jahren anscheinend keine Verschlechterung der Befunde mitgeteilt wurde und der Augeninnendruck auf dem Ausgangsniveau bei Diagnosestellung stagnierte. Das Vorgehen steht für PS07 somit offenbar im Widerspruch zu der früheren Aussage des Augenarztes. Sie erklärt sich die Entscheidung mit dem Sicherheitsbedürfnis ihres behandelnden Arztes in Zusammenhang mit ihrer starken Kurzsichtigkeit und dem ihrer Kenntnis nach grenzwertig erhöhten Augeninnendruck („Ich glaube, es war so bisschen, er wollt‘ sein Gewissen bisschen beruhigen, ne. Also ich hab‘ da einen Risikofaktor mit meiner hohen Kurzsichtigkeit.“). Im Zuge der eingeleiteten Tropfentherapie sei der Augeninnendruck in den zwei darauffolgenden Kontrollmessungen auf 17 (mmHg) gesunken.

(2) Anlässlich eines Umzuges in eine andere Stadt habe PS07 den behandelnden Augenarzt gewechselt. Die Entscheidung für diese Praxis traf sie anscheinend zum einen vor dem Hintergrund der Empfehlung einer Freundin, die sich und ihren Mann ebenfalls dort behandeln lassen habe, zum anderen holte sie offenbar Informationen auf den Internetseiten dieser neuen Praxis ein. Die Größe der Augenarztpraxis und die Möglichkeit von ambulanten Operationen vor Ort hätten dabei ihre Wahl zugunsten der Praxis beeinflusst. Bei einer ersten dort durchgeführten Augeninnendruckkontrolle habe der Wert bei 20 oder 21 (mmHg) gelegen, woraufhin ihr neuer Augenarzt das erste Medikament offenbar direkt absetzte. PS07 zufolge bezweifelte er die Drucksenkung durch das Medikament und wollte den Augeninnendruck zunächst ohne Tropfentherapie „beobachten“. Der Druck sei daraufhin von Kontrolle zu Kontrolle kontinuierlich bis auf 27 (mmHg) angestiegen. Infolgedessen wurde die Tropfentherapie offenbar wieder aufgenommen und zwei Medikamente mit drei Wirkstoffen eingesetzt. Während sich der Augeninnendruck auf dem rechten Auge durch die Medikation wieder senken lassen habe, seien auf dem linken Auge mehrfach hintereinander „Rekordwerte“ um die 37 (mmHg) gemessen worden. Diese Werte führten nach Ausschluss einer Lasertherapie aufgrund einer zu niedrig erwarteten Drucksenkung offenbar zur Entscheidung für eine Stentoperation (Mikrostent zur Glaukomtherapie). PS07 stellt sich nach Absetzen der ersten Tropfentherapie und nach Anstieg des Augeninnendrucks über das Ausgangsniveau hinaus die Frage, ob es richtig gewesen sei, die Medikation bereits auf Grundlage der ersten Kontrollmessung nach dem Praxiswechsel abzusetzen. Sie zieht in Betracht, dass es sich um einen einmalig erhöhten Tageswert hätte gehandelt haben können. Zudem habe der Augeninnendruck mit Blick auf die zwei vorherigen Kontrollmessungen in der alten Augenarztpraxis durch das erste Medikament anscheinend unter 20 (mmHg) gesenkt werden können. PS07 mutmaßt im Interview, dass die starke Druckerhöhung durch das abrupte Absetzen der Tropfentherapie ausgelöst worden sein könne. Sie habe gehört, dass beim Absetzen von Blutdruckmedikamenten der

Blutdruck wieder und stärker ansteigen könne als zuvor. Einen ähnlichen Zusammenhang zieht sie auch hinsichtlich der Erhöhung ihres Augeninnendrucks in Erwägung, auch wenn sie darauf verweist, dass sie einen solchen Zusammenhang medizinisch nicht erklären könne.

Die Verunsicherung und Belastung, die offenbar beide durch die für PS07 widersprüchlichen und nicht nachvollziehbaren Therapieentscheidungen ausgelöst worden sind, lassen sich anscheinend nur über das von ihr geschildete „Unsicherheitsdilemma", in dem sie sich selbst gesehen habe, begründen. Dabei steht die Angst vor den Folgen eines Glaukoms der Angst vor (langfristigen) Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente gegenüber („Also je sch- … je später, desto besser. Ich steh' immer auf dem Standpunkt, so v- … so wenig wie … so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich."). Während sie aus Angst vor Schäden am Sehnerv und der Einschränkung des Gesichtsfeldes der initialen Tropfentherapie zugestimmt habe, obwohl ihre Befunde unauffällig gewesen seien, sei es ihr wiederum entgegengekommen, dass die Medikamente aufgrund des Zweifels ihres zweiten Augenarztes an deren Wirkung wieder abgesetzt wurden, obwohl sie wusste, dass es sich um einen einmalig erhöhten Tageswert gehandelt haben könnte („Aber auf der anderen Seite war ich auch net böse, dass es abgesetzt wurde, weil dann hab' ich die ähm, die Dauernebenwirkung […] nicht."). Infolge der weiteren Entwicklung der Therapie stellte PS07 nicht nur infrage, ob das Absetzen der Tropfentherapie durch ihren zweiten Augenarzt richtig gewesen sei, sondern auch ganz grundsätzlich, ob die Aufnahme der Tropfentherapie nicht noch hinausgezögert hätte werden können.

> Und ähm ich, ich und ich war, im Nachhinein sage ich, ich weiß net, was passiert wäre, wenn ich das damals keine Medikamente genommen hätte, ob der auch, ob der auch angestiegen wär' oder ob der sich noch 'ne längere Zeit so kontinuierlich gehalten hätte. (PS07)

In ihren Zweifeln und alternativen Szenarien des medikamentösen Therapie- und Krankheitsverlaufs scheint sich ein stilles Therapiebereuen anzudeuten, dem PS07 offenbar vor allem mit einer reflektierten, konstruktiven Sicht auf die Ereignisse begegnet. Sie äußert sich im Interview verständnisvoll gegenüber ihren behandelnden Ärzten, indem sie einräumt, dass ihr dies genauso bei anderen Behandelnden hätte passieren können, und zeigt Gehör für die (vermeintlichen) Widersprüche in der Versorgung des Glaukoms. So hat sie offenbar keine Schuldvorwürfe an ihren zweiten Augenarzt gerichtet, als sie erfahren habe, dass zur postoperativen Behandlung des Auges nach einer Stentoperation cortisonhaltige Augentropfen und Salben eingesetzt worden seien, obwohl Cortison als Nebenwirkung zu einer Erhöhung des Augeninnendrucks führen könne. Ihr scheint diese Nebenwirkung bei der Entscheidung für die Stentoperation nicht bekannt gewesen zu sein. Die Erkenntnis, dass die postoperative Bewertung der Drucksenkung durch die Medikation möglicherweise negativ verzerrt wurde, lässt sie den Einsatz von Stents noch einmal überdenken, wenngleich sie für sich hinsichtlich der Entscheidungssituation feststellt, keine Alternative

gehabt zu haben, da sie größere Eingriffe zunächst vermieden wissen wollte. Schließlich hätten sich die „Rekordwerte“ auf dem linken Auge durch die medikamentöse Therapie offenbar nicht mehr senken lassen.

Der für das rechte Auge angedachten Stentoperation erteile PS07 zum Zeitpunkt des Interviews für den Moment erstmal eine Absage. Sie wolle zunächst abwarten, wie sich das operierte Auge in den Folgemonaten entwickele, bevor sie die Entscheidung hinsichtlich einer weiteren Stentoperation auf dem rechten Auge treffe.

Das grundlegende Vertrauen in ihren behandelnden Augenarzt verlässt PS07 trotz ihrer kritischen Sicht auf den Hergang der Therapie nicht. Anscheinend erkennt sie trotz ihrer Fähigkeit, medizinische Informationen zu recherchieren und zu verstehen, die fachärztliche (Erfahrungs-)Expertise an und befolgt nach eingehender Auseinandersetzung die Therapievorschläge. Insgesamt scheint sie sich gut aufgehoben zu fühlen, auch weil sie die operative Versorgung in der Praxis einer Operation in der Klinik aufgrund der besser wahrgenommenen hygienischen Verhältnisse und niedriger eingeschätzten Infektionsgefahren offenbar vorzieht („Also ich war ja letztens auch wegen anderer Sachen im Krankenhaus gewesen, […] da hab‘ ich auch manchmal die Augen zugemacht, um nicht alles zu sehen, ja? Also weil ich, die hygienische Verhältnisse find‘ ich zum Teil schon abenteuerlich.“). Sie versteht sich anscheinend als aktiver Teil der Entscheidungsfindung und macht unter Umständen von ihrem Veto Gebrauch. An ihrer Therapietreue lässt sie in Anbetracht der Ernsthaftigkeit und der akribischen Argumentation, mit der sie die Therapie ihrer Glaukomerkrankung reflektiert, keinen Zweifel aufkommen („Ohne jetzt äh das auf die leichte Schulter zu nehmen. Mach‘ ich net, ne.“). Möglicherweise befähigen sie ihre beruflichen Qualifikationen aus der Mediation, ihre Standortgebundenheit als Patientin bisweilen zu verlassen, indem sie einen Perspektivwechsel vollzieht und eine (objektive) informationsbasierte Metaebene einnimmt. Vor diesem Hintergrund kann Rationalisierung auch als mögliche Strategie im Umgang mit Unsicherheit und Ängsten interpretiert werden.

Perspektive auf die Glaukomerkrankung

Das Verständnis des Krankheitsbildes von PS07 deckt sich offenbar weitläufig mit dem professionellen medizinischen Verständnis des Glaukoms. Sie beruft sich vorrangig auf fachärztliche, wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigende Expertenmeinungen wie im Falle des Aufklärungsbuches einer ehemaligen Professorin für Augenheilkunde. Neben den Therapiemöglichkeiten thematisiert PS07 die Feststellung eines individuellen Zieldruckes für den Augeninnendruck unter Einbezug des Ausgangsniveaus der jeweiligen Person, aber auch Niedrigdruckglaukome oder den Einfluss von Durchblutungsstörungen bei der Erklärung des Krankheitsbildes.

Eine Anleitung mit Augenübungen und Entspannungstechniken, die in Form einer CD dem Aufklärungsbuch beigelegen habe, nutze PS07 nach eigener Aussage zwei- bis dreimal in der Woche. Die Anleitung solle dazu beitragen, Stress und Anspannung abzubauen,

um darüber auch den Augeninnendruck zu beeinflussen. PS07 sei sich nicht sicher, ob sich der Augeninnendruck tatsächlich so senken lasse, hebt jedoch hervor, dass die Durchführung ihrem „Gemüt“ guttäte und die Beispiele ihr dabei geholfen hätten, mit ihren Ängsten besser umgehen zu können. Einen Zusammenhang zwischen Stress und ihrem Glaukom scheint sie nicht zu sehen und argumentiert, dass ihr Augeninnendruck in Zeiten mit sehr viel Stress offenbar nie höher als 17 (mmHg) gewesen sei. Ihre „stressreiche“ Zeit umfasse die Jahre von 2000 bis 2010 und damit eine ganze Dekade. Stressfrei verläuft anscheinend auch ihr gegenwärtiges Leben nicht, wenngleich sie angibt, einen besseren Umgang damit zu pflegen als damals („Ja und äh also ich ähm bin zur Zeit jetzt nicht in ‘ner sehr, sagen wir mal, mein Stress hält sich, naja, kann ganz gut mit umgehen, ja?“). Die Aussage „Ich hab‘ schlimmere Zeiten erlebt gehabt.“, legt jedoch nahe, dass ihr Stressempfinden zum Zeitpunkt des Interviews nicht unerheblich sein kann.

5.2 Orientierungen im individuellen Krankheitsverstehen

Mit Blick auf die Herausforderungen einer patientennahen individuellen Versorgung chronisch kranker Patienten und Patientinnen steht die Einzelfallebene auch in diesem Kapitel im Fokus der Betrachtungen. Die Fallrekonstruktionen im vorangegangenen Kapitel wurden mit dem Ziel erarbeitet, die mehrfach über einstündigen Interviews unter Berücksichtigung der Forschungsfrage strukturiert aufzubereiten und in wesentlichen Punkten zusammenzufassen. Das vorliegende Kapitel stellt dar, wie sich die jeweiligen Patienten und Patientinnen in Bezug auf ihre Glaukomerkrankung orientieren. Die jeweiligen Orientierungen wurden – wie auch die Fallrekonstruktionen – in Anlehnung an die DM durch ein sequenzanalytisches Vorgehen, das in der Interpretation das *Was wird gesagt* von dem *Wie wird es gesagt* unterscheidet, streng am Material entlang und über den Fallvergleich herausgearbeitet. Den meisten der betrachteten Patienten und Patientinnen sind diese kognitiven (erfahrungsbasierten) Orientierungen unbewusst, sie beeinflussen aber deren Verhalten im Kontext der Glaukombehandlung und möglicherweise darüber hinaus. Sie ermöglichen in Anbetracht dessen ein besseres Verständnis von z. B. (Non-)Adhärenz, Patientenzufriedenheit/-unzufriedenheit bis hin zu Therapiebereuen im jeweiligen Patientenfall, indem sie aufzeigen, wo patientenseitige Vorstellungen unter Umständen von ärztlichen abweichen und welche Erwartungen sich daraus ergeben. In der Zusammenschau eröffnet sich für Forschende und Versorgende die Möglichkeit, das (individuelle) Krankheitsverständnis bzw. Krankheitsverstehen näher zu bestimmen.

5.2.1 PD06: Druck im Leben als Ursache für erhöhten Druck im Auge

Die pensionierte Lehrerin (und zeitweise stellvertretende Schulleiterin) PD06 scheint in der Auseinandersetzung mit der Glaukomerkrankung vordergründig der beinahe lebenslange Erwartungs- und Aufgabendruck in ihrem Sozialleben zu beschäftigen. Darin verortet sie

die Ursache für das Glaukom. Sie setzt gemeinsam mit ihrer Tochter die körperlichen Ausdrucksformen von Druck, die bei ihr diagnostiziert wurden („Druck im Herzen, Druck im Auge, Blutdruck“), mit einer übergeordneten Betrachtung des Phänomens Druck ins Verhältnis und sucht nach Erklärungen in ihrer Biografie. In diesem Reflexionsprozess identifiziert sie unterschiedliche Aufgabenfelder wie die Betreuung unterschiedlicher hilfebedürftiger Angehöriger, die Rolle als Ehefrau und Mutter, die Berufstätigkeit und die Bewältigung der Migräne als einschneidende Erkrankung, die durch ihre zeitliche Verwobenheit und ihr Aufeinanderfolgen von PD06 offenbar (rückblickend) als lebensbelastend gedeutet werden. Dies geht anscheinend soweit, dass sie Druck als eigenständiges Merkmal ihres Lebens, letztlich sogar als Persönlichkeitsmerkmal zu verstehen sucht. Damit verkehrt sie möglicherweise (unbewusst) die Betroffenheitsperspektive (Kontrollverlust) in eine Bewältigungsperspektive (Bestimmungsglaube) („Das macht mir nichts aus, ich bin‘s ja gewöhnt. Und es, wenn ich keinen Druck habe, [lachend] wahrscheinlich würd‘ ich mich totlangweilen und mir irgendwo Druck suchen.“). Neben den offenbar von außen an sie herangetragenen Erwartungen scheint PD06 auch mit einem ausgeprägten Anspruch an sich selbst konfrontiert zu sein, der es unter Umständen erst ermöglicht(e), dass PD06 sich der vielen Aufgaben verantwortungsvoll angenommen habe. Dies setzt sich in Anbetracht ihres Umzuges zu ihrer Tochter (nach 70 Jahren an einem Ort), um diese anlässlich ihrer Scheidung zu unterstützen, bis in die Gegenwart fort.

Der Orientierungsrahmen, in dem Druck im Leben in physische Manifestationen von Druck übergeht, scheint trotz ihrer Reflexionen weitreichender zu sein, als es sich für PD06 darstellt oder sie es im Interview zu verstehen gibt. Durch das Handeln ihrer damaligen Ärzte und Ärztinnen, die sie in ihrem Leiden nicht ernstgenommen hätten, avancierte die Bewältigung der Migräne offenbar zu einer Lebenserfahrung, die sie aktuell mit (Leidens-)Druck assoziiert. Ihre negativen Erfahrungen mit den damaligen Ärzten und Ärztinnen (im professionellen Gesundheitssystem) wirken sich offenbar auf ihre nachfolgenden Arzt-Patienten-Beziehungen aus, ohne dass der Einfluss PD06 bewusst zu sein scheint. Sie begegnet ihren behandelnden Augenärzten und -ärztinnen offenbar mit Skepsis und wechselt die Arztpraxis, wenn sie sich z. B. nicht respektiert oder bedrängt fühlt. Darüber hinaus empfindet sie die Erklärungsversuche der Glaukomerkrankung durch die Behandelnden offenbar als unzureichend angesichts neuer Fragen, die sich daraus ergeben würden. Dies zeigt sich auch bei der Thematisierung ihres Bluthochdrucks und des Augeninfarktes ihrer Tochter. Vor diesem Hintergrund kann ihre Suche nach einer (alternativen) Erklärung der Glaukomerkrankung und die Zuwendung zur Homöopathie auch als Ausdruck ihrer frühen Behandlungserfahrungen interpretiert werden.

Die Erfahrung in der Bewältigung der Migräne, sich selbst zu helfen, wenn andere dies (aus ihrer Sicht) nicht tun, beeinflusst anscheinend auch das Verhalten von PD06 in der Glaukomtherapie. So behält sie offenbar ihre Unabhängigkeit im Blick, sucht aktiv nach (alternativen) Erklärungen und passt, wenn erforderlich, ihre Tropfentherapie autonom

ihrem Lebensrhythmus an, wenn sie sich bspw. in der Öffentlichkeit bewegt und die Tropfen-einnahme als störend empfindet. Dennoch scheint sich PD06 nicht von ihrem Augenarzt und dem professionellen Gesundheitssystem abzuwenden. Sie nimmt offenbar die Tropfentherapie ernst und die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen wahr. Ihren Augenarzt scheint sie zu mögen und ihm zu vertrauen. Offenbar beachtet er sie hinsichtlich wahrgenommener Nebenwirkungen der Tropfentherapie und reagiert z. B. mit einem Medikamentenwechsel.

Der Fokus von PD06 in der Glaukombehandlung scheint (unbewusst) auf dem Umgang der Ärzte und Ärztinnen mit ihr als Patientin zu liegen, sodass medizinische Aufklärungsinhalte offenbar in den Hintergrund geraten. Dabei legt die Analyse des Interviews nahe, dass sie unter Berücksichtigung ihres Ausdrucksvermögens und der Fähigkeit zu differenzierten Reflexionen dazu imstande zu sein scheint, einer wissenschaftlich orientierten, medizinischen Aufklärung zum Glaukom zu folgen. Obwohl sie skizziert, dass der Druck im Auge auf Abflussproblemen des Kammerwassers basiere und „bestimmte Reaktionen im Auge“ auslöse, wendet sie sich anscheinend einer Deutung des Krankheitsursprunges zu, die von einem professionellen, anatomisch-physiologischen Krankheitsverständnis abweicht. In Anbetracht dessen scheint sich PD06 gleichzeitig sowohl in Distanz zu als auch nah an ihrer Glaukomerkrankung zu bewegen, wenn sie sich in einem biografischen Erklärungsansatz soziogenetisch mit den Ursprüngen ihrer Glaukomerkrankung auseinandersetzt. Die beschriebene Distanz scheint in Form von Zweifeln (z. B. initiale Ablehnung von lasertherapeutischen Verfahren) und autonomen Entscheidungen (z. B. Aussetzen und Nachholen der Tropfentherapie) auch Einfluss auf den Therapieprozess zu nehmen, wenngleich PD06, sofern sie in den Entscheidungsprozess miteinbezogen wird, die Therapie offenbar nicht (grundsätzlich) infrage stellt.

5.2.2 PD07: Leistungsdruck im Beruf

Den als Montagefachkraft tätigen PD07 scheint vordergründig der gestiegene Leistungsdruck auf Arbeit zu beschäftigen. Seine Aufmerksamkeit gilt offenbar der Bewältigung des Stresses, den er auf Arbeit erlebe. Der von ihm empfundene Leistungsanspruch löste anscheinend einen Leidensdruck aus, der einen temporären Verlust seiner Stimme, eine „psychiatrische Behandlung“ und eine Reha nach sich zog. In seinem Medikamentenplan finden sich drei Wirkstoffe zur Behandlung von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen. Die primäre Orientierung der gestiegenen Leistungserwartung auf Arbeit scheint (zumindest für den Zeitpunkt des Interviews und der vorherigen Jahre) zu erklären, warum sich PD07 soweit in Distanz zu seiner Glaukomerkrankung bewegt, diese weder direkt benennt („das Ganze“) noch erklärt. Darüber hinaus antizipiert er offenbar auch in anderen angesprochenen Zusammenhängen, wie seinem Alkoholkonsum und der korrekten Einnahme der Augentropfen, Erwartungen von Außenstehenden (wie z. B. dem Interviewer) an sein Verhalten. Diese bewegen ihn anscheinend zu rechtfertigenden Stellungnahmen.

Der gestiegene berufliche Leistungsdruck als primärer Orientierungsrahmen *führt* PD07 eher von der Auseinandersetzung mit der Glaukomerkrankung *weg* bzw. bindet offenbar seine Aufmerksamkeit. In seiner 22-jährigen Betriebszugehörigkeit habe er erlebt, wie die Arbeit durch Personalabbau über die Zeit verdichtet und zur Belastung wurde, also anscheinend nicht von Anfang an vom ihm als beeinträchtigend stressig empfunden wurde. Dies berücksichtigend steht mit dem Orientierungsrahmen (zum Zeitpunkt des Interviews) möglicherweise keine Erklärung zum Umgang mit der Glaukomerkrankung für den gesamten Zeitraum seit Diagnosestellung zur Verfügung. Einblicke in sein Krankheitsverstehen aus 21 Jahren Therapie (seit Diagnosestellung im Alter von 38 Jahren) gewährt er lediglich über den Augeninnendruck als Maß für die Beurteilung des Therapieerfolges („immer so ziemlich im normalen Bereich“) und potentielle Gesichtsfeldeinschränkungen, die als negativer Vergleichshorizont in sein Verstehen eingebunden sind. Bei der grundlegenden Interpretation dieser Zugänge ist PD07 offenbar gänzlich auf seine behandelnde Augenärztin angewiesen. Im Kontext ihres Expertenstatus scheint er sich vorrangig von ihr den Umgang mit der Erkrankung vorschreiben zu lassen. Anscheinend gibt er die Verantwortung vollends an seine behandelnde Ärztin ab und beruft sich (mantraartig) auf ihre grundsätzlich positiven Einschätzungen seines Krankheitszustandes. Zudem greift er auf informative Fragmente wie die Laienerzählung seines Vaters zum Unterschied zwischen Grünem und Grauem Star sowie praktische Darstellungen von Gesichtsfeldeinschränkungen aus dem Fernsehen zurück.

Vor diesem Hintergrund dokumentiert sich im Fall von PD07 kein (geschlossenes) medizinisch orientiertes Krankheitsverständnis. Lose, vorrangig praxisnahe und laientheoretische Bezugselemente prägen anscheinend seine Vorstellung der Erkrankung und ihrer Auswirkungen. Dabei zeigen sich nicht nur eine fehlende Verbindung der Vorstellungen zueinander, sondern auch Widersprüche, die den Eindruck vermitteln, dass es sich trotz des Versuches um ein abstraktes Verstehen handelt. So steht bspw. der Wunsch, den Augeninnendruck niedrig zu halten, der statischen Einschätzung, hinsichtlich der Krankheitsschwere „nochmal Glück gehabt“ zu haben, gegenüber.

5.2.3 PD08: Vitalität und Leistungsstärke

Der 60-jährige Hausmeister PD08 empfindet sich trotz einer täglichen Tropfentherapie seit über 20 Jahren und vierteljährlicher Kontrolluntersuchungen offenbar nicht in seiner Gesundheit eingeschränkt. Er scheint sich an körperlicher Vitalität und Leistungsfähigkeit zu orientieren und sich (unbewusst) in Konkurrenzsituationen mit seinem sozialen Umfeld zu begeben. So verweist bereits der Anlass des Augenarztbesuches, bei dem das Glaukom diagnostiziert wurde, auf einen von PD08 empfundenen *Wettkampf* mit seinen damals offenbar gleichaltrigen Freunden um eine gute Sehschärfe. Er selbst sei von dieser überzeugt gewesen und sah sich durch die Kontrolle bei seiner Augenärztin darin bestätigt. Das Konkurrenzdenken ist offenbar durch Vorstellungen von Männlichkeit eingefärbt, die mit

Leistungsstärke assoziiert zu sein scheinen („nur weil ich Kerl sein wollte und sagen: ‚So ich geh zum Augenarzt, ich komm hier wieder mit hundert Prozent Sehstärke'"). Auch in anderen angesprochenen Zusammenhängen, wie dem Vergleich seiner Fähigkeiten beim Tropfen mit denen von älteren Patienten und Patientinnen oder in Bezug auf das Erreichen der von ihm angestrebten Anzahl von 100 Blutspenden, dokumentiert sich, wie wichtig PD08 seine Leistungsfähigkeit gegenüber anderen offenbar ist.

Sein Fokus auf Vitalität und Leistungsfähigkeit als primärer Orientierungsrahmen trifft insofern auf einen *Nährboden*, als dass PD08 nach über 20 Jahren Therapie noch immer keine Symptome wahrnähme, worüber selbst seine Augenärztin ins Staunen gerate. Er vermutet, durch seinen damaligen Augenarztbesuch und die sich anschließende Tropfentherapie potenzielle Gesichtsfeldeinschränkungen möglicherweise vermieden zu haben. Dabei scheint er die nach seiner Aussage durch seine Augenärztin positiv hervorgehobenen Gesichtsfeldmessungen auch als Resultat seiner Leistung in der Tropfentherapie zu betrachten. Potenzielle Gesichtsfeldeinschränkungen fungieren in seinem Blick auf die Erkrankung anscheinend als ein negativer Vergleichshorizont, über dessen Ausschluss er sich im Zusammenspiel mit seiner Orientierung an (körperlicher) Leistungsstärke selbst kognitiv zu stabilisieren scheint. In Anbetracht dessen akzeptiert er die Erkrankung offenbar grundsätzlich, obwohl er sich gesundheitlich nicht eingeschränkt, nicht betroffen fühlt. Seine Motivation zur Therapietreue scheint auch aus dem (unbewussten) Wunsch nach Anerkennung und Bestätigung (seiner Leistung) durch seine Augenärztin hervorzugehen. Dieser begegnet er offenbar mit Respekt und lässt sich in der Therapie von ihr führen.

Vor diesem Hintergrund zeigt er kein Interesse an einem tiefgehenden Verständnis der medizinischen Krankheitszusammenhänge. Aus den Gesprächen mit den medizinischen Fachangestellten wisse er, dass der Augeninnendruck in einem „grünen Bereich" sei, wenn er unter 20 (mmHg) liege. Auch die Notwendigkeit eines Augeninnendrucks, damit das Auge nicht „zusammenklatsche", könne er nachvollziehen. Zudem scheint er sich vage zu erinnern, dass der Sehnerv „eingeklemmt oder so oder abgeklemmt" werde. Die Inhalte der Aufklärung durch seine Ärztin, von der er überzeugt sei, dass sie stattgefunden habe, habe er nicht behalten, weil er das Glaukom für sich nicht als Krankheit betrachte. Das Interview scheint in diesen Zusammenhang eine Auseinandersetzung mit dem Thema angestoßen zu haben. So argumentiert PD08, warum ihn der natürliche Alterungsprozess, die Anpassungsfähigkeit an Einschränkungen durch Kompensation und die fehlende Vorstellung davon, was er genau bemerken solle, davon abhielten, dem Glaukom zugeschriebene Veränderungen überhaupt als solche zu erkennen.

5.2.4 PS04: Verlust der Sehkraft auf dem linken Auge

Die 74-jährige Rentnerin PS04, die früher in der chemischen Reinigung gearbeitet habe, scheint zum Zeitpunkt des Interviews in der Auseinandersetzung mit der Glaukom-erkrankung vordergründig vom Verlust ihrer Sehkraft auf dem linken Auge eingenommen zu sein.

Ursache des Schadens scheinen Komplikationen im Zuge einer zweiten Mikrostentsetzung zur Unterstützung des Kammerwasserabflusses in diesem Auge gewesen zu sein. Angesichts dessen fokussiert PS04 trotz einer insgesamt etwa 26-jährigen Therapiegeschichte in ihrer Erzählung die letzten (offenbar drei) Therapiejahre. Erzählerische Ausflüge in Hintergründe zu ihrer Familie, ihrem Berufsleben oder der Bewältigung anderer Erkrankungen zeigen sich nur schemenhaft.

Mit Auftreten einer Trübung auf der linken Seite des Gesichtsfeldes habe sie nicht nur ihre langjährige Augenärztin verlassen und sei zu einem anderen Augenarzt gewechselt, sie schildert auch mehrere sich anschließende operative Eingriffe, die von Komplikationen und Revisionsversuchen, aber anscheinend auch von zwischenzeitigen Glaukomanfällen begleitet wurden. Zu den Behandlungsmethoden zählten (offenbar ergänzend zur Tropfentherapie) neben lasertherapeutischen Verfahren der auch als minimalinvasiv bezeichnete Einsatz von Mikrostents zur Glaukomtherapie. Infolge der Komplikationen, die offenbar zu ihrem linkseitigen Verlust der Sehkraft und dem sie still beherrschenden Leidensdruck führten, habe sie letztendlich ein Gewebeimplantat erhalten.

Ihre Wahrnehmung der Ereignisse scheint durch ein Gefühlsgemenge, das offenbar Resignation, Beherrschung, Angst, aber auch Hoffnung berührt, geprägt zu sein. Vor diesem Hintergrund bezieht PS04 die Chancen und Risiken der Therapien – sofern ihr diese bekannt sind – neben deren Ergebnis offenbar nicht in ihre Bewertung mit ein. Der Erfolg bzw. Misserfolg der von ihr erfahrenen Therapieschritte bei der Augeninnendrucksenkung ist das in ihrer Erzählung einzig erkennbare Bewertungskriterium. Die Enttäuschung über den stetigen Misserfolg der Eingriffe („tüchtich nen Stent eingesetzt“, „Und das haute nich hin“, „Und dann wurde/ging auch nich“, „Und da war das noch nich in Ordnung“) dokumentiert dabei in der Gesamtschau möglicherweise ein implizites Therapiebereuen als Folge unerfüllter Therapiehoffnungen an die Senkung des durch die Augenärzte und -ärztinnen offenbar immer als zu hoch kommunizierten Augeninnendrucks.

Darüber hinaus bilden sich zumindest anhand ihrer Darstellungen im Interview keine persönlichen, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehungen ab.

Dieser Orientierungs- und Bewertungsrahmen (*Verlust der Sehkraft auf dem linken Auge*) verdeutlicht neben den spärlichen Beschreibungen auch die Distanz, in der sich PS04 offenbar zu ihrer Glaukomerkrankung bewegt. Es lässt sich im Interview kein tiefgehendes Verständnis der Erkrankung und unabhängig des Grundes für ihre Erblindung auch kein Interesse an den Zusammenhängen rekonstruieren. Ihre Sicht auf die Erkrankung, wie sie diese bewertet und welche Gefühle mit dem Leben mit der chronischen Erkrankung einhergehen, dokumentiert sich in ihren Ausführungen kaum oder nur indirekt. Ihr Krankheitsverstehen ist durch ihre Erfahrungen mit den diagnostischen und therapeutischen Verfahren und einen auf die Senkung des erhöhten Augeninnendrucks reduzierten Bewertungsmaßstab geprägt. Sie wirkt beinahe orientierungslos und scheint sich mit ihren offenen Fragen und ihrer Sorge von Kontrolltermin zu Kontrolltermin zu hangeln.

5.2.5 PS07: Naturwissenschaftlich-erkenntnisorientierte Rationalisierung

Das Krankheitsverständnis und das therapeutische Entscheidungsverhalten der 54-jährigen Mediatorin PS07 verweisen auf einen körperbezogenen naturwissenschaftlich-erkenntnisbasierten Orientierungsrahmen. Sie verhandelt das Glaukom hinsichtlich der Bewertung der Erkrankung und ihrer Therapiemöglichkeiten für sich offenbar durch eigenständige und kritische Informationsbeschaffung und die Fokussierung auf die Expertise von ärztlichem und universitärem Fachpersonal. Im Interview entsteht bisweilen der Eindruck, dass sie an sich den Anspruch erhebt, dass Krankheitsbild und dessen Therapie derart zu durchdringen, dass sie in einem professionellen fachlichen Diskurs bestehen könnte. Sie möchte Therapieentscheidungen anscheinend nicht nur verstehen, sondern auch in diese einbezogen werden. In Bezug darauf scheint PS07 eher aus einer übergeordneten Perspektive (Metaebene) zu berichten, einer Draufsicht auf den Entscheidungs- und Therapieprozess, die zwischen ihrer Position als Patientin und der ihrer behandelnden Augenärzte vermittelt. Diese Umgangsweise geht möglicherweise aus ihrer Arbeit als Mediatorin hervor und bindet anscheinend ärztliche Dilemmata der gegenwärtigen Versorgung des Glaukoms in ihr Krankheitsverständnis ein. So zeigt sie sich offenbar besonnen gegenüber ihrem zweiten Augenarzt, als sie erfahren habe, dass zur postoperativen Behandlung des Auges nach einer Stentoperation cortisonhaltige Augentropfen und Salben eingesetzt würden, obwohl Cortison als Nebenwirkung zu einer Erhöhung des Augeninnendrucks führen könne. Dies ist ihr bei der Entscheidung für eine Stentoperation anscheinend nicht bekannt gewesen und scheint das Überdenken und Aufschieben einer möglichen zweiten Stentoperation angestoßen zu haben.

Ihr körperbezogener und naturwissenschaftlich-erkenntnisbasierter Orientierungsrahmen schließt offenbar aber nicht aus, dass sich PS07 gegenüber ergänzenden (alternativen) Behandlungsformaten offen zeigt. So probiert sie eigenständig Entspannungstechniken zur Stressbewältigung im Rahmen der Glaukomtherapie aus, obwohl sie sich des physiologischen Nutzens nicht sicher zu sein scheint. Die Übungen täten aber ihrem „Gemüt“ gut und hätten ihr geholfen, mit ihren Ängsten (z. B. vor Gesichtsfeldeinschränkungen und Nebenwirkungen der Tropfentherapie) besser umgehen zu können. Sie wünscht sich (in Anbetracht dessen) offenbar wissenschaftliche Ansätze, die in der Erforschung von Glaukom (mehr noch) den gesamten Körper in den Blick nähmen.

> Dass man net nur die Augen als Augen sieht, sondern auch den ganzen Körper sieht, weil möglicherweise gibt es Zusammenhänge, die man heute noch gar net kennt, ja? […] Manchmal muss man ja auch Krankheitsbilder ganz neu definieren. (PS07)

Auch zeigt sie sich anscheinend interessiert an Ansätzen, die den Schutz des Sehnervs vor Schädigung im Rahmen einer Glaukomerkrankung untersuchen. Es scheint, als wäre PS07 offen dafür, Glaukom nicht nur als eine Erkrankung der Augen zu verstehen. Diese ursprungsoffene Auseinandersetzung mit der Erkrankung entfaltet sich im Interview jedoch

vor allem vor dem Hintergrund ihres körperbezogenen naturwissenschaftlich-erkenntnisbasierten Orientierungsrahmens.

Die stetige Rationalisierung der Ereignisse kann im Fall von PS07 als der Versuch interpretiert werden, ihre Unsicherheiten, Ängste und Ansätze eines Therapiebereuens zu bewältigen, indem sie sich (bei der Entscheidungsfindung) fortwährend durch Neuordnung von Informationen und eine Reflexion ihrer situationsabhängigen objektiven Möglichkeiten emotional stabilisiert.

5.3 Vom Fall zum Muster

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die interpretativen Fallrekonstruktionen und die individuellen Orientierungsrahmen der einbezogenen Patienten und Patientinnen im Kontext der Glaukomerkrankung vorgestellt wurden, widmet sich dieses Kapitel Hinweisen, die sich aus dem Vergleich der Patientenfälle untereinander ergeben. Dabei können die folgenden Ausführungen auch als eine Offenlegung und Explikation jenes permanenten Vergleichs der Patienten und Patientinnen miteinander verstanden werden, der die Rekonstruktion der Fälle mit ihren Eigenheiten und Gemeinsamkeiten in der Analyse von Anfang an bestimmte.

Für den übergeordneten Fallvergleich der zugrundeliegenden Interviews ergeben sich inhaltliche Beschränkungen, die in dem Forschungsinteresse begründet liegen, für das die Daten ursprünglich erhoben wurden (siehe dazu Kap. 4.2.1). Die primären Forschungsvorhaben fokussierten u. a. die Untersuchung von Entscheidungsfindungsprozessen sowie von Erfahrungen in der Versorgung mit Mikrostents in der Glaukomtherapie. Andere konjunktive, also implizite geteilte Erfahrungsräume als der, den die Patienten und Patientinnen durch ihre Erkrankung an Glaukom und dessen Therapie generell teilen, lassen sich nur schwer rekonstruieren, weil die Auskünfte der Interviewten sich mal mehr und mal weniger stark auf das Erleben der Glaukomerkrankung und deren Therapie beschränken. Dennoch wird unter kontinuierlicher Einbeziehung der Informationen aus den Fallrekonstruktionen und der herausgearbeiteten Orientierungsrahmen der Versuch einer vergleichenden Darstellung unternommen, der das Verständnis des Umgangs von Glaukompatienten und -patientinnen mit der Erkrankung entlang übergeordneter Strukturpunkte von der Individualperspektive abzuheben sucht.

5.3.1 Auseinandersetzung mit der Erkrankung: Aktivierung durch Einschränkung

Die im vorherigen Kapitel dargestellten Orientierungen, im Rahmen derer die einbezogenen Patienten und Patientinnen im Interview ihre Glaukomerkrankung verhandeln, stellen sich divers dar. Jede der einbezogenen Personen folgt offenbar (unbewusst) einer individuellen Agenda, die das Verständnis bzw. das Verstehen der Erkrankung strukturiert und Einfluss auf das Verhalten in der Therapie zu nehmen scheint. Obgleich der Erzählstimulus in

allen Fällen die Erfahrungen mit dem Glaukom adressierte, zeigen sich anscheinend Unterschiede bei der (unbewussten) Priorisierung der Erkrankung im Kontext weiterer Lebensthemen, anhand derer sich die Erkrankung im Vorder- oder Hintergrund der patientenseitigen Aufmerksamkeit verorten lässt. Den Referenzkontext für den Vordergrund-Hintergrund-Vergleich können dabei nur die Interviews selbst bilden, da die Erzählaufforderung die Glaukomerkrankung fokussierte. Damit bleibt vor allem bei jenen Patienten und Patientinnen, die kaum etwas Persönliches über ihr Krankheitserleben hinaus von sich preisgaben (PD08, PS04, PS07), unklar, in welchen Vordergrund-Hintergrund-Verhältnissen sich das Glaukom gegenüber anderen Lebensthemen einordnen lässt.

Die beiden Männer PD07 (59 Jahre) und PD08 (60 Jahre), bei denen die Diagnosestellung über 20 Jahre zurückliegt, scheint das Thema Glaukom eher nachrangig zu beschäftigen. Während PD07 vor allem der empfundene Stress auf Arbeit, aus dem offenbar eine psychische Erkrankung hervorging, und dessen Bewältigung zu bewegen scheint, nimmt PD08 der Analyse zufolge das Glaukom im Kontext seines Erlebens nicht als Krankheit wahr. Er orientiert sich an Leistungsstärke und Vitalität, wodurch die Krankheit anscheinend in den Hintergrund gerät. Beide Patienten eint, dass sie keine Symptome wahrnähmen und auch von ärztlicher Seite positiven Zuspruch hinsichtlich ihres Krankheitsstandes erhielten. PD07 berichtet nur über temporäre Wechselwirkungen seines Asthmasprays mit dem eingesetzten Medikament in der Tropfentherapie, woraufhin seine Augenärztin einen Medikamentenwechsel veranlasst habe.

Demgegenüber scheinen sich die beiden Frauen PD06 (75 Jahre) und PS07 (54 Jahre) auch unabhängig des Interviews intensiver mit der Glaukomerkrankung auseinanderzusetzen, indem sie die Krankheitsursprünge und die Therapie kritisch hinterfragen. Beide verspüren zum Zeitpunkt des Interviews Nebenwirkungen in Form von Schleimhautschwellungen an den Lippen, Veränderung des Geschmackssinns und Medikamenteninteraktionen, die sie beide ursächlich der Tropfentherapie zuordnen. Ihre Diagnosestellungen liegen mit etwa fünf (PS07) bzw. sechs Jahren (PD06) deutlich kürzer zurück als die von PD07 und PD08.

Für die Patientin PS04 (74 Jahre) scheint die Erkrankung aufgrund des Auftretens einer Trübung auf der linken Seite des Gesichtsfeldes vor etwa drei Jahren (und in Anbetracht des Verlustes ihrer Sehkraft auf dem betroffenen Auge im Zuge der operativen Therapie) in den Vordergrund ihrer Aufmerksamkeit gerückt zu sein. Anscheinend befand sie sich zum Zeitpunkt des Interviews mit beinahe wöchentlichen Kontrolluntersuchungen noch in der Nachsorge einer Gewebeimplantation. Diese benötigte sie offenbar aufgrund von Komplikationen bei einer Mikrostentsetzung, die für ihre Erblindung auf dem linken Auge ursächlich zu sein scheinen. Ihre Diagnosestellung liegt unter den Interviewten mit etwa 26 Jahren am längsten zurück.

Obwohl alle Patienten und Patientinnen sich als therapietreu präsentieren, zeigt sich bei PD06, PS07 und PS04 eine Form der Auseinandersetzung mit der Erkrankung über das

Befolgen der Therapie und der Einhaltung der regelmäßigen Kontrolluntersuchungen hinaus. Diese wurde offenbar nicht erst durch die Teilnahme am Interview stimuliert wie bei PD07 und PD08. Auch wenn sich die drei Frauen hinsichtlich ihrer Orientierungsrahmen bei der Beschäftigung mit der Glaukomerkrankung mal mehr (PS04 gegenüber PD06 und PS07) und mal weniger unterscheiden (PD06 und PS07), verbindet sie die Wahrnehmung von Symptomen sowie Nebenwirkungen und Folgen der Therapie. Sie teilen offenbar einen wahrnehmungs- und erfahrungsbasierten Zugang zur Erkrankung, der sie in ihrem Verhalten in Form und Umfang sehr unterschiedlich aktiviert zu haben scheint. PS04 wechselte bspw. im Zuge des Auftretens der Trübung auf der linken Seite des Gesichtsfeldes und der für sie nicht nachvollziehbaren Einordnung dieses Symptoms durch ihre behandelnde Augenärztin offenbar die Augenarztpraxis, während PD06 anscheinend gemeinsam mit ihrer Tochter biografisch das Auftreten von sozialem und psychischem Druck als Ursache für körperliche Manifestationen von Druck diskutierte und sich (auch) im Rahmen der Glaukomerkrankung der Homöopathie zuzuwenden begonnen hat.

Sowohl bei PS04 und PD06 als auch bei PS07 dokumentieren sich seit Diagnosestellung Phasen im Therapieprozess, in denen sie sich offenbar weniger mit der Erkrankung auseinandergesetzt zu haben scheinen als zum Zeitpunkt des Interviews. So überfliegt PS04 in ihrer Erzählung zwei Therapiedekaden, in denen sie sich offenbar paternalistisch führen lassen hatte, während PD06 und PS07 insbesondere am Anfang der Therapie anscheinend keinen Handlungsdruck verspürten, weil sie die Erkrankung noch gar nicht für sich (emotional) erschlossen hatten und mussten. Für PD06 war die Diagnose vor dem Hintergrund ihrer Sehschärfe mit den Brillen und der Abwesenheit von wahrnehmbaren Symptomen zunächst anscheinend unverständlich. PS07, die aufgrund ihrer starken Kurzsichtigkeit offenbar auf die Möglichkeit weiterer Augenerkrankungen eingestellt war, sah sich unter Einordnung der diagnostischen Befunde als *für den Moment unbedenklich* zu Beginn nicht mit einer Medikation konfrontiert. Eine solche hätte sie womöglich schon früher entscheidend verunsichert, wie ihre Ausführungen zur späteren Aufnahme der Tropfentherapie nahelegen. Diese längeren (PS04) und kürzeren Phasen (PD06, PS07) des Therapieprozesses sind aufgrund der Abwesenheit von Symptomen, Nebenwirkungen und Folgen des Therapieprozesses offenbar durch einen passiven Umgang mit der Erkrankung geprägt.

Aktivierungsprozesse aufgrund wahrgenommener Einschränkungen zeigen sich anscheinend auch bei PD07 und PD08, wenngleich diese eher die Therapiebedingungen berühren. PD07 fühlte sich am Anfang der Therapie offenbar durch eine mögliche Kostenbeteiligung an zusätzlichen Augentropfen im Quartal eingeschränkt und lehnte eine solche ab. Anscheinend verlor er bei der ungeübten Anwendung am Auge vorbei zunächst Tropfen, die ihm am Quartalsende fehlten und setzte daraufhin offenbar die medikamentöse Therapie bewusst aus und teilte sich die Augentropfen eigenmächtig ein, um das vollständige Unterbrechen der Therapie am Ende des Rezeptzeitraumes zu vermeiden. Dies veranlasste ihn nach eigener Aussage Kontakt zu seiner Krankenkasse aufzunehmen, um eine

vollständige Kostenübernahme zu erwirken. Auch PD08 scheint das Tropfschema am Ende des Quartals eigenmächtig anzupassen, um das zeitweise vollständige Aussetzen der medikamentösen Therapie und eine Kostenbeteiligung zu umgehen. Seinen Berechnungen zufolge sei die Rezeptmenge selbst bei sicherer Anwendung von vornherein zu gering bemessen. Obgleich sich beide in ihrer Glaukomtherapie offenbar paternalistisch führen lassen und vor diesem Hintergrund für sich kein tiefgehendes Krankheitsverständnis zu beanspruchen scheinen, aktivierte eine mögliche Kostenbeteiligung an der Therapie eine Auseinandersetzung und Verhaltensänderung im Kontext der Therapiegestaltung.

5.3.2 Krankheitsverständnis: Erklärungsansätze und Distanz zur Erkrankung

In der Zusammenschau und Gegenüberstellung zeigen sich für alle fünf einbezogenen Patienten und Patientinnen unterschiedliche Orientierungsrahmen, die ihr Verhalten in der Therapie zu beeinflussen scheinen und für die zur Vordergrund-Hintergrund-Perspektive aus dem vorangegangenen Kapitel anscheinend eine Analogie besteht.

Jene Patienten, die die Glaukomerkrankung offenbar nicht vordergründig beschäftigt, scheinen auch über Orientierungsrahmen zu verfügen, die weiter von der Glaukomerkrankung entfernt sind (PD07, *Leistungsdruck im Beruf*, PD08, *Vitalität und Leistungsstärke*), als die Orientierungsrahmen der Patientinnen, für die das Glaukom eher im Vordergrund der Auseinandersetzung zu stehen scheint (z. B. PS04, *Verlust der Sehkraft auf dem linken Auge*). Andere (belastende) Lebensthemen, Symptomlosigkeit, fehlendes Schmerzempfinden und die Sehschärfe als wahrnehmungs- und erfahrungsbasierte Vergleichsgröße im Kontext der Funktionsbewertung der Augen distanzieren PD07 und PD08 offenbar von (den [medizinischen] Darstellungen) der Glaukomerkrankung und einem intrinsisch motivierten Krankheitsverständnis. Sie verfügen im Vergleich zu PS07 anscheinend über ein fragmentarisches Krankheitsverständnis, das sich summa summarum auf das Ziel der Senkung bzw. Stabilisierung des Augeninnendrucks und das Vermeiden von Gesichtsfeldeinschränkungen bezieht. Dabei fällt auf, wie sie sich an Hörensagen sowie den ärztlichen Aussagen und denen der medizinischen Fachangestellten zu orientieren scheinen. Die Wiedergabe dieser offenbar nicht inkorporierten, fremdenartigen Informationen erzeugt im Kontext des *Wie wird etwas gesagt* den Eindruck, dass die Inhalte für diese Patienten abstrakt zu sein scheinen. Der Versuch von PD08, über unbewusste Kompensations- und natürliche Alterungsprozesse sowie einer fehlenden Vorstellung der Gestalt von möglichen Symptomen zu argumentieren, warum er die Erkrankung nicht wahrnehmen könne, wird als Ausdruck einer durch diese Abstraktheit ausgelösten Verunsicherung interpretiert. Das Vertrauen in die positiven Aussagen seiner Augenärztin kann vor diesem Hintergrund als ein Stabilisierungsversuch betrachtet werden, der sich auch bei PD07 nachvollziehen lässt. Darüber hinaus hilft ihnen der negative Gegenhorizont der potentiellen Gesichtsfeldeinschränkung möglicherweise, das Präventionsparadox zu bewältigen: Schwere, wahrnehmbare Folgen sind durch die Behandlung offenbar ausgeblieben, sodass die als negativ

bewertete Krankheit nicht Teil ihres Erfahrungsraumes geworden ist. Über diesen Gegenhorizont legitimieren beide anscheinend die jahrelange Therapie und motivieren sich, diese fortzusetzen.

Auch PS04 scheint ein solches fragmentarisches, an ihre Erfahrungen mit diagnostischen und therapeutischen Verfahren geknüpftes Krankheitsverständnis zu besitzen. In ihrem Fall eröffnet sich mit dem Auftreten von Symptomen und dem Verlust ihrer Sehkraft auf dem linken Auge ein Verständnisproblem, das an ihre sehr eingeschränkten Kenntnisse in Bezug auf die Glaukomerkrankung und deren Therapie und das (von ihr geschilderte) ärztliche Aufklärungsgebaren gebunden zu sein scheint. PS04 ist offenbar nicht dazu in der Lage, für sich nachzuvollziehen, wie es zur einseitigen Erblindung kam. Weder ihre Hoffnung auf Verbesserung des Zustandes ihres erblindeten Auges noch ihr anscheinend weitestgehend unausgesprochener Leidensdruck können sich vor diesem Hintergrund auflösen. Die im Interview kaum erkennbare Reflexion ihrer Krankheitsgeschichte begründet sich möglicherweise aber auch in der Aktualität und der emotionalen Präsenz der Ereignisse: PS04 befand sich zur Zeit des Interviews noch in der Nachsorge der letzten Operation. Dies erschwerte ihr ggf. die reflexive Auseinandersetzung mit dem bisher Geschehenen. Unter Umständen sind es im Rahmen des anscheinend niedrigen Bildungsniveaus (siehe Fallrekonstruktion: berufliche Tätigkeit in der chemischen Reinigung) aber auch ihre intellektuellen Fähigkeiten, die ihr eine (umfassende) Reflexion erschweren.

Genauso wie PS04 scheint PD06 die Glaukomerkrankung eingängiger zu beschäftigen, wenngleich auch sie sich mitunter in Distanz zur Erkrankung zu bewegen scheint. So thematisiert sie z. B. die Zufriedenheit ihrer behandelnden Ärzte und Ärztinnen mit der Drucksenkung wie eine Zuschauerin. Auf die Frage, ob sie die ärztlichen Aufklärungsinhalte noch einmal wiedergeben könne, antwortet sie ausweichend und bricht ihre rudimentäre Beschreibung ab, obwohl sie zuvor angab, die Zusammenhänge in den letzten zwei Aufklärungsgesprächen längst vollzogen zu haben. Dies steht im Kontrast zu ihren sonst sehr analytischen und präzisen Darstellungen, die sie auch von PD07, PD08 und PS04 unterscheiden. Sie kennzeichnet zudem gegenüber diesen drei Patienten und Patientinnen eine anscheinend intrinsische Motivation, die Ursprünge der Erkrankung verstehen zu wollen. Dabei verfolgt sie einen psychosomatischen Erklärungsansatz, der sich offenbar von der medizinischen Aufklärung abhebt, die ihr bisher widerfahren zu sein scheint. Die aus ihrer Sicht *blinden Flecken* des ärztlichen Verständnisses und aus diesen resultierende Fragen sucht sie auf ihre Weise für sich zu beantworten.

Die Patientinnen PD06 und PS07 eint eine intensive Auseinandersetzung mit der Glaukomerkrankung. Anders als PD06 beruft sich PS07 jedoch auf das konventionelle professionelle medizinische Verständnis aufseiten der Behandelnden (und Wissenschaftler/-innen). Sie rationalisiert die Ereignisse in der Therapie offenbar über körperbezogene naturwissenschaftlich-erkenntnisbasierte Erklärung, die es ihr anscheinend ermöglicht, sich in Konfrontation mit unvorhergesehenen Wendungen wie Therapieanpassungen, die

von der ursprünglichen Argumentation der behandelnden Ärzte und Ärztinnen abweichen, (emotional) zu stabilisieren. Im Gegensatz zu PD06 greift sie (unbewusst) trotz offener Fragen jedoch kein alternatives, also ein von der Sicht der behandelnden Ärzte und Ärztinnen abweichendes Erklärungsmodell auf. Mit ihrem Wunsch, die Erforschung der Ursachen des Glaukoms auf den gesamten Körper auszuweiten, wendet sie sich erneut dem naturwissenschaftlich-erkenntnisbasierten Erklärungskontext zu, um offenen Fragen zu begegnen. Dies verdeutlicht, wie die Auseinandersetzung mit der Erkrankung durch die jeweiligen Orientierungsrahmen geprägt wird.

5.3.3 Die Arzt-Patienten-Beziehung: Vertrauen und Expertise als Anker

Die Patienten PD07 und PD08 beschreiben jeweils eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Sie wenden sich anscheinend den positiven ärztlichen Einschätzungen ihres Krankheitsstandes zu und bewältigen auf diese Weise womöglich das Präventionsparadox, dass sich für sie durch die (mutmaßliche) Wirksamkeit der Tropfentherapie bisher keine wahrnehmbaren Symptome zeigen. Ihnen bietet die Arzt-Patienten-Beziehung offenbar Orientierung und Sicherheit, wo sie aufgrund von anderen (belastenden) Lebensthemen (z. B. Leistungsdruck im Beruf, PD07), Symptomlosigkeit, fehlendem Schmerzempfinden und der Sehschärfe als wahrnehmungs- und erfahrungsbasierte Vergleichsgröße im Kontext der Funktionsbewertung der Augen lediglich ein fragmentarisches Krankheitsverständnis entwickelt zu haben scheinen. Die beruhigenden Einschätzungen fungieren im Hinblick auf schreckensszenische familienbiografische (PD07) und öffentliche Informationen (PD07, PD08) anscheinend als positiver Vergleichshorizont, den sich die Patienten durch wiederholte Bezugnahme beinahe mantraartig vergegenwärtigen. Sie wollen offenbar keine Zweifel an der Berechtigung der ärztlichen Aussagen für sich aufkommen lassen, worin sich jedoch selbst latente Zweifel und Unsicherheiten, vielleicht sogar Ängste zu dokumentieren scheinen, die ihnen auch durch eine paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung in Form der Verantwortungsabgabe an medizinische Experten und Expertinnen anscheinend nicht genommen wurden. Sowohl PD07 als auch PD08 bewegen sich offenbar in einem hierarchischen Arzt-Patienten-Verhältnis. In beiden Fällen zeigen sich jeweils das Vertrauen in und der Respekt vor ihrer behandelnden Augenärztin sowie das Befolgen der Tropfentherapie und der regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. Während der als Montagefachkraft tätige PD07 offenbar eine Erwartungshaltung an seine Patientenrolle antizipiert, scheint der Hausmeister PD08 die Anerkennung (seiner Leistung) durch seine Ärztin zu suchen (siehe dazu auch Orientierungsrahmen PD07 und PD08). Ergänzt werden diese *arztbezogenen* Motivationen durch den negativen Vergleichshorizont der Gesichtsfeldeinschränkung und erklären zusammengenommen offenbar die (von äußeren Rahmenbedingungen unbeeinflusste) Therapietreue, die angesichts der Ausführungen zur Hilfestellung durch die Ehefrau (PD07) und zu Wechseln und Wirkung der Augentropfenpräparate (PD08) jeweils glaubhaft erscheint.

Die pensionierte Lehrerin PD06 und die Mediatorin PS07 scheinen sich im Vergleich zu PD07 und PD08 mehr Autonomie einzuräumen. Ihnen ist offenbar gemeinsam, dass sie in die Entscheidungsfindung involviert werden möchten. Dabei scheint sich jedoch ihre Motivation zu unterscheiden. Während PD06 offenbar ein Verhältnis auf Augenhöhe wichtig zu sein scheint, in dem sie nicht zum „Puttchen", zu einem *kleinen, hilfebedürftig anmutenden Frauchen* herabgewürdigt, sondern wahrnehmbar ernst genommen wird, legt die Fallanalyse von PS07 nahe, dass sie sich durch die Aneignung eines medizinisch-professionellen Krankheitsverständnisses vermutlich eine weitgehend eigenständige Entscheidungsfindung ermöglichen will. PD06 verhandelt die Arzt-Patienten-Beziehung aufgrund ihrer zurückliegenden negativen Versorgungserfahrungen mit Ärzten und Ärztinnen (im Rahmen der Migräne) anscheinend eher auf einer Beziehungsebene, die zu beeinflussen scheint, ob sich PD06 gegenüber einer Therapie offen oder abweisend zeigt. Im Gegensatz dazu stellt PS07 hinsichtlich des Entscheidungsprozesses mit der Glaukomerkrankung offenbar viel deutlicher den Grund der zustande gekommenen Arzt-Patienten-Beziehung in den Mittelpunkt der Auseinandersetzung, wenngleich beide die Rationale der Erkrankung unter Prägung ihres Orientierungsrahmens (PD06, *Druck im Leben als Ursache für erhöhten Druck im Auge*; PS07, *Versuch einer körperbezogenen und naturwissenschaftlich-erkenntnisorientierten Rationalisierung*) dem Anschein nach zu verstehen suchen. Obgleich sie (aufgrund der Wahrnehmung von Nebenwirkungen der Tropfentherapie) eigenständig versuchen, sich die Glaukomerkrankung zu erklären, scheint die Arzt-Patienten-Beziehung an Bedeutung zu gewinnen, wenn sich kritische Ereignisse auf Ebene der Therapie einstellen, die sie nicht nachvollziehen können (z. B. die Schleimhautschwellung von PD06 an ihren Lippen). Trotz der von PS07 berichteten Widersprüche in der Therapie wechselt diese nach Absetzen des ersten Medikaments und im Zuge des Augeninnendruckanstieges über das Niveau zu Behandlungsbeginn hinaus nicht den Augenarzt. Stattdessen argumentiert sie vor dem Hintergrund ihres naturwissenschaftlich-erkenntnisorientierten Krankheitsverständnisses für die Komplexität der Behandlung und der daraus resultierenden Versorgungsdilemmata und scheint darüber (unbewusst) zu versuchen, sich in ihrer Erwartung an ihren behandelnden Augenarzt und die Therapie zu entlasten. Sie zieht im Punkt der ärztlichen Versorgungserfahrungen, und damit außerhalb der Theorie, offenbar für sich eine Grenze, hinter der das Vertrauen in die Expertise ihres Augenarztes offenbar an Bedeutung gewinnt, ohne dass daraus ein paternalistisches Verhältnis resultiert. So überdenkt PS07 nach Bekanntwerden der potentiellen Nebenwirkung eines Anstieges des Augeninnendruckes durch eingesetzte cortisonhaltige Präparate anscheinend ihre Entscheidung hinsichtlich einer zweiten Stentoperation und schiebt diese vorerst auf, ohne sich offenbar von ihrem Augenarzt abzuwenden.

Sowohl PD06 als auch PS07 scheinen in der Zusammenschau in Bezug auf die Auseinandersetzung mit dem als komplex wahrgenommenen Krankheitsbild und der Therapie letztlich auch Sicherheit in der Arzt-Patienten-Beziehung zu suchen, wenngleich sie

offenbar ihre persönliche Verantwortung nicht vollends abzugeben bereit sind. Sie wollen womöglich in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden, um auf diese Weise (unbewusst) einen (empfundenen) Kontrollverlust in Anbetracht einer weitläufig symptomfreien Krankheit zu verhindern.

Im Fall von PS04 sind im Vergleich zu den vier anderen Fällen keine vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehungen dokumentiert, auch wenn dies nicht bedeutet, dass es keine gegeben haben kann. Auffällig ist in diesem Kontext die über 20-jährige Versorgung der Glaukomerkrankung durch ein und dieselbe Augenärztin, die PS04 offenbar erst durch einen Arztwechsel infolge des Auftretens einer Trübung auf der linken Seite des Gesichtsfeldes abgebrochen habe. In Behandlung ihres neuen Augenarztes begann ihrer Erzählung zufolge offenbar unmittelbar die von ihr geschilderte operative *Odyssee* von Eingriffen, Komplikationen und Revisionen der letzten drei Jahre, in deren Folge PS04 anscheinend auch unterschiedliche Ärzte und Ärztinnen in einer Augenklinik versorgen. Diese Bedingungen können für die Etablierung einer stabilen Arzt-Patienten-Beziehung als widrig gedeutet werden. Möglicherweise ist das Verhältnis zu ihren Behandelnden angesichts ihres Orientierungsrahmens (*Verlust der Sehkraft auf dem linken Auge*) und dem darin einzig dokumentierten Bewertungskriterium, der Fokussierung auf den Erfolg bzw. Misserfolg eines Therapieschrittes, für PS04 (zum Zeitpunkt des Interviews) irrelevant.

5.3.4 Krankheitsverstehen: Gedanken zur Soziogenese

In der Interviewanalyse deuteten sich über Hinweise auf geschlechts-, bildungs-, generations- und krankheitsspezifische Erfahrungen konjunktive, also von den Patienten und Patientinnen geteilte Erfahrungsräume (siehe Kap. 4.3.3) an, die sich soziogenetisch auf das Krankheitsverstehen und das Therapieverhalten ausgewirkt haben könnten. Anhand des zugrundeliegenden Datenmaterials ist jedoch nur schwer einzugrenzen, ob, wann und in welchem Ausmaß die mit Erfahrungen in der Sozialisation assoziierten Merkmale (jeweils oder in Kombination) wirksam werden. Mit der Montagefachkraft PD07 und dem Hausmeister PD08 stehen zwei beinahe gleichaltrige Männer einer Generation zwei offensichtlich höher gebildeten, mit Abstand von 21 Jahren unterschiedlich alten Frauen (PD06, pensionierte Lehrerin und zeitweise stellvertretende Schulleiterin; PD08, Mediatorin, auch im Personalmanagement tätig) gegenüber. Auch wenn sich andeutet, dass der Orientierungsrahmen von PD08 mit Fokus auf Vitalität und Leistungsstärke durch Männlichkeitsvorstellungen eingefärbt ist und PD07 mit seinem Anspruch, dem Stress auf Arbeit standzuhalten, möglicherweise dem Stereotyp eines erwerbstätigen (ostdeutschen) Mannes (unbewusst) gerecht zu werden versucht, können die soziogenetischen Vergleichsdimensionen nicht hinreichend differenziert betrachtet werden. Eine derartige Auswertung setzt die Hinzunahme höher gebildeter, ost- und westdeutscher Männer verschiedenen Alters, die an POWG erkrankt sind, voraus, um bspw. für den Einfluss des Bildungsniveaus, der

Sozialisation (und Prägung des Staatssystems) sowie der Generation zu kontrollieren. Zudem müsste eine komparative Analyse entlang der Vergleichsdimension Geschlecht erfolgen.

Hinzu kommen im Rahmen dieser Analyse die unterschiedlichen Ausprägungen krankheitsspezifischer Merkmale. Sowohl PD07, PD08 und PS04 teilen die Erfahrung einer über 20-jährigen Glaukomtherapie, während bei PS07 und PD06 erst etwa fünf bis sechs Jahre seit Diagnosestellung vergangen sind. Wie im Kapitel 5.3.1 bereits dargelegt wurde, haben die einbezogenen Patienten und Patientinnen zudem anscheinend sehr unterschiedliche Erfahrungen mit der Wahrnehmung von Symptomen und Nebenwirkungen sowie der Anwendung von Therapieschritten gesammelt.

Der minimale Kontrast, den die Patientinnen PD06 und PS07 trotz eines Altersunterschiedes von etwa 21 Jahren im Vergleich untereinander sowie gegenüber PS04, PD07 und PD08 darstellen, legt jedoch nahe, dass ein hohes Bildungsniveau und das Auftreten von körperlichen Einschränkungen (hier Nebenwirkungen) in Kombination maßgeblich eine intrinsisch motivierte, intensive Auseinandersetzung mit der Erkrankung entlang eines (weitgehend) medizinisch-professionellen Krankheitsverständnisses zu aktivieren scheinen. Beiden stehen mit einer gesprächstherapeutischen Ausbildung (und der Ehe mit einem Psychologen, PD06) sowie beruflichen Qualifikationen im Bereich der Mediation und des Personalmanagements (PS07) offenbar Ressourcen im Sinne von Bildung und Erfahrung zur Verfügung, die sie anscheinend zu differenzierten Reflexionsprozessen befähigen. Gleichwohl verweisen die von PD06 geschilderten Krankheits- und Versorgungserfahrungen in Bezug auf ihre Migräne auf mögliche generationsspezifische Unterschiede, die offenbar den Umgang des ärztlichen Personals mit ihr als Frau bzw. Patientin und den damaligen Wissensstand zum Krankheitsbild berühren. Mit einem Altersunterschied von etwa 21 Jahren verfügen die Patientinnen PD06 und PS07 vor diesem Hintergrund möglicherweise über unterschiedliche generationsspezifische Erfahrungen als Frauen bzw. Patientinnen im Gesundheitssystem.

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser qualitativen Sekundäranalyse erweitern sowohl auf der Individualebene als auch fallübergreifend in Form von möglichen Mustern das Verständnis der Patientenperspektive bei POWG.

Die einzelnen Fallrekonstruktionen in Kapitel 5.1 verdeutlichen, wie biografische Ereignisse, die (häusliche) Lebenssituation, das soziale Umfeld und dessen eingebrachte Unterstützung, systemische Bedingungen der Gesundheitsversorgung sowie der Umgang mit Komorbiditäten und pflegebedürftigen Angehörigen die Krankheitsbewältigung (simultan) beeinflussen und sich auf die Therapie auswirken können. Die interpretativen Zusammenfassungen stellen darüber hinaus die in den Interviews berichteten Wissensbestände der jeweiligen Patienten und Patientinnen zum Krankheitsbild und zur Therapie dar. Diese können vor allem im Verständnis der pathologischen Vorgänge beim POWG bei fast allen einbezogenen Patienten und Patientinnen als äußerst eingeschränkt bezeichnet werden, wenn sie an ein grundlegendes professionell-medizinisches Krankheitsverständnis angelegt werden. So dokumentieren sich in den Interviews mehrfach Unsicherheiten mit und Zweifel an der Diagnose oder an der Angemessenheit und Wirksamkeit der Therapie. Diesen Unsicherheiten liegen offenbar (stabilisierende) Orientierungsrahmen der Patienten und Patientinnen zugrunde, im Kontext derer die Glaukomerkrankung individuell bearbeitet und erklärt wird. Die Orientierungsrahmen scheinen ihren Ursprung in anderen, aktuellen oder in der Biografie zurückliegenden (belastenden) Lebensthemen und aus diesen resultierenden Erfahrungen zu haben. Sie wirken sich dem Anschein nach auf die Motivation zum und die Beschaffenheit des Krankheitsverständnisses sowie auf das Verhalten in der Glaukomtherapie aus und stellen mitunter alternative Erklärungen der Erkrankungszusammenhänge bereit.

Die Auseinandersetzung mit dem POWG erfolgt aufseiten der Patienten und Patientinnen eher gewissenhaft oder am Rande, anscheinend je nachdem, ob der Orientierungsrahmen die Erkrankung in den Fokus stellt oder diese durch andere Lebensthemen an Bedeutung verliert und in den Hintergrund gerät. Wie in Kapitel 5.3.1 dargestellt, scheinen das Auftreten von körperlichen, finanziellen und alltagsorganisatorischen Einschränkungen und die jeweiligen Orientierungsrahmen einander zu bedingen und die Patienten und Patientinnen in ihrer Beschäftigung mit dem Glaukom und dessen Therapie (temporär und hinsichtlich des Ausmaßes unterschiedlich) zu aktivieren. In dieser qualitativen sequenziellen interpretativen Analyse offenbart sich dies am deutlichsten in der Gestalt der Arzt-Patienten-Beziehung, die anscheinend den jeweiligen Orientierungsrahmen, das Krankheitsverstehen im Sinne von Gesundheitskompetenz und die damit assoziierte Entscheidungsfindung wechselwirkend stabilisiert und reproduziert. Patienten und Patientinnen, die keine

körperlichen Einschränkungen wahrnehmen, scheinen die Verantwortung in der Therapie an ihre behandelnden Ärzte und Ärztinnen zu delegieren und nur sehr eingeschränkt Wissen um die Erkrankung und Therapie für sich zu beanspruchen. Dies kann sich mit Auftreten von Einschränkungen ändern und zum Erleben von Besorgnis und Frustration führen, wenn sich die Zusammenhänge für die Betroffenen sodann nicht erschließen. Demgegenüber scheinen sich Patienten und Patientinnen, die Symptome oder UAW in der medikamentösen Therapie wahrnehmen, auch an ihre Ärzte und Ärztinnen zu wenden, offenbar beschäftigen sie sich aber darüber hinaus eigenständig mit (alternativen Erklärungen von) Ursprüngen der Erkrankung und mit (alternativen) Therapieoptionen. Ein hohes Bildungsniveau scheint in Anbetracht der Ergebnisse dieser Arbeit die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und das Krankheitsverständnis zu begünstigen, wenn einschränkende Symptome und UAW die Aufmerksamkeit auf die Glaukomerkrankung gelenkt haben. Es zeigte sich aber auch, dass hohe Bildung allein kein Garant dafür ist, einem evidenzbasierten medizinischen Krankheitsverständnis zu folgen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse legen zugrunde, dass Patienten und Patientinnen sich die Erkrankung eher erfahrungs- bzw. wahrnehmungsbasiert erschließen. Dies zur Prämisse nehmend ist für das POWG festzustellen, dass ein wahrnehmungsbasierter (kognitiver) Zugang zur Erkrankung in frühen Krankheitsstadien ohne Symptome und UAW voraussichtlich nicht hinreichend möglich ist. Die Betroffenen sind ohne die primäre Wahrnehmung ihrer Erkrankung anscheinend in besonderem Maß abhängig von externen Informationen und Einschätzungen, mit denen ihnen zu vermitteln gesucht wird, dass sie eine ernstzunehmende Erkrankung haben. Erschwerend kommt hinzu, dass UAW in der medikamentösen Behandlung bei einem durch Symptomlosigkeit als nicht einschränkend wahrgenommenen Krankheitsverlauf als unnötige Belastung empfunden werden können. Patientenseitige Zugänge zur Glaukomerkrankung über die Erfahrungen im Sehen ohne und mit Brille werden vor diesem Hintergrund insofern verständlich, als die Sehleistung den nächstgelegenen Erfahrungshorizont (in Bezug auf das Organ Auge) und damit einen Bezugspunkt der Wahrnehmung darstellt. Eine in frühen Stadien oftmals symptomfreie, abstrakte Erkrankung am Auge wird im Abgleich mit persönlichen Erfahrungen anscheinend mit der naheliegenden Sehleistung ins Verhältnis gesetzt, die womöglich Orientierung im Lebensereignis *Glaukomdiagnose* gibt. Wird die Sehleistung wiederum nicht als beeinträchtigt wahrgenommen, besteht kein hinreichender Stimulus, die diagnostizierte Erkrankung anderweitig/tiefergehend zu verstehen und zu akzeptieren.

Biografische Erfahrungen scheinen die Sicht auf und den Umgang mit der Glaukomerkrankung eigendynamisch zu prägen. Die Befunde dieser Untersuchung verdeutlichen, wie individuelle Orientierungen (im Krankheitsverstehen) mit dem medizinisch-professionellen Krankheitsverständnis verwoben sind, dieses ergänzen oder ersetzen können. Sie konkurrieren (patientenseitig) offenbar mit diesem um Plausibilität. In der Konsequenz scheinen sie das Therapieverhalten zu beeinflussen und das Handeln der Patienten und

Patientinnen zu motivieren und für diese zu legitimieren, selbst wenn gesicherte medizinische Informationen dem entgegenzustehen scheinen. Die Orientierungsrahmen können in Zusammenschau mit biografischen Ereignissen, der (häuslichen) Lebenssituation, dem sozialen Umfeld, den systemischen Bedingungen der Gesundheitsversorgung sowie dem Umgang mit Komorbiditäten und pflegebedürftigen Angehörigen demnach das Aussetzen und autonome Anpassen der Tropfentherapie bzw. Entscheidungsfindungsprozesse (in der Folgerichtigkeit des Denkens der Patienten und Patientinnen) erklären. Die Ergebnisse weisen damit über die Erkenntnis hinaus, dass die Mehrzahl der einbezogenen Patienten und Patientinnen über ein eingeschränktes Wissen zum POWG zu verfügen und die Verantwortung in der Therapie offenbar vor allem an die Augenärzte und -ärztinnen abzugeben scheint. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung stellt sich in dieser Arbeit vielmehr als (kontinuierlicher) Bewältigungsversuch über eine intakte (vertrauensvolle) Arzt-Patienten-Beziehung dar, in dem die Patienten und Patientinnen je nach Einschränkung durch Symptome und UAW und Gestalt ihrer Orientierungsrahmen die Erkrankung eher aktiv zu verstehen suchen oder kein tiefergehendes Interesse am Krankheitsverständnis zeigen.

6.2 Einordnung in die wissenschaftliche Literatur

Wie in Kapitel 2.3 dargelegt, sind dem Autor über die Literaturrecherche Studien bekannt geworden, in denen im Kontext der Erforschung von (Non-)Adhärenz auf das Teilthema *patientenseitiger Wissensstand zum Krankheitsbild und zu den Therapieoptionen* als Befundkomplex eingegangen wurde (z. B. Taylor, Galbraith, und Mills 2002; Tsai u. a. 2003; Lunnela, Kääriäinen, und Kyngäs 2010; Newman-Casey u. a. 2016). Untersuchungen, die primär das Krankheitsverstehen von Patienten und Patientinnen mit POWG in den Mittelpunkt der Forschung stellen, fanden sich unter den identifizierten nicht. Viele Hinweise zum Umgang mit der Erkrankung und der Therapie im Alltag, die im Format der Fallrekonstruktionen zusammengefasst wurden, decken sich mit den Befunden qualitativer Studien zu Hindernissen in der Tropfentherapie: bspw. der Bedarf zusätzlicher Tropfendosen im Verschreibungszeitraum und deren Kostenübernahme, Probleme, in der Berufstätigkeit und Öffentlichkeit der (zeitlich exakten) Tropfeneinnahme nachzukommen, oder die Vernachlässigung der persönlichen Gesundheitsvorsorge aufgrund der Pflege von Angehörigen. Diese Barrieren können die Selbstfürsorge und Adhärenz in der Therapie des POWG negativ beeinflussen (z. B. Taylor, Galbraith, und Mills 2002; Tsai u. a. 2003; Friedman u. a. 2008; Lacey, Cate, und Broadway 2009). Der Erkenntnisgewinn dieser Arbeit gegenüber den identifizierten, vorrangig inhaltsanalytischen (und deskriptiv-statistischen) Auswertungen besteht darin, dass Hindernisse in der Glaukomtherapie offenbar multifaktoriell (siehe dazu auch Tsai 2009), in bestimmten (zeitlich limitierten) Lebens- und Krankheitsumständen auftreten und diese (unbewusst) von biografischen Erfahrungen kognitiv und handlungsleitend strukturiert werden. In dieser qualitativen Sekundäranalyse konnten

implizite (bzw. atheoretische) Wissensbestände rekonstruiert werden, mittels derer sich die Patienten und Patientinnen im Lebensereignis *Glaukomerkrankung* zu orientieren scheinen. Die Orientierungsrahmen entsprechen möglicherweise den mentalen Konzepten und patientenseitigen Überzeugungen, von denen Newman-Casey u. a. annehmen, dass sie die Vorstellungen der von ihnen einbezogenen Patienten und Patientinnen, was Glaukom ist und wie *es* ihr Leben beeinflusst, strukturieren (Newman-Casey 2016: 4). Diese Konzepte des Verständnisses von Krankheitssymptomen und UAW seien, wie die hier ermittelten Orientierungsrahmen auch, nicht immer pathophysiologisch fundiert. Leider führen die Autoren und Autorinnen nicht aus, welche patientenseitigen Überzeugungen sie im Rahmen ihrer Studie identifizierten und wie sich diese Vorstellungen möglicherweise auf die Annahmen zu Ursachen, Entwicklung und Therapie der Erkrankung auswirkten.

Eine Aktivierung der Patienten und Patientinnen durch die Wahrnehmung von UAW zeigte sich auch bei Friedman u. a. (2008) und Newman-Casey u. a. (2016: 7). Entgegen ihrer Erwartungen stellten Friedman u. a. fest, dass Patienten und Patientinnen, die bei der Tropfentherapie ein Brennen oder Stechen einräumten, sich eher an die Therapie hielten, als Patienten und Patientinnen, die keine therapiebedingten Zeichen anführten (2008: 1325). Der Wunsch nach Reduzierung der UAW durch Therapie- oder Präparatwechsel, aber auch die symptomatische Wahrnehmung und damit assoziierte Einsicht, dass es sich um ein Medikament handelt, scheinen eine intrinsisch motivierte Therapietreue und/oder Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu begünstigen. Augentropfen werden ohne Auftreten von wahrnehmbaren Reaktionen bzw. Veränderungen und ohne Wissen um deren Wirksamkeit von Patienten und Patientinnen in ihrer Funktion bisweilen lediglich mit dem befeuchten der Augen assoziiert.

In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich eine vonseiten der Patienten und Patientinnen positiv wahrgenommene Arzt-Patienten-Beziehung als stabilisierend, während problematisch wahrgenommene Beziehungen mit Unsicherheit, Frustration und Arztwechseln einhergehen. Den hier einbezogenen Fällen zufolge kann ein positives Verhältnis zu den Behandelnden Adhärenz offenbar begünstigen, selbst wenn kein tiefergehendes Verständnis der Erkrankung und Therapie zu erkennen ist. Das patientenseitige Therapieverhalten und die Akzeptanz ist bei einem Verhältnis, das durch Abhängigkeit zum ärztlichen Fachwissen und zu ärztlichen Entscheidungen gekennzeichnet ist, angesichts veränderbarer Bedingungen und auftretender Einschränkungen (z. B. Arztwechsel, Auftreten von Symptomen) womöglich fragil und anfällig für das Bereuen von Therapieentscheidungen (Decisional-Regret), da die Krankheitsbewältigung eher extrinsisch motiviert, legitimiert und angewiesen wird. Das Phänomen des Therapiebereuens sowie die patientenseitige Therapiezufriedenheit im Kontext von Entscheidungsfindungsprozessen wurden insbesondere in der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Krebs weitreichend untersucht (siehe z. B. Flitcroft, Brennan, und Spillane 2018; Sisk, Kang, und Mack 2020; Chichua u. a. 2022). Friedman u. a. stellten in ihrer Untersuchung fest, dass Patienten und Patientinnen,

die ausschließlich Informationen von ihren Ärzten und Ärztinnen bezogen, gegenüber kollaborativen Patienten und Patientinnen, die gemeinsam mit ihren Behandelnden Wissensbestände austauschten, und gegenüber sich überwiegend eigenständig informierenden Patienten und Patientinnen eine geringere Adhärenz aufwiesen und weniger Besorgnis über Krankheitsfolgen äußerten (Friedman u. a. 2008: 1324). Den Autoren und Autorinnen zufolge erhielten die stark informationsabhängigen Patienten und Patientinnen weniger Informationen und Antworten auf ihre Fragen und wurden seltener von ihren Ärzten und Ärztinnen angesprochen, ob sie Fragen oder Verständnisprobleme hätten. Ihr eher passives, zu den Behandelnden informationsabhängiges Krankheitsverstehen sei im Kontext eines gesundheitsbezogenen Verhaltens aber möglicherweise auch anderen Faktoren als einer ausschließlich eingeschränkten Arzt-Patienten-Kommunikation geschuldet (Friedman u. a. 2008: 1324). Diese Faktoren diskutierten die Autoren und Autorinnen jedoch nicht. Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen in diesem Zusammenhang hingegen, wie andere (belastende) Lebensthemen (z. B. Stress auf Arbeit), die Pflege von Angehörigen, eine paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung, aber auch ein niedrig einzuschätzendes Bildungsniveau die Selbstfürsorge und aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung einschränken können und exemplifizieren Ursachen für Passivität in der Krankheitsbewältigung. Die patientenseitige Verantwortungsabgabe kann ihren Ursprung aber auch in der Zuweisung und Anerkennung der ärztlichen Expertise (inklusive des Wissens um aktuelle Therapiemöglichkeiten und Erkenntnisse zum Krankheitsbild) finden, wie es Taylor, Galbraith, und Mills auf Grundlage ihrer Daten darlegen (2002: 406f.). Dies lässt sich auch unter den in dieser Studie einbezogenen Patienten und Patientinnen nachweisen. Die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung hoben auch Newman-Casey u. a. hervor, die in Fokusgruppendiskussionen mit Patienten und Patientinnen feststellten, dass deren Schwerpunkt auf der Zeit lag, die Behandelnde aufwenden würden, um deren Perspektive zu ermitteln und für diese angemessene Antworten bereitzustellen (2016: 4).

Insbesondere die patientenseitigen Orientierungsrahmen *Druck im Leben als Ursache für erhöhten Druck im Auge* und *Vitalität und Leistungsstärke* in den vorliegenden Ergebnissen lenken den Blick darüber hinaus auf offenbar elementare Prägungen in der (frühen) Biografie, die den Umgang mit Krankheit bzw. Gesundheit auch unabhängig des POWG zu beeinflussen scheinen. Wollny (2012: 138) untersuchte familienbiografisch die Genese hausärztlicher Krankheitskonzepte und stellte in ihren Interview- und Interaktionsanalysen fest, wie diese „akteursspezifische[n] Orientierungsmuster in der Wahrnehmung, Deutung und im Umgang mit Gesundheit und Krankheit“ die Behandlung der jeweiligen Patienten und Patientinnen „entitäts*un*abhängig“ (ebd.) beeinflussten (siehe dazu auch Kreher u. a. 2008). Die Patientin PD06 zog das Erklärungskonzept *Druck im Leben [als Ursache für erhöhten Druck im Auge]* nicht nur heran, um die Ursachen der Glaukomerkrankung zu ergründen und in der eigenen Folgerichtigkeit zu verstehen. Das Konzept erklärte für sie auch ihren diagnostizierten Bluthochdruck und ihre

Herzerkrankung mit Folge einer Stentsetzung. Es handelt sich demnach um ein krankheitsentitätsübergreifendes Verstehen, dass den Interviewdaten zufolge auf einem „*biographischen Erfahrungskonzept[en]* [Hervorhebung im Original]“ (Wollny 2012: 133) beruht. Biografisch determinierte patientenseitige Orientierungsrahmen können insofern möglicherweise nicht nur den Umgang mit dem POWG, sondern auch mit anderen Komorbiditäten (in einem Patientenfall) erklären. Darüber hinaus zeigen sich in Bezug auf Diabetes und Hypertonie bspw. ähnliche Herausforderungen bei der Vermittlung des Krankheitsbildes und dem eigenverantwortlichen Therapiemanagement (siehe z. B. Gonzalez, Tanenbaum, und Commissariat 2016: 5–7; Burnier und Egan 2019: 1128). Auch bei diesen Krankheitsbildern scheint Non-Adhärenz u. a. mit Symptomlosigkeit und patientenseitigen Überzeugungen (zur Wirksamkeit der Therapie) assoziiert zu sein. Löffler u. a. (2015: 454f.) ermittelten darüber hinaus in ihrer qualitativen Studie mit multimorbiden Patienten und Patientinnen, dass diese Erkrankungen fokussieren, die sie in ihrer Autonomie und in ihrem Sozialleben am stärksten einschränken. Aus medizinischer Sicht bedrohlichere Erkrankungen gerieten in den Hintergrund der Aufmerksamkeit, wenn diese weniger Symptome und Beschwerden verursachten. Die Prioritäten der versorgenden Allgemeinmediziner und -medizinerinnen und der Patienten und Patientinnen im Krankheitsmanagement bei Multimorbidität wichen in der Folge häufig voneinander ab (ebd.).

6.3 Stärken und Schwächen der Arbeit

Die Auseinandersetzung mit den Stärken und Schwächen der vorliegenden Untersuchung erfolgt für einen besseren Überblick in sieben Punkten (a-g).

(a) Gegenüber qualitativen Sekundäranalysen, die von externen Forschenden durchgeführt werden, profitiert die vorliegende Untersuchung von dem Umstand, dass der Autor nicht nur als Studienkoordinator für die Primärstudien tätig war, sondern die Daten als eine von zwei Personen erhob und als Mitglied einer interdisziplinären Analysegruppe auch primär für das IAM auswertete. Herausforderungen, die z. B. mit der Anonymisierung der Daten, den Datenzugangsvoraussetzungen und dem Datenschutz, der (erneuten) Einschätzung durch eine Ethikkommission sowie Kenntnissen zum Erhebungsprozess und insofern mit der Machbarkeit und dem Aufwand in Anbetracht des antizipierten Erkenntnisgewinns assoziiert sind, ergeben sich für diese projektinterne Sekundäranalyse nicht (Witzel, Medjedović, und Kretzer 2008: 15–20). Der Autor war in alle Stadien des Forschungsprozesses involviert, hatte uneingeschränkt Zugang zu den Daten und verfügt über detaillierte Kontextinformationen zur Studiendurchführung.

(b) In den in der Literatur identifizierten qualitativen Studien mit Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, kamen vorrangig inhaltsanalytische Auswertungsverfahren zum Einsatz (Kap. 2.3). Diese wurden mehrfach mit einem

deskriptiv-statistischen Vorgehen kombiniert, sodass Inhalte in Kategorien gefasst, ausgezählt, prozentual dargestellt und entlang von Häufigkeitsauszählungen hinsichtlich ihrer Relevanz für die Versorgung eingeordnet wurden. Durch die inhaltliche Fragmentierung der Patientenperspektive mittels Kodierung und thematischer Kategorienbildung können Informationen nicht mehr im Kontext betrachtet werden und Zusammenhänge lösen sich auf. Zudem setzt ein inhaltsanalytisches Verfahren, wie es auf Phillipp Mayring zurückgeführt wird (Mayring 2015, 2019), nach Ansicht des Autors voraus, dass das, was die Interpretierenden auf der Ebene der Wort- bzw. Satzbedeutung im Gesagten der Patienten und Patientinnen glauben zu erkennen, ist, was die Interviewten tatsächlich meinten und wonach sie handeln. Gegenüber den Interviewenden (und den Behandelnden) geben Patienten und Patientinnen jedoch bisweilen nur preis, was sie preisgeben möchten oder für angemessen erachten. Sie reagieren auf Fragen und Informationen womöglich in einer Weise, die sich an den antizipierten bzw. von Ärzten und Ärztinnen formulierten Erwartungen und Bewertungen in Bezug auf Therapieverhalten orientiert und sozial erwünschte Antworten bedingt. Sprachliche Mittel wie Ironie oder Sarkasmus, die die Bedeutung des Gesagten verändern, können über paraphrasierende Codes zudem nicht einbezogen werden. Die DM als interpretatives Auswertungsverfahren untersucht gegenüber inhaltsanalytischen Verfahren neben dem *Was wird gesagt?* auch das *Wie wird etwas gesagt?* und rekurriert damit nicht ausschließlich auf eine (konventionell geteilte) Wort- und Satzbedeutungsebene. In dieser Untersuchung ermöglichte ihre Anwendung, Wissens- und Erfahrungsbestände sowie patientenseitige Orientierungen zu rekonstruieren, von denen angenommen wird, dass sie das Krankheitsverständnis und Handeln im Umgang mit der Erkrankung beeinflussten, ohne dass sich die Patienten und Patientinnen darüber bewusst zu sein schienen und entsprechend intentional darüber sprechen konnten.

(c) Obgleich in den Analysen und Interpretationen teilweise soziogenetische Aspekte, also Hinweise auf geschlechts-, generations-, milieu- oder versorgungsspezifische konjunktive Erfahrungen identifiziert werden konnten, fokussierte der narrative Erzählstimulus thematisch die Glaukomerkrankung, nicht aber die gesamte Biografie der Patienten und Patientinnen, in der das Glaukom als ein Teilthema in die Lebensgeschichte eingebettet ist. In der Folge wurden durch die Interviewten mehrheitlich große Teile der Biografie ausgespart. Biografische Rückbindungen von geschilderten Einstellungen, Meinungen oder Erfahrungen konnten in der Analyse nur eingeschränkt erfolgen und waren ggf. entsprechend vorsichtig zu interpretieren. Eine *soziogenetische Typenbildung* (Nohl 2017: 43–47), in der die sozialen Ursprünge der identifizierten Muster in den Blick genommen werden, konnte mit der vorliegenden Datenbasis nicht verfolgt werden. Die Themenzentrierung der Interviews (der Primärstudien) und die eingeschränkten institutionellen Informationen zur Versorgung der interviewten Patienten und Patientinnen auf Ebene der Augenarztpraxen limitierten die Rekonstruktion sozialer Entstehungszusammenhänge der Muster. In Kapitel

5.3.4 wurde der Versuch unternommen, mögliche soziale Ursprünge zu thematisieren und Erfordernisse für eine tiefergehende soziogenetische Betrachtung zu benennen.

(d) Die Sicht der Interpretierenden war möglicherweise selbst durch Orientierungen eingefärbt, durch Erfahrungen und (atheoretisches) Wissen aus der Sozialisation in Milieus und Gruppen. Aber auch Emotionen und die Präsenz von eigenen Lebensthemen könnten sich in der Interviewanalyse auf die Deutung der Erzählungen der Interviewten ausgewirkt haben. Für Menschen, die Menschen und deren Verhalten untersuchen und damit selbst direkt (in der Interviewsituation) oder indirekt (als außenstehende Person in der Interviewanalyse) an Interaktionsprozessen teilnehmen, kann vollkommene Unvoreingenommenheit in der Deutung nur als Ideal verstanden werden. Dieses galt es in der Arbeit am Material stets zu vergegenwärtigen. Die Auswertung in der interdisziplinären Analysegruppe sowie der kontinuierliche fachliche Austausch im wissenschaftlichen Kollegium (aus der Analysegruppe) kontrollierten für den Einfluss der sozialen Herkunft sowie der persönlichen Ressourcen und Erfahrungen (des Autors) bei der Interpretation der Daten. Folglich beruhen die Ergebnisse dieser Arbeit nicht allein auf der kritischen Auseinandersetzung des Autors mit dem Interviewmaterial, sondern sind Resultat eines multiperspektivischen und interdisziplinären reflexiven Analyseprozesses.

(e) Die einbezogenen Patienten und Patientinnen wurden von ihren behandelnden Augenärzten und -ärztinnen persönlich auf die Studienteilnahme angesprochen und damit z. B. nicht über eine öffentliche Ausschreibung auf die Primärstudie aufmerksam. Im (Sub-)Sample sind dadurch anscheinend auch Personen vertreten, die unabhängig des Rekrutierungsgespräches womöglich nicht aus eigenem Antrieb an der Primärstudie teilgenommen hätten, sondern ihren behandelnden Ärzten und Ärztinnen zu liebe. Dennoch wählten die Rekrutierenden die Patienten und Patientinnen, die sie ansprachen, möglicherweise selektiv (jeweils) nach bestimmten Kriterien aus. In der qualitativen Sekundäranalyse stellte sich bspw. heraus, dass die untersuchten Fälle als eher adhärente Patienten und Patientinnen mit einem (zum Zeitpunkt des Interviews) in der Tendenz eher positiven Verhältnis zu ihren behandelnden Augenärzten und -ärztinnen zu verstehen sind. Offenbar nahmen sie ihre Antiglaukomatosa regelmäßig ein und die vereinbarten Kontrolluntersuchungen wahr. Einschränkungen der Therapie ergaben sich bei diesen Patienten und Patientinnen in erster Linie anscheinend durch externe Faktoren wie eine von vornherein zu gering bemessene Tropfenmenge pro Quartal. Offenbar unerreicht blieben eher non-adhärente Patienten und Patientinnen, die z. B. ihre Therapie vernachlässigten oder nicht bewältigen konnten oder trotz Diagnose gar nicht bei Augenärzten und -ärztinnen vorstellig wurden. Dennoch verweisen die vorliegenden Ergebnisse auch bei anscheinend adhärenten Patienten und Patientinnen auf ein eingeschränktes Krankheitsverständnis und (zurückliegende) Hindernisse in der Therapiebewältigung und -organisation, sodass die vorliegenden Erkenntnisse gleichwohl zur tiefgehenden Erklärung von Non-Adhärenz in der Therapie des POWG beitragen.

(f) Ein möglicher Kritikpunkt könnte sein, dass die vorliegend analysierten Patienten und Patientinnen lediglich aus drei (Gemeinschafts-)Praxen stammen. Trotz des Auftretens von Arztwechseln in den analysierten Fällen sollten zur Prüfung und ggf. Erweiterung der Erkenntnisse mehr Patienten und Patientinnen verschiedener Ärzte und Ärztinnen betrachtet werden. Auf Grundlage von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wurden insgesamt 60 niedergelassene Augenärzte und -ärztinnen im Radius von ca. 100 Kilometern um die Hansestadt Rostock postalisch und alle Ärzte und Ärztinnen der UAK per E-Mail angeschrieben und jeweils einmal an die Studienteilnahme erinnert. Lediglich fünf der 60 angeschriebenen Augenarztpraxen erklärten sich im Anschluss an ein weiteres Anschreiben für die Rekrutierung von Patienten und Patientinnen bereit. Obwohl die Rekrutierungsquote mit 3 % sehr gering ausfiel, ist die Primärstudie sowie die daraus hervorgehende qualitative Sekundäranalyse dieser Untersuchung in Anbetracht weniger (Erfahrungen mit qualitativen) Versorgungsforschungsstudien in der (deutschen) Augenheilkunde als wegbereitend und erkenntnisstiftend zu bewerten.

(g) Die Zahl der einbezogenen Patienten und Patientinnen limitiert die Ergebnisse insofern, als die identifizierten fallübergreifenden Muster nicht weiter zu Typen ausgearbeitet (*sinngenetische Typenbildung*) werden konnten. Um belastbare datenbasierte Typen des patientenseitigen Krankheitsverstehens ableiten zu können, müssen mehr Interviews durch verschiedene Forschende an unterschiedlichen Versorgungsstandorten in anderen Regionen Deutschlands erhoben und ausgewertet werden. Auf diese Weise soll die Bandbreite soziodemografischer und krankheitsspezifischer Personenmerkmale weitreichender berücksichtigt und für bisher möglicherweise unbekannte Einflussfaktoren bei der Studiendurchführung kontrolliert werden (siehe auch Kap. 5.3.4).

Die vorliegende Untersuchung muss als eine explorative qualitative Studie verstanden werden, die Einblicke in individuelles, aber auch musterhaftes Krankheitsverstehen von Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, gewährt. Unter Berücksichtigung der vorangestellten Stärken und Schwächen stellt sie Erkenntnisse für die Patientenversorgung und das Design weiterer qualitativer und quantitativer Studien bereit.

6.4 Implikationen für die Versorgung

Als eine altersassoziierte Erkrankung steht das POWG häufig neben weiteren Erkrankungen nicht für sich allein. Dabei kann die Erkrankung gegenüber den Komorbiditäten im Vorder- oder Hintergrund der Aufmerksamkeit stehen bzw. prioritär oder nachrangig behandelt werden. Für die Therapie ist auf Grundlage der Befunde dieser qualitativen Sekundäranalyse angezeigt, die Position der Glaukomerkrankung zu anderen Erkrankungen über den Medikationsplan hinaus zu berücksichtigen, um sich daraus ergebende Probleme in Bezug auf Non-Adhärenz identifizieren zu können. Insbesondere symptomfreie Krankheitsverläufe können die Erkenntnis der Therapierelevanz und die Akzeptanz der

Behandlung gegenüber symptomatisch wahrnehmbaren Erkrankungen auf Patientenseite erschweren (siehe dazu auch Löffler u. a. 2015). Dies berücksichtigend ist eine umfassende Betrachtung von Patienten und Patientinnen im Sinne des *biopsychosozialen Modells* (Engel 1977) – wie diese z. B. in der Allgemein- und Familienmedizin betont wird – zum Verstehen von patientenseitigen Orientierungen, Non-Adhärenz sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität und -zufriedenheit angezeigt (siehe bspw. zum Einfluss psychosomatischer Aspekte in der Glaukomchirurgie Emmerich 2021). Diese biopsychosoziale Betrachtung sollte das Wissen um Lebens- und Arbeitsbedingungen, aber auch soziale Verpflichtungen und Freizeitaktivitäten mit einbeziehen, Therapiehindernisse, Coping-Strategien und persönliche Ressourcen in Anlehnung an ein „hermeneutisches Fallverständnis“ (Bahrs 2012) identifizieren und für die Behandlung nutzbar machen. Eine *patientenzentrierte Betrachtung* schließt über klinische Parameter hinaus die patientenrelevanten mit ein. Der Ermittlung der jeweiligen Gesundheitskompetenz der Patienten und Patientinnen kommt im Kontext dessen eine besondere Bedeutung zu. Gesundheitskompetenz umfasst „das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden“ (BMG o. J.). Sie trägt demnach maßgeblich zur Gesunderhaltung und zur Krankheitsbewältigung bei (ebd.). Muir u. a. (2006) stellten in ihrer Studie zur Gesundheitskompetenz und Adhärenz in der Glaukomtherapie fest, dass Patienten und Patientinnen mit geringer ausgeprägten Kompetenzen beim Lesen und Schreiben eine schlechtere Adhärenz in der medikamentösen Therapie aufwiesen als Patienten und Patientinnen mit stärker ausgeprägten Kompetenzen beim Lesen und Schreiben (Muir u. a. 2006: 224f.).

Die Glaukomerkrankung kann nach gegenwärtigem Kenntnisstand ursächlich (für Laien offenbar) nicht hinreichend erklärt werden. Symptomlosigkeit erschwert den kognitiven Zugang zum Verständnis der Erkrankung weiter, sodass sich die einbezogenen Patienten und Patientinnen (offenbar unabhängig des Bildungsniveaus) mehrheitlich in Distanz zur Erkrankung zu bewegen scheinen. Das medizinische Begriffsinventar der Augenheilkunde ist mit Blick auf die Ergebnisse dieser Untersuchung anscheinend nur sehr eingeschränkt dienlich, um die pathologischen Vorgänge beim POWG und deren Therapie für Patienten und Patientinnen verständlich zu machen. Der Einsatz persönlicher Ressourcen wie Zeit und Bildung (z. B. für Recherche im Internet, die Suche nach Experten/Expertinnen und Selbsthilfegruppen) begünstigt offenbar ein (partielles) Krankheitsverständnis, wenngleich die individuelle patientenseitige Orientierung darin eingebunden zu bleiben scheint. Das Fehlen eindeutiger Erklärungen der Erkrankungszusammenhänge begünstigt unter Zuhilfenahme persönlicher (oder fremder) Erfahrungen die Genese (biografisch determinierter) patientenseitig-plausibler Erklärungen der Krankheitsursachen und Wirkungszusammenhänge der Behandlung, die Einfluss auf das Therapieverhalten zu nehmen scheinen. Wenn die Glaukomerkrankung auch höher gebildeten Patienten und Patientinnen schwer vermittelbar ist, wird der Arzt-Patienten-Kommunikation und -beziehung mit Berufung auf die

vorliegenden Ergebnisse anscheinend eine elementare Bedeutung zuteil. Ohne ein tiefergehendes Krankheits- und Therapieverständnis und in Abwesenheit wahrnehmbarer Symptome wird das Vertrauen in die ärztliche Expertise unabdingbar. Nervöse, von Angst getriebene und unsichere Patienten und Patientinnen erhoffen sich bei Auffälligkeiten und Veränderungen von Wiedervorstellungen dann womöglich, dass die Behandelnden mit Blick auf ein potenzielles Erblindungsszenario schnell eingreifen. Eine von den Patienten und Patientinnen positiv wahrgenommene Arzt-Patienten-Beziehung fördert offenbar Sicherheitsempfinden und Adhärenz trotz eines eingeschränkten Krankheitsverständnisses (zum Einfluss von Vertrauen in der medizinischen Versorgung siehe z. B. Hall u. a. 2001; Brennan u. a. 2013; Pokhilenko u. a. 2021). Die Abhängigkeit zur ärztlichen Expertise hinsichtlich eines Krankheits*un*verständnisses stellt jedoch eine Herausforderung für die Versorgung dar, wenn Patienten und Patientinnen durch das Eintreten von wahrnehmbaren Symptomen und UAW an Lebensqualität verlieren und von Sorgen und Angst beherrscht werden.

Aufgrund des sich in den Daten abzeichnenden Einflusses patientenseitiger Orientierungen auf das Therapieverhalten ist angezeigt, individuelle Krankheitsvorstellungen und Erklärungsansätze von Patienten und Patientinnen proaktiv zu ermitteln, indem (in einzelnen Konsultationen) mehr Gesprächszeit und aktives Zuhören für die Patientenperspektive bereitgestellt werden (siehe dazu auch Lunnela, Kääriäinen, und Kyngäs 2010). Den Ärzten und Ärztinnen obliegt es aufgrund der durch ihre Expertise gegebenen Hierarchie, die patientenseitigen Erklärungen zu explorieren und ggf. unter Einbezug der *patientenseitigen Folgerichtigkeit* verständlich und nachvollziehbar zu korrigieren. Die Technik der *narrativen Gesprächsführung* (Höck u. a. 2017) bietet die Möglichkeit, sich den patientenseitigen Orientierungen und Erklärungskonzepten zu nähern. Durch Motivation zum Erzählen, aktives Zuhören und erzählgenerierende offene immanente Nachfragen, die die Formulierungen der Patienten und Patientinnen aufgreifen, werden diese zum freien Erzählen und zur Vertiefung ermutigt (ebd.). Dabei gilt es hierarchische Arzt-Patienten-Verhältnisse zu überwinden und zum offenen Austausch auf Augenhöhe zu ermutigen. Der Einsatz zusätzlicher zeitlicher Ressourcen in der ophthalmologischen Konsultation scheint in Anbetracht der vorgesehenen durchschnittlichen Konsultationszeit und des Aufgabenspektrums in Klinik und Niederlassung schwer umzusetzen. Dies berücksichtigend kann es nicht hinlänglich sein, per se mehr Patientenzentrierung im Versorgungsalltag zu fordern. Vielmehr müssen in Lehre, Aus- und Weiterbildung sowie im Versorgungsalltag Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es Augenärzten und -ärztinnen ermöglichen, eine patientenzentrierte und für Patienten und Patientinnen verständliche Gesprächsführung zu erlernen und anwenden zu können. Auf der einen Seite stehen medizinisch ausgebildete, teilweise langjährig erfahrene Fachärzte und -ärztinnen, deren tägliche Arbeit durch die Wiederholung inkorporierten Wissens und inkorporierter Praktiken in der Versorgung von Krankheitsbildern geprägt ist, auf der anderen Seite Patienten und Patientinnen, denen es je nach

Möglichkeit der Wahrnehmung der Erkrankung erschwert sein kann, diese (ohne eine geschulte medizinische Denkweise) hinlänglich zu verstehen. Ärzte und Ärztinnen arbeiten in Anbetracht von angespannten Versorgungsstrukturen durch Personalmangel, hohe Scheinzahlen und Krankenstände mitunter an ihren Belastungsgrenzen. Herausforderung ist, eine Patientenzentrierung über Kommunikation und Veranschaulichung so zu gestalten, dass der institutionelle Versorgungsauftrag im Kontext der Praxis- und Klinikarbeit nicht erschwert, sondern erleichtert wird. Kein Fall ist wie der andere. Das bedeutet aber auch, nicht alle Patienten und Patientinnen bedürfen viel Zeit, wenn es um eine patientenzentrierte Aufklärung und Versorgung geht. Die Gegebenheiten des Krankheitsbildes und der Versorgungsstrukturen stellen sowohl Patienten und Patientinnen als auch Ärzte und Ärztinnen vor Herausforderungen. Wenn die Gruppe von Patienten und Patientinnen, denen es prinzipiell möglich ist, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen, zu mehr Krankheitsverständnis und begleiteter Autonomie bewegt werden soll, bedarf es dazu (auch) der Unterstützung von Augenärzten und -ärztinnen (in Form einer verständlichen Aufklärung). Die frühzeitige Förderung von Krankheitseinsicht und Therapieakzeptanz kann helfen, unnötigen Wiedervorstellungen außerhalb der Kontrolluntersuchungen und Non-Adhärenz zu begegnen. Eine Entlastung der behandelnden Augenärzte und -ärztinnen in der Langzeitperspektive und eine Stärkung der Awareness der Patienten und Patientinnen sollten dabei erklärte Ziele sein. Der *National Action Plan Health Literacy* (Schaeffer u. a. 2018) verdeutlicht in diesem Zusammenhang, dass die Ausbildung patientenseitiger Fähigkeiten zur Förderung von Krankheits- und Therapieverstehen im Umgang mit medizinischen Informationen nicht allein in der Arztpraxis verortet werden kann. Wissenschaftlichen Schätzungen zufolge geben mehr als 54 % der deutschen Bevölkerung an, Probleme bei der Beschaffung, dem Verständnis, der Bewertung und der Anwendung von gesundheitsbezogenen Informationen zu haben. Die Autoren und Autorinnen definieren dies als eingeschränkte Gesundheitskompetenz (ebd.: 6f.). Eine gesundheitsorientierte Kompetenzentwicklung muss vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der daraus resultierenden Kosten für das Gesundheitssystem als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden, die bspw. dem Bildungssektor, dem betrieblichen Gesundheitsmanagement, den Krankenkassen, politischen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zuteilwird. Multifacettierte edukative Strategien zur Förderung von Gesundheitskompetenz in den exemplarisch genannten Wirkungsfeldern sind angezeigt (ebd.: 27–51). In Bezug auf die Förderung des Krankheitsverstehens (bei POWG) wird damit ein komplementärer Ansatz, der sowohl Patienten und Patientinnen als auch Ärzte und Ärztinnen (verschieden) adressiert, unterstützt.

Da sich die Patienten und Patientinnen das Krankheitsbild offenbar wahrnehmungs- und erfahrungsbasiert zu erschließen suchen, ist bei Abwesenheit von Symptomen eine das Gespräch unterstützende Simulation von Einschränkungen denkbar, die als körperliche Erfahrung ein praktisches Krankheitsverständnis evozieren könnte. Non-adhärente Patienten und

Patientinnen oder jene, die kein Verständnis der Therapierelevanz erkennen lassen, könnten bspw. die Aufgabe erhalten, Alltagshandlungen mit durch spezielle Brillen oder Blendklappen simuliert-eingeschränktem Gesichtsfeld auszuüben. Damit würde in der Aufklärung nicht (vorrangig) auf den *Worst Case*, die potenzielle Erblindung, Bezug genommen werden, sondern auf die Ausprägung vorangehender Symptome bei fortschreitender Progression. Obgleich ein Erblindungsszenario zumeist Verunsicherung auslöst, kann die Vorstellung abstrakt erscheinen. In Fällen ohne Symptome würde durch die Simulation von Einschränkungen die Möglichkeit einer Wahrnehmung geschaffen, die insbesondere für Patienten und Patientinnen mit niedrigem Bildungsstand zugänglicher sein könnte, als schwer zu greifende medizinisch-anatomische und Erklärungen potenzieller Einschränkungen.

Patienten und Patientinnen mit POWG sind chronisch erkrankt und werden mitunter Jahrzehnte von den gleichen Behandelnden versorgt. Ähnlich wie in der allgemein- und familienmedizinischen Versorgung sollte die Glaukomtherapie nicht nur anhand klinischer Parameter beurteilt, sondern darüber hinaus im Kontext der jeweiligen Lebensbedingungen und Möglichkeiten betrachtet werden, da es diese in einen Lebensalltag zu integrieren gilt, der nicht immer Rücksicht auf das Kranksein von Menschen nimmt und nehmen kann. Patienten und Patientinnen treffen entlang ihrer handlungsleitenden Orientierungen offenbar autonome Therapieentscheidungen unterschiedlicher Tragweite. Dies aufgreifend ist angezeigt, Ärzte und Ärztinnen darin zu unterstützten, Patienten und Patientinnen zu einer (technologisch unterstützen[49]) Autonomie in der Krankheitsbewältigung zu befähigen, die nicht mit evidenzbasierten medizinischen Erkenntnissen in Konkurrenz oder Konflikt steht. Eine gewissermaßen von Ärzten und Ärztinnen begleitete und supervidierte Patientenautonomie wird mit Blick auf Non-Adhärenz (beim POWG) und die Ressourcen der medizinischen Versorgung in einer alternden Bevölkerung an Bedeutung gewinnen, um medizinisches Personal zu entlasten und den Kosten stark beeinträchtigender Krankheitsfolgen zu begegnen.

6.5 Weiterer Forschungsbedarf

Unter Berücksichtigung der Limitationen dieser Arbeit bedarf es weiterer qualitativer Studien, die das Krankheitsverständnis von Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, untersuchen. In diesen Studien sollten vor dem Hintergrund der vorliegenden Erkenntnisse *biografisch-narrative Interviews* (Schütze 1983) erhoben werden, um primär analysieren zu können, wie die Glaukomerkrankung unter Einfluss medizinischer Aufklärung im biografischen Kontext verstanden und bewältigt wird. Interviews mit

[49] Über technologische Innovationen wie Sensoren im Auge, die den IOD berührungslos und kontinuierlich messen, könnte Patienten und Patientinnen bespielweise die Möglichkeit eröffnet werden, den IOD eigenständig zu kontrollieren (siehe dazu z. B. Rüfer u. a. 2020; Al-Nosairy u. a. 2021).

Patienten und Patientinnen unterschiedlicher soziodemografischer und krankheitsspezifischer Merkmale aus verschiedenen Regionen Deutschlands können dazu beitragen, die vorliegenden Einsichten in das patientenseitige Krankheitsverstehen und die hier identifizierten Muster zu prüfen und zu sinngenetischen Typen zu erweitern. Dabei sollte auch der Einfluss der jeweiligen ärztlichen Aufklärungsstrategie einbezogen werden. Unter Berücksichtigung der Anforderungen der DM wäre es zudem erkenntnisstiftend, die Soziogenese von Mustern durch die Herausarbeitung bspw. milieu-, generations- oder geschlechtsspezifischer Erfahrungen zu rekonstruieren (*soziogenetische Typenbildung* [Nohl 2017: 43–47]).

Mit Blick auf die in Kapitel 2.2 dargestellten Einschränkungen stellt sich zudem die Frage, welche interkulturellen, generischen Barrieren und Muster es im Krankheitsverstehen gibt und wie mögliche Verständnisprobleme von den jeweiligen Patienten und Patientinnen bewältigt werden. Diese Untersuchungen könnten mehr Aufschluss darüber geben, wie das (biografisch geprägte) Krankheitsverständnis unabhängig bspw. physischer, sozialer und gesundheitssystemischer Faktoren Einfluss auf das Therapieverhalten und die (Non-)Adhärenz nimmt. Von besonderer Bedeutung ist dabei, die vergleichenden Analysen methodisch zu kontrollieren und an Qualitätskriterien anzulegen (siehe SPQR, O'Brien u. a. 2014; COREQ, Tong, Sainsbury, und Craig 2007).

Die vorliegende Untersuchung kann nur als ein Anfang in der Erforschung des patientenseitigen Krankheitsverständnisses bei POWG mittels interpretativer Auswertungsverfahren verstanden werden. Obgleich sich der Patientenperspektive genähert und neue Einsichten in das Krankheitsverstehen herausgearbeitet werden konnten, wirft diese Studie auch neue Fragen auf. Diese berühren bspw. die Soziogenese von Orientierungen und krankheitsentitätsübergreifende, generische Verständniszusammenhänge im Sinne von Krankheitskonzepten (siehe Wollny 2012).

Es käme einem Paradigmenwechsel gleich, wenn den (notwendigen) Standardisierungstendenzen in der Patientenversorgung einer alternden Bevölkerung eine Versorgung, die die Patientenperspektive zur Förderung von Adhärenz und gesundheitsbezogener Lebensqualität und zur Vermeidung von Therapiebereuen einbezieht, *gezielt* als Gegengewicht zur Seite gestellt werden würde. Da, wo es möglich ist, sollte Patientenautonomie durch Krankheitsverständnis und Verantwortungsübernahme gefördert werden, um sowohl Patienten und Patientinnen als auch medizinisches Personal durch das Vermeiden unnötiger Re-Konsultationen und schwerer Krankheitsverläufe zu entlasten. Ob in der antiglaukomatösen und postoperativen Tropfentherapie oder der kontinuierlichen Wahrnehmung von Kontrolluntersuchungen die Mitwirkung der Patienten und Patientinnen ist unabdingbar. Die vorliegenden Einsichten ins Krankheitsverstehen liefern Ansatzpunkte für eine patientenzentrierte Aufklärung, in der biografische Erfahrungen (mit Krankheit) und individuelle Vorstellungen aufgegriffen und im Kontext evidenzbasierter Wissensbestände diskutiert werden könnten.

Thesenpapier

zur Dissertation von Christian Helbig
Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock
Erstgutachter: Prof. Dr. med. Attila Altiner
Rostock, Oktober 2022

Krankheitsverstehen bei primärem Offenwinkelglaukom: Eine qualitative Sekundäranalyse narrativer Interviews mit Patienten und Patientinnen

Das primäre Offenwinkelglaukom (POWG) ist weltweit eine der häufigsten Ursachen für ein eingeschränktes Sehvermögen und Erblindung. Für den Sehnervenfaserverlust und die mit diesem assoziierten Gesichtsfeldeinschränkungen wird als Hauptrisikofaktor ein pathologisch erhöhter intraokularer Druck (IOD) erklärt und als Ansatzpunkt der Therapie fokussiert.

Da sie in frühen Stadien zumeist symptomfrei verläuft, tritt die Erkrankung häufig als Zufallsbefund im Rahmen von (Visus-)Kontrolluntersuchungen in der Augenarztpraxis in Erscheinung. Neben Einschränkungen des Gesichtsfeldes können auch Störungen im Kontrastsehen, im Farb- und Stereosehen sowie eine erhöhte Blendempfindlichkeit auftreten. Patienten und Patientinnen sehen sich infolge der Symptome z. B. mit einer herabgesetzten Lese- und Reaktionsgeschwindigkeit, Schwierigkeiten beim Erkennen von Personen oder Gegenständen, dem Übersehen von Treppenstufen und Problemen beim Autofahren konfrontiert.

Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung des POWG kann irreversible Einschränkungen des Sehens und das potenzielle Erblinden verhindern. Bei leichter und mittlerer Krankheitsschwere ist in der Regel eine medikamentöse Behandlung mit Augentropfen die Therapie erster Wahl. Non-Adhärenz in der eigenverantwortlichen Tropfentherapie gilt seit Jahrzehnten als eine der größten Herausforderungen. Je nach Komplexität des Therapieregimes, der physischen und kognitiven Fähigkeiten, aber auch nach Gestalt des sozialen Netzwerkes und der Lebensbedingungen kann die eigenverantwortliche topische Therapie zu einer praktisch und organisatorisch anspruchsvollen Aufgabe für die Patienten und Patientinnen erwachsen. Für Deutschland wird in diesem Zusammenhang aktuell eine Non-Adhärenz von über 33,5 % diskutiert.

Neben unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen (UAW) und physischen Einschränkungen ist mangelnde Therapietreue weniger ein klinisches, sondern vorrangig ein soziales Phänomen. Sozialwissenschaftliche Forschungsansätze, die die Patientenperspektive mittels qualitativer Interviews untersuchen, erscheinen demnach als adäquater

wissenschaftlicher Ansatz. Bisherige patientenzentrierte Studien identifizierten gesundheitssystemische, medikationsbezogene und lebenssituative Barrieren in der Glaukomtherapie.

Bei der Auswertung von Interviews mit Glaukompatienten und -patientinnen durch Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen des Instituts für Allgemeinmedizin und der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universitätsmedizin Rostock offenbarten sich patientenseitige Annahmen zum Krankheitsverständnis, die von medizinisch-professionellen Erklärungen des POWG abwichen. Die Interviewten thematisierten in diesem Zusammenhang bspw. durch Symptomlosigkeit verursachte Zweifel (an der Erkrankung), alternative Krankheitsursachen und vom professionell-medizinischen Verständnis abweichende Vorstellungen zur Wirkung der Augentropfen. In Anbetracht derartiger Hinweise ergab sich die grundlegende Frage, wie Patienten und Patientinnen, bei denen ein POWG diagnostiziert wurde, das Krankheitsbild verstehen bzw. wie sie sich dieses erklären. Dem schloss sich die Frage an, ob und inwiefern das (jeweilige) Krankheitsverständnis Einfluss auf die (Non-)Adhärenz nimmt. Erkenntnisse zum patientenseitigen Krankheitsverstehen liegen in der wissenschaftlichen Literatur, wenn überhaupt, nur fragmentarisch vor.

In der vorliegenden qualitativen Sekundäranalyse fand mit der Dokumentarischen Methode ein sequenzanalytisches rekonstruktives interpretatives Auswertungsverfahren Anwendung. Als sozialwissenschaftlich fundierte Grundlagenforschung zum POWG gedacht, fokussierte diese explorative Untersuchung die Rezeption, Wahrnehmung und Erklärung der Betroffenen (als Laien), die die Therapie zumeist eigenverantwortlich bewältigen müssen. Auf Grundlage der Ergebnisse der Sekundäranalyse werden folgende Thesen zur Diskussion gestellt:

- Die patientenseitigen Krankheitskonzepte sind vor allem im Verständnis der pathologischen Vorgänge beim POWG äußerst limitiert.
- *Patientenseitige Orientierungen* konkurrieren mit dem medizinisch-professionellen Krankheitsverständnis und ergänzen oder ersetzen (abstrakte) ärztliche Informationen.
    - Andere, vordergründige (belastende) Lebensthemen verdrängen die Glaukomerkrankung in den Hintergrund der Aufmerksamkeit.
    - Biografische Erfahrungen und/oder die aktuelle Lebenssituation prägen die Sicht und den Umgang mit der Krankheit eigendynamisch und beeinflussen das Therapieverhalten. Als individuelle Orientierungen strukturieren sie das jeweilige subjektive Krankheitsverstehen.
    - Patienten und Patientinnen treffen entlang ihrer handlungsleitenden Orientierungen autonome Therapieentscheidungen unterschiedlicher Tragweite.

- Eine tiefgehende Auseinandersetzung mit der Erkrankung wird erst durch UAW und wahrnehmbare Symptome aktiviert.
- Bei eingeschränktem Krankheits- und Therapieverständnis wirkt eine intakte Arzt-Patienten-Beziehung (vor dem Hintergrund bekannter Krankheitsfolgen) stabilisierend.
- Ein paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis (re-)produziert Abhängigkeiten im Krankheitsverstehen, wenn Informationen patientenseitig ausschließlich von den Ärzten/Ärztinnen bezogen und hingenommen, aber nicht verstanden werden.
- Eingeschränktes Krankheitsverstehen bedingt bei Eintreten von Symptomen und UAW Unverständnis und Frustration in der Therapie bis hin zum Therapiebereuen.

Literaturverzeichnis

A

Abdull, Mohammed Mahdi/ Chandler, Clare/ Gilbert, Clare (2016): Glaucoma, "the silent thief of sight": patients' perspectives and health seeking behaviour in Bauchi, northern Nigeria. BMC Ophthalmology 16:44.

Abrams, Lisa S./ Scott, Ingrid U./ Spaeth, George L./ Quigley, Harry A./ Varma, Rohit (1994): Agreement among Optometrists, Ophthalmologists, and Residents in Evaluating the Optic Disc for Glaucoma. Ophthalmology 101 (10): 1662–67.

Adekoya, Bola J./ Adepoju, Feyi G./ Moshood, K. F./ Balarabe, Aliyu Hamza (2015): Challenges in the Management of Glaucoma in a Developing Country. A Qualitative Study of Providers' Perspectives. Nigerian Journal of Medicine 24 (4): 315–22.

Agrawal, Pavi/ Bradshaw, Steven E. (2018): Systematic Literature Review of Clinical and Economic Outcomes of Micro-Invasive Glaucoma Surgery (MIGS) in Primary Open-Angle Glaucoma. Ophthalmology and Therapy 7 (1): 49–73.

Ahmed, Iqbal Ike K./ Fea, Antonio/ Au, Leon/ Ang, Robert E./ Harasymowycz, Paul/ Jampel, Henry D./ Samuelson, Thomas W./ Chang, David F./ Rhee, Douglas J./ COMPARE Investigators (2020): A Prospective Randomized Trial Comparing Hydrus and iStent Microinvasive Glaucoma Surgery Implants for Standalone Treatment of Open-Angle Glaucoma. The COMPARE Study. Ophthalmology 127 (1): 52-61.

Al-Nosairy, Khaldoon O./ van den Bosch, Jacqueline J. O. N./ Pennisi, Vincenzo/ Mansouri, Kaweh/ Thieme, Hagen/ Choritz, Lars/ Hoffmann, Michael B. (2021): Use of a novel telemetric sensor to study interactions of intraocular pressure and ganglion-cell function in glaucoma. British Journal of Ophthalmology 105 (5): 661–68.

B

Bahrs, Ottomar (2012): Hermeneutisches Fallverständnis – Versuch einer Annäherung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 88 (9): 355–361.

Beutgen, Vanessa M./ Schmelter, Carsten/ Pfeiffer, Norbert/ Grus, Franz H. (2020): Autoantigens in the trabecular meshwork and glaucoma-specific alterations in the natural autoantibody repertoire. Clinical & Translational Immunology 9 (3): e01101.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2022): Versorgungsforschung. Stand: 10. Mai. 2022. online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versorgungsforschung.html [25.08.2022].

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (o. J.): Gesundheitskompetenz. online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz.html [30.08.2022].

Bohnsack, Ralf (1989): Generation, Milieu und Geschlecht: Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Jugendlichen. Opladen: Leske u. Budrich.

Bohnsack, Ralf (2010): Dokumentarische Methode. In: Bohnsack, Ralf/ Marotzki, Winfried/ Meuser, Michael (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. 3., durchgesehene Auflage. Opladen; Berlin; Toronto: Barbara Budrich: 40–44.

Bohnsack, Ralf (2014): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 9., überarbeitete und erweiterte Auflage. Opladen; Toronto: Barbara Budrich.

Bohnsack, Ralf/ Hoffmann, Nora F./ Nentwig-Gesemann, Iris (2018): Typenbildung und Dokumentarische Methode. In: Bohnsack, Ralf/ Hoffmann, Nora F./ Nentwig-Gesemann, Iris (Hrsg.): Typenbildung und Dokumentarische Methode: Forschungspraxis und methodologische Grundlagen. Opladen; Berlin; Toronto: Barbara Budrich: 9–50.

Bohnsack, Ralf/ Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard/ Städtler, Klaus/ Wild, Bodo (1995): Die Suche nach Gemeinsamkeit und die Gewalt der Gruppe. Hooligans, Musikgruppen und andere Jugendcliquen. Opladen: Leske u. Budrich.

Boimer, Corey/ Birt, Catherine M. (2013): Preservative Exposure and Surgical Outcomes in Glaucoma Patients. The PESO Study. Journal of Glaucoma 22 (9): 730–35.

Brennan, Nicola/ Barnes, Rebecca/ Calnan, Mike/ Corrigan, Oonagh/ Dieppe, Paul/ Entwistle, Vikki (2013): Trust in the health-care provider-patient relationship: a systematic mapping review of the evidence base. International Journal for Quality in Health Care 25 (6): 682–88.

Bromme, Rainer/ Jucks, Regina/ Rambow, Riklef (2004): Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement. In: Reinmann, Gabi/ Mandl, Heinz (Hrsg.): Psychologie des Wissensmanagements. Perspektiven, Theorien und Methoden. Göttingen u. a.: Hogrefe: 176–88.

Buffault, J./ Labbé, A./ Hamard, P./ Brignole-Baudouin, F./ Baudouin, C. (2020): The Trabecular Meshwork: Structure, Function and Clinical Implications. A Review of the Literature. Journal Francais d'Ophtalmologie 43 (7): e217–30.

Burnier, Michel/ Egan, Brent M. (2019): Adherence in Hypertension. Circulation Research 124 (7): 1124–40.

C–D

Chan, Michelle P. Y./ Grossi, Carlota M./ Khawaja, Anthony P./ Yip, Jennifer L. Y./ Khaw, Kay-Tee/ Patel, Praveen J./ Khaw, Peng T./ Morgan, James E./ Vernon, Stephen A./ Foster, Paul J./ UK Biobank Eye and Vision Consortium (2016): Associations with Intraocular Pressure in a Large Cohort: Results from the UK Biobank. Ophthalmology 123 (4): 771-82.

Charles, Cathy/ Whelan, Tim/ Gafni, Amiran (1999): What do we mean by partnership in making decisions about treatment? British Medical Journal 319 (7212): 780–82.

Chichua, Mariam/ Brivio, Eleonora/ Mazzoni, Davide/ Pravettoni, Gabriella (2022): Shared decision-making and the lessons learned about decision regret in cancer patients. Supportive Care in Cancer 30 (6): 4587–90.

Conlon, Ronan/ Saheb, Hady/ Ahmed, Iqbal Ike K. (2017): Glaucoma Treatment Trends. A Review. Canadian Journal of Ophthalmology 52 (1): 114–24.

Cross, Vinette/ Shah, Peter/ Glynn, Martin/ Chidrawar, Shivani (2009): ReGAE 5. Can we improve the surgical journey for African-Caribbean patients undergoing glaucoma filtration surgery? Some preliminary findings. Clinical Ophthalmology 3: 1–12.

Diekmann, Andreas (2021): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 14. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Dietlein, Thomas. S./ Rosentreter, André/ Lappas, Alexandra. (2016): Umsetzung und Schwierigkeiten bei Tropftherapien – der ältere Glaukompatient im Fokus. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 233 (2): 138–42.

DOG (Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e. V.) (2015): Stellungnahme der DOG zur Glaukomfrüherkennung. Stand: August 2015. online unter: https://www.dog.org/stellungnahme-zur-glaukomfrueherkennung/2015/08/ [26.08.2022].

DOG und BVA (Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e. V. und Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.) (2020): Leitlinie DOG und BVA. Bewertung von Risikofaktoren für das Auftreten des Offenwinkelglaukoms. Stand: 31.01.2020. online unter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/045-015.html [26.08.2022].

E–F

Emmerich, Gabriele M. (2021): Psychosomatic Aspects in Preparation and Follow-Up in Glaucoma Surgery and Their Special Impact on Patients. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 238 (2): 146–52.

Engel, George L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science 196 (4286): 129–36.

Erb, Carl. (2015): Funktionelle Störungen im zeitlichen Verlauf der Glaukomerkrankung. Der Ophthalmologe 112 (5): 402–9.

European Glaucoma Society (2021): Terminology and Guidelines for Glaucoma. 5th Edition. British Journal of Ophthalmology 105: 1–169.

Fischer-Rosenthal, Wolfram/ Rosenthal, Gabriele (1997): Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In: Hitzler, Ronald/ Honer, Anne (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden: 133–64.

Flick, Uwe/ von Kardoff, Ernst/ Steinke, Ines (2008a): Was ist qualitative Sozialforschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe/ von Kardoff, Ernst/ Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 6., durchgesehene und aktualisierte Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag: 13–29.

Flick, Uwe/ von Kardoff, Ernst/ Steinke, Ines (2008b) (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 6., durchgesehene und aktualisierte Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flitcroft, Kathy/ Brennan, Meagan/ Spillane, Andrew (2018): Decisional regret and choice of breast reconstruction following mastectomy for breast cancer: A systematic review. Psycho-Oncology 27 (4): 1110–20.

DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft) (2022): Guidelines for Safeguarding Good Research Practice. Code of Conduct.

Frech, Stefanie/ Guthoff, Rudolf F./ Gamael, Amin/ Helbig, Christian/ Diener, Annette/ Ritzke, Manuela/ Wollny, Anja/ Altiner, Attila (2021): Patterns and Facilitators for the Promotion of Glaucoma Medication Adherence – A Qualitative Study. Healthcare 9 (4), 426.

Frech, Stefanie/ Kreft, Daniel/ Guthoff, Rudolf F./ Doblhammer, Gabriele (2018): Pharmacoepidemiological Assessment of Adherence and Influencing Co-Factors among Primary Open-Angle Glaucoma Patients – An Observational Cohort Study. Plos One 13 (1): e0191185.

Friedman, David S./ Quigley, Harry A./ Gelb, Laurie/ Tan, Jason/ Margolis, Jay/ Shah, Sonali N./ Kim, Elizabeth E./ Zimmerman, Thom J./ Hahn, Steven R. (2007): Using Pharmacy Claims Data to Study Adherence to Glaucoma Medications: Methodology and Findings of the Glaucoma Adherence and Persistency Study (GAPS). Investigative Ophthalmology & Visual Science 48 (11): 5052–57.

Friedman, David S./ Hahn, Steven R./ Gelb, Laurie/ Tan, Jason/ Shah, Sonali N./ Kim, Elizabeth E./ Zimmerman, Thom J./ Quigley, Harry A. (2008): Doctor–Patient Communication, Health-Related Beliefs, and Adherence in Glaucoma: Results from the Glaucoma Adherence and Persistency Study. Ophthalmology 115 (8): 1320–27. e3.

G

Gedde, Steven J./ Vinod, Kateki/ Wright, Martha M./ Muir, Kelly W./ Lind, John T./ Chen, Philip P./ Li, Tianjing/ Mansberger, Steven L./ American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern Glaucoma Panel (2021): Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern. Ophthalmology 128 (1): 71–150.

Gilmour-White, Jeremy A./ Shah, Peter/ Cross, Vinette/ Makupa, William/ Philippin, Heiko (2015): Glaucoma awareness and access to healthcare: perceptions among glaucoma patients in Tanzania. Postgraduate Medical Journal 91 (1077): 373–78.

Glaser, Barney G./ Strauss, Anselm L. (2010): Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung. 3., unveränderte Auflage. Bern: Hans Huber.

Glaser, Barney G./ Tarozzi, Massimiliano (2011): Vierzig Jahre nach „The Discovery“: Grounded Theory weltweit. In: Mey, Günter/ Mruck, Katja (Hrsg.): Grounded Theory Reader. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden: 53–67.

Glen, Fiona C./ Crabb, David P. (2015): Living with glaucoma: a qualitative study of functional implications and patients' coping behaviours. BMC Ophthalmology 15: 128.

Gonzalez, Jeffrey S./ Tanenbaum, Molly L./ Commissariat, Persis V. (2016): Psychosocial Factors in Medication Adherence and Diabetes Self-Management: Implications for Research and Practice. The American Psychologist 71 (7): 539–51.

Green, Judith/ Siddall, Helen/ Murdoch, Ian (2002): Learning to live with glaucoma: a qualitative study of diagnosis and the impact of sight loss. Social Science & Medicine 55 (2): 257–67.

Greenhalgh T./ Annandale, E./ Ashcroft, R./ Barlow, J./ Black, N./ Bleakley, A./ Boaden, R./ Braithwaite, J./ Britten, N./ Carnevale, F./ Checkland, K./ Cheek, J./ Clark, A./ Cohn, S./ Coulehan, J./ Crabtree, B./ Cummins, S./ Davidoff, F./ Davies, H./ Dingwall, R./ Dixon-Woods, M./ Elwyn, G./ Engebretsen, E./ Ferlie, E./ Fulop, N./ Gabbay, J./ Gagnon, M.-P./ Galasinski, D./ Garside, R./ Gilson, L./ Griffiths, P./ Hawe, P./ Helderman, J. K./ Hodges, B./ Hunter, D./ Kearney, M./ Kitzinger, C./ Kitzinger, J./ Kuper, A./ Kushner, S./ Le May, A./ Legare, F./ Lingard, L./ Locock, L./ Maben, J./ Macdonald, M. E./ Mair, F./ Mannion, R./ Marshall, M./ May, C./ Mays, N./ McKee, L./ Miraldo, M./ Morgan, D./ Morse, J./ Nettleton, S./ Oliver, S./ Pearce, W./ Pluye, P./ Pope, C./ Robert, G./ Roberts, C./ Rodella, S./ Rycroft-Malone, J./ Sandelowski, M./ Shekelle, P./ Stevenson, F./ Straus, S./ Swinglehurst, D./ Thorne, S./ Tomson, G./ Westert, G./ Wilkinson, S./ Williams, B./ Young, T./ Ziebland, S. (2016): An Open Letter to The BMJ Editors on Qualitative Research. British Medical Journal 352: i563.

Gurwitz, Jerry H./ Glynn, Robert J./ Monane, M./ Everitt, Daniel E./ Gilden, Dan/ Smith, Nancy/ Avorn, Jerry (1993): Treatment for Glaucoma: Adherence by the Elderly. American Journal of Public Health 83 (5): 711–16.

H

Halbmayr, Brigitte (2008): Sekundäranalyse qualitativer Daten aus lebensgeschichtlichen Interviews. Reflexionen zu einigen zentralen Herausforderungen. BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen 21 (2): 256–67.

Hall, Mark A./ Dugan, Elizabeth/ Zheng, Beiyao/ Mishra, Aneil K. (2001): Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? Milbank Quarterly 79 (4): 613–39.

Heaton, Janet (2004): Reworking qualitative data. London; Thousand Oaks: SAGE.

Heaton, Janet (2008): Secondary Analysis of Qualitative Data: An Overview. Historical Social Research 33 (3): 33–45.

Heijl, Anders/ Leske, M. Cristina/ Bengtsson, Bo/ Hyman, Leslie/ Bengtsson, Boel/ Hussein, Mohamed Early Manifest Glaucoma Trial Group (2002): Reduction of Intraocular Pressure and Glaucoma Progression: Results from the Early Manifest Glaucoma Trial. Archives of Ophthalmology 120 (10): 1268–79.

Helbig, Christian/ Wollny, Anja/ Altiner, Attila/ Diener, Annette/ Kohlen, Juliane/ Ritzke, Manuela/ Frech, Stefanie/ Guthoff, Rudolf F. (2021): Treatment Complexity in Primary Open-Angle Glaucoma (POAG): Perspectives on Patient Selection in Micro-Invasive Glaucoma Surgery (MIGS) Using Stents. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 238 (3): 302–9.

Hopf, Christel (2008): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, Uwe/ von Kardoff, Ernst/ Steinke, Ines (2008) (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 6., durchgesehene und aktualisierte Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag: 349–59.

Höck, Jennifer/ Altiner, Attila/ Drewelow, Eva/ Wollny, Anja (2017): Narrative Gesprächsführung als Kommunikationstechnik im Medizinstudium. Medizinische Welt 68 (3): 109–13.

Höhn, René/ Nickels, Stefan/ Schuster, Alexander K./ Wild, Philipp S./ Münzel, Thomas/ Lackner, Karl J./ Schmidtmann, Irene/ Beutel, Manfred/ Pfeiffer, Norbert (2018): Prevalence of Glaucoma in Germany: Results from the Gutenberg Health Study. Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology 256 (9): 1695–1702.

I–J

IGeL-Monitor (2019a): Augenspiegelung mit Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS).

IGeL-Monitor (2019b): Heidelberg Retina Tomographie zur Glaukom-Früherkennung. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS).

IGeL-Monitor (2019c): Optische Kohärenztomografie zur Glaukom-Früherkennung. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS).

Jones, R. K./ Jefferis, J. M. (2017): Is qualitative research under-represented in ophthalmology journals? Eye 31 (8): 1117–19.

Jünemann, Anselm G. M./ Rejdak, Robert/ Hohberger, Bettina (2016): Revision nach Filtrationschirurgie. Der Ophthalmologe 113 (11): 897–905.

Jünemann, Anselm G. M./ Rejdak, Robert/ Hohberger, Bettina. (2018): Trabekuläre mikroinvasive Glaukomchirurgie: Verfahren und klinische Ergebnisse. Der Ophthalmologe 115 (5): 363–69.

K–L

Kallmeyer, Werner/ Schütze, Fritz (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: Wegner, Dirk (Hrsg.): Gesprächsanalysen. Vorträge, gehalten anlässlich des 5. Kolloquiums des Instituts für Kommunikationsforschung und Phonetik, Bonn, 14.-16. Oktober 1976. Hamburg: Buske: 159-274.

Kapetanakis, Venediktos V./ Chan, Michelle P. Y./ Foster, Paul J./ Cook, Derek G./ Owen, Christopher G./ Rudnicka, Alicja R. (2016): Global variations and time trends in the prevalence of primary open angle glaucoma (POAG): a systematic review and meta-analysis. British Journal of Ophthalmology 100 (1): 86–93.

King, Anthony/ Azuara-Blanco, Augusto/ Tuulonen, Anja (2013) Glaucoma. British Medical Journal 346: f3518.

König, Hans-Dieter (2019): Dichte Interpretation. Zur Methodologie und Methode der Tiefenhermeneutik. In: König, Julia/ Burgermeister, Nicole/ Brunner, Markus/ Berg, Philipp/ König, Hans-Dieter (Hrsg.): Dichte Interpretation. Tiefenhermeneutik als Methode qualitativer Forschung: Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden: 13–86.

Kreher, Simone/ Brockmann, Silke/ Sielk, Martin/ Wilm, Stefan/ Wollny, Anja (2008): Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie. Bern: Hans Huber.

Kreitz, Robert (2021): Zur Sekundäranalyse narrativer Interviews – Erfahrungen, Möglichkeiten und Herausforderungen. In: Richter, Caroline/ Mojescik, Katharina (Hrsg.): Qualitative Sekundäranalysen. Daten der Sozialforschung aufbereiten und nachnutzen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden: 251–71.

Lacey, J./ Cate, H./ Broadway, D. C. (2009): Barriers to adherence with glaucoma medications: a qualitative research study. Eye 23 (4): 924–32.

Lavia, Carlo/ Dallorto, Laura/ Maule, Milena/ Ceccarelli, Manuela/ Fea, Antonio Maria (2017): Minimally-Invasive glaucoma surgeries (MIGS) for open angle Glaucoma: A systematic review and meta-analysis. PloS One 12 (8): e0183142.

Loenhoff, Jens (2012) (Hrsg.): Implizites Wissen. Epistemologische und handlungstheoretische Perspektiven. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

Lorenzer, Alfred (1986). Tiefenhermeneutische Kulturanalyse. In: Lorenzer, Alfred (Hrsg.): Kultur-Analysen. Psychoanalytische Studien zur Kultur. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch: 11–98.

Löffler, Christin/ Altiner, Attila/ Streich, Waldemar/ Stolzenbach, Carl-Otto/ Fuchs, Angela/ Drewelow, Eva/ Hornung, Anne/ Feldmeier, Gregor/ van den Bussche, Hendrik/ Kaduszkiewicz, Hanna (2015): Multimorbidität aus Hausarzt- und Patientensicht. Qualitative Studie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48 (5): 452–56.

Löschner, Ulrike/ Siegosch, Fabienne/ Fleßa, Steffen (2021) (Hrsg.): Strategien der Implantatentwicklung mit hohem Innovationspotenzial. Von der Idee zur erfolgreichen Standardlösung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Lueger, Manfred/ Froschauer, Ulrike (2018): Interviewverfahren. In: Bohnsack, Ralf/ Geimer, Alexander/ Meuser, Michael (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. 4., vollst. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Opladen; Toronto: Barbara Budrich: 124–129.

Lunnela, Jaana/ Kääriäinen, Maria/ Kyngäs, Helvi (2010): The views of compliant glaucoma patients on counselling and social support. Scandinavian Journal of Caring Sciences 24 (3): 490–98.

M–N

Manasses, Demetrios T./ Au, Leon (2016): The New Era of Glaucoma Micro-Stent Surgery. Ophthalmology and Therapy 5 (2): 135–46.

Mannheim, Karl (1964): Beiträge zur Theorie der Weltanschauungsinterpretation. In: Mannheim, Karl (Hrsg.): Wissenssoziologie. Auswahl aus dem Werk [Eingeleitet und herausgegeben von Kurt H. Wolff]. Berlin; Neuwied: Luchterhand: 91–154.

Mannheim, Karl (1980): Strukturen des Denkens [Herausgegeben von David Kettler, Volker Meja und Nico Stehr]. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim; Basel: Beltz.

Mayring, Philipp (2019): Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 20 (3), Art. 16. online unter: https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/3343/4445 [25.08.2022].

McClelland, Julie F./ Bodle, Lynne/ Little, Julie-Anne (2019): Investigation of Medication Adherence and Reasons for Poor Adherence in Patients on Long-Term Glaucoma Treatment Regimes. Patient Preference and Adherence 13: 431–39.

Medjedović, Irena (2014): Qualitative Sekundäranalyse. Zum Potenzial einer neuen Forschungsstrategie in der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Mercieca, Karl (2022): Pivotal Studies in Glaucoma in the Past 10 Years. Die Ophthalmologie 119 (Suppl 2): 137–39.

Merton, Robert K./ Fiske, Marjorie/ Kendall, Patricia L. (1956): The Focused Interview. A Manual of Problems and Procedures. Glencoe: The Free Press.

Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2009): The Expert Interview and Changes in Knowledge Production. In: Bogner, Alexander/ Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (eds): Interviewing Experts. London: Palgrave Macmillan: 17–42.

Moore, Niamh (2007): (Re)Using Qualitative Data? Sociological Research Online 12 (3): 1–13.

Muir, Kelly W./ Santiago-Turla, Cecile/ Stinnett, Sandra S./ Herndon, Leon W./ Allingham, R. Rand/ Challa, Pratap/ Lee, Paul P. (2006): Health Literacy and Adherence to Glaucoma Therapy. American Journal of Ophthalmology 142 (2): 223–26.

NEI (National Eye Institute) (2021): Types of Glaucoma. Last updated: September 10, 2021. available at: https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/eye-conditions-and-diseases/glaucoma/types-glaucoma [26.08.2022].

Newman-Casey, Paula A./ Shtein, Roni M./ Coleman, Anne L./ Herndon, Leon/ Lee, Paul P. (2016): Why Patients with Glaucoma Lose Vision: The Patient Perspective. Journal of Glaucoma 25 (7): e668–75.

Niburski, Kacper/ Guadagno, Elena/ Mohtashami, Sadaf/ Poenaru, Dan (2020): Shared decision making in surgery: A scoping review of the literature. Health Expectations (5):1241–49.

NIH National Library of Medicine (National Institutes of Health; ClinicalTrials.gov) (o. J.): A Study to Assess Long-Term Safety of the CyPass Micro-Stent in Patients Completing the COMPASS Trial (COMPASS-XT). available at: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02700984 [29.08.2022].

Nohl, Arnd-Michael (2017): Interview und Dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 5., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Nordmann, Jean-Philippe/ Denis, Philippe/ Vigneux, Marc/ Trudeau, Elyse/ Guillemin, Isabelle/ Berdeaux, Gilles (2007): Development of the conceptual framework for the Eye-Drop Satisfaction Questionnaire (EDSQ) in glaucoma using a qualitative study. BMC Health Services Research 7: 124.

Novartis (2018): Alcon announces voluntary global market withdrawal of CyPass Micro-Stent for surgical glaucoma. available at: https://www.novartis.com/news/media-releases/alcon-announces-voluntary-global-market-withdrawal-cypass-micro-stent-surgical-glaucoma [29.08.2022].

O–P

O'Brien, Bridget C./ Harris, Ilene B./ Beckman, Thomas J./ Reed, Darcy A./ Cook, David A. (2014): Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. Academic Medicine 89 (9): 1245–51.

Palinkas, Lawrence A./ Horwitz, Sarah M./ Green, Carla A./ Wisdom, Jennifer P./ Duan, Naihua/ Hoagwood, Kimberly (2015): Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Administration and Policy in Mental Health 42 (5): 533–44.

Pascolini, Donatella/ Mariotti, Silvio P. (2012): Global Estimates of Visual Impairment: 2010. British Journal of Ophthalmology 96 (5): 614–18.

Pfeiffer, Norbert (2013): Ophthalmologische Epidemiologie und Versorgungsforschung. Der Ophthalmologe 110 (3): 209.

Pickel, Gert/ Pickel, Susanne (2009): Qualitative Interviews als Verfahren des Ländervergleichs. In: Pickel, Susanne/ Pickel, Gert/ Lauth, Hans-Joachim/ Jahn, Detlef (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 441–464.

Poitras, Veronica/ Wells, Charlotte/ Hutnik, Cindy/ Klarenback, Scott/ So, Helen/ Tsoi, Bernice/ Smith, Andrea/ Herington, Elijah/ Brender, Natalie/ Ford, Caitlyn/ Severn, Melissa (2019): Optimal Use of Minimally Invasive Glaucoma Surgery: A Health Technology Assessment [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.

Pokhilenko, Irina/ van Esch, Thamar E. M./ Brabers, Anne E. M./ de Jong, Judith D. (2021): Relationship between trust and patient involvement in medical decision-making: A cross-sectional study. PLoS One 16 (8): e0256698.

Prior, Maria/ Francis, Jill J./ Azuara-Blanco, Augusto/ Anand, Nitin/ Burr, Jennifer M. (2013): Why do people present late with advanced glaucoma? A qualitative interview study. British Journal of Ophthalmology 97 (12): 1574–78.

Q–R

Quigley, Harry A./ Broman, Aimee T. (2006): The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. British Journal of Ophthalmology 90 (3): 262–7.

RESPONSE (RESPONSE – Partnerschaft für Innovation in der Implantattechnologie) (o. J. a): Partner. online unter: https://www.response.uni-rostock.de/strategie/ [30.08.2022].

Rhee, Douglas J. (2019): Primäres Offenwinkelglaukom. Inhalt zuletzt geändert Oktober 2019. online unter: https://www.msdmanuals.com/de-de/profi/augenkrankheiten/glaukom/prim%C3%A4res-offenwinkel-glaukom [26.08.2022].

Robin, Alan L./ Covert, David W. (2005): Does Adjunctive Glaucoma Therapy Affect Adherence to the Initial Primary Therapy? Ophthalmology 112 (5): 863–68.

Robin, Alan L./ Novack, Gary D./ Covert, David W./ Crockett, R. Stephens/ Marcic, Tania S. (2007): Adherence in Glaucoma: Objective Measurements of Once-Daily and Adjunctive Medication Use. American Journal of Ophthalmology 144 (4): 533–540.

Rouland, J. F./ Denis, P./ Béchetoille, A./ Rigeade, M. C./ Brouquet, Y./ Arnould, B./ Baudouin, C./ Renard, J. P./ Bron, A./ Nordmann, J. P./ Sellem, E./ Du Groupe D'étude Glaucome Et Qualité De Vie (2002): Creating a specific quality-of-life questionnaire in patients with glaucoma: item generation. Journal Francais d'Ophtalmologie 25 (8): 785–94.

Rüfer, Florian/ Gillmann, Kevin/ Choritz, Lars/ Thieme, Hagen/ Weinreb, Robert N./ Mansouri, Kaweh (2020): The Value of Intraocular Pressure Telemetry in Monitoring the Therapeutic Effect of Glaucoma Medications. Journal of Glaucoma 29 (6): e38–40.

S

Sachdeva, Sumit/ Kumar, Sandeep/ Rathi, Manisha/ Dhull, C. S./ Verma, Ritesh (2020): Causes of Non-Compliance in Diagnosed Primary Open-Angle Glaucoma Patients. Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare 7 (22): 1047–52.

Schaeffer, Doris/ Hurrelmann, Klaus/ Bauer, Ullrich/ Kolpatzik, Kai (2018) (Hrsg.): National Action Plan Health Literacy. Promoting Health Literacy in Germany. Berlin: KomPart.

Schnell, Rainer/ Hill, Paul B./ Esser, Elke (2018): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., überarbeitete Auflage. Berlin; Boston: De Gruyter Oldenbourg.

Schuster, Alexander K./ Erb, Carl/ Hoffmann, Esther M./ Dietlein, Thomas/ Pfeiffer, Norbert (2020): The Diagnosis and Treatment of Glaucoma. Deutsches Ärzteblatt International 117 (13): 225–34.

Schütze, Fritz (1977): Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie.

Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis 13 (3): 283–93.

Schwartz, Gail F./ Quigley, Harry A. (2008): Adherence and persistence with glaucoma therapy. Survey of Ophthalmology 53 (Suppl 1): S57–S68.

Shakya-Vaidya, Suraj/ Povlsen, Lene/ Shrestha, Binjwala/ Grjibovski, Andrej M./ Krettek, Alexandra (2014): Understanding and living with glaucoma and non-communicable diseases like hypertension and diabetes in the Jhaukhel-Duwakot Health Demographic Surveillance Site: a qualitative study from Nepal. Global Health Action 7: 25358.

Shtein, Roni M./ Newman-Casey, Paula A./ Herndon, Leon/ Coleman, Anne L./ Lee, Paul P. (2016): Assessing the Role of the Family/Support System Perspective in Patients With Glaucoma. Journal of Glaucoma 25 (7): e676–80.

Siewert, Stefan/ Schmidt, Wolfram/ Pfensig, Sylvia/ Kohse, Stefanie/ Wulf, Katharina/ Großmann, Swen/ Stiehm, Michael/ Kopp, Franziska/ Guthoff, Rudolf F./ Grabow, Niels/ Schmitz, Klaus-Peter (2018): Development of a drug-eluting microstent for micro-invasive glaucoma surgery. Current Directions in Biomedical Engineering 4 (1): 603–6.

Silva, Lucas Ravagnani/ de Paula, Jayter S./ Rocha, Eduardo M./ Rodrigues, Maria de Lourdes Veronese, (2010): Fatores relacionados à fidelidade ao tratamento do glaucoma: opiniões de pacientes de um hospital universitário. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 73 (April): 116–19.

Sisk, Bryan A./ Kang, Tammy I./ Mack, Jennifer W. (2020): The Evolution of Regret: Decision-Making for Parents of Children with Cancer. Supportive Care in Cancer 28 (3): 1215–22.

Somner, John E. A./ Sii, Freda/ Bourne, Rupert R./ Cross, Vinette/ Burr, Jennifer M./ Shah, Peter (2012): Moving from PROMs to POEMs for Glaucoma Care: A Qualitative Scoping Exercise. Investigative Ophthalmology & Visual Science 53 (9): 5940–47.

Stiftung Auge (2017): Stiftung Auge fördert ophthalmologische Versorgungsforschung. Universitätsmedizin Mainz beruft Dr. Alexander Schuster auf neue Stiftungsprofessur. online unter: http://www.stiftung-auge.de/wp-content/uploads/2008/12/PM-Vergabe-Stiftungsprofessur_F.pdf [25.08.2022].

Stryker, Jo Ellen/ Beck, Allen Dale/ Primo, Susan A./ Echt, Katharina V./ Bundy, Lucja/ Pretorius, Grace Cho/ Glanz, Karen (2010): An Exploratory Study of Factors Influencing Glaucoma Treatment Adherence. Journal of Glaucoma 19 (1): 66–72.

T

Taylor, Sarah A./ Galbraith, Sharon M./ Mills, Richard P. (2002): Causes of Non-Compliance with Drug Regimens in Glaucoma Patients: A Qualitative Study. Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics 18 (5): 401–9.

Tezel, Gülgün/ Wax, Martin B. (2007): Glaucoma. Chemical Immunology and Allergy 92: 221–27.

Tham, Yih-Chung/ Li, Xiang/ Wong, Tien Y./ Quigley, Harry A./ Aung, Tin/ Cheng, Ching-Yu (2014): Global Prevalence of Glaucoma and Projections of Glaucoma Burden through 2040: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ophthalmology 121 (11): 2081–90.

Tong, Allison/ Sainsbury, Peter/ Craig, Jonathan (2007): Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus Groups. International Journal for Quality in Health Care 19 (6): 349–57.

Tsai, James C. (2009): A Comprehensive Perspective on Patient Adherence to Topical Glaucoma Therapy. Ophthalmology 116 (11 Suppl): 30–36.

Tsai, James C./ McClure, Cori A./ Ramos, Sarah E./ Schlundt, David G./ Pichert, James W. (2003): Compliance Barriers in Glaucoma: A Systematic Classification. Journal of Glaucoma 12 (5): 393–98.

U–V

Augenklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz (2021). Zentrum für ophthalmologische Epidemiologie und Versorgungsforschung. Gutenberg-Gesundheitsstudie (Gutenberg Health Study, GHS). Letzte Aktualisierung: 23.11.2021. online unter: https://www.unimedizin-mainz.de/augenklinik/forschung/zentrum-fuer-ophthalmologische-epidemiologie-und-versorgungsforschung/gutenberg-gesundheitsstudie.html [25.08.2022].

Vass, Clemens/ Hirn, Cornelia/ Sycha, Thomas/ Findl, Oliver/ Sacu, Stefan/ Bauer, Peter/ Schmetterer, Leopold (2007): Medical Interventions for Primary Open Angle Glaucoma and Ocular Hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews, Nr. 4.

Vessani, Roberto M./ Moritz, Rodrigo/ Batis, Lúcia/ Zagui, Roberta B./ Bernardoni, Silvia/ Susanna, Remo (2009): Comparison of Quantitative Imaging Devices and Subjective Optic Nerve Head Assessment by General Ophthalmologists to Differentiate Normal from Glaucomatous Eyes. Journal of Glaucoma 18 (3): 253–61.

Voss, Karsten/ Falke, Karen/ Bernsdorf, Arne/ Grabow, Niels/ Kastner, Christian/ Sternberg, Katrin/ Minrath, Ingo/ Eickner, Thomas/ Wree, Andreas/ Schmitz, Klaus-Peter/ Guthoff, Rudolf F./ Witt, Martin/ Hovakimyan, Marina (2015): Development of a novel injectable drug delivery system for subconjunctival glaucoma treatment. Journal of Controlled Release 214: 1–11.

W

Wiemann, Susanne/ Reinhard, Jacqueline/ Reinehr, Sabrina/ Cibir, Zülal/ Joachim, Stephanie C./ Faissner, Andreas (2020): Loss of the Extracellular Matrix Molecule Tenascin-C Leads to Absence of Reactive Gliosis and Promotes Anti-inflammatory Cytokine Expression in an Autoimmune Glaucoma Mouse Model. Frontiers in Immunology 11: 566279.

Witzel, Andreas (2000): The Problem-centered Interview [online]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 1 (1).

Witzel, Andreas/ Medjedović, Irena/ Kretzer, Susanne (2008): Sekundäranalyse qualitativer Daten. Zum gegenwärtigen Stand einer neuen Forschungsstrategie. Historical Social Research 33 (3): 10–32.

Wollny, Anja (2012): Hausärztliche Krankheitskonzepte in Biographie und Interaktion. Kassel: Kassel University Press.

Wollny, Anja/ Altiner, Attila/ Drewelow, Eva/ Helbig, Christian/ Ritzke, Manuela (2021): Patientenzentrierte Versorgung mit innovativen Implantaten. In: Löschner, Ulrike/ Siegosch, Fabienne/ Fleßa, Steffen (Hrsg.): Strategien der Implantatentwicklung mit hohem Innovationspotenzial. Von der Idee zur erfolgreichen Standardlösung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden: 101–18.

Wu, Pei-Xia/ Guo, Wen-Yi/ Xia, Hai-Ou/ Lu, Hui-Juan/ Xi, Shu-Xin (2011): Patients' experience of living with glaucoma: a phenomenological study. Journal of Advanced Nursing 67 (4): 800–10.

X–Y

Xu, Richard Huan/ Zhou, Ling-ming/Wang, Dong (2021): The Relationship Between Decisional Regret and Well-Being in Patients With and Without Depressive Disorders: Mediating Role of Shared Decision-Making. Frontiers in Psychiatry (12): 657224.

Yook, Eunmee/ Vinod, Kateki/ Panarelli, Joseph F. (2018): Complications of Micro-Invasive Glaucoma Surgery. Current Opinion in Ophthalmology 29 (2): 147–54.

Z

Zahid, Sarwar/ Musch, David C./ Niziol, Leslie M./ Lichter, Paul R. (2013): Risk of Endophthalmitis and Other Long-Term Complications of Trabeculectomy in the Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study (CIGTS). American Journal of Ophthalmology 155 (4): 674–80.

Zoffmann, Vibeke/ Harder, Ingegerd/ Kirkevold, Marit (2008): A Person-Centered Communication and Reflection Model: Sharing Decision-Making in Chronic Care. Qualitative Health Research 18 (5): 670–85.

Anhang

Nr. 1: Beispielausschnitt einer tabellarischen Themenübersicht (Patient PD08)

Seite, Zeilen	Thema	Unterthemen	Stimulus
1, 16-23	Zufallsbefund, Diagnosestellung	Behandlungsanlass, Sehstärke	Erzählstimulus
1, 24-35	Tropfentherapie	Therapiedauer, Tropfenwechsel	Erzählstimulus
1, 35-38	Kontrolltermine	Werte des Augeninnendrucks	Erzählstimulus
1, 38-41	Symptomfreiheit, Krankheitsverstehen („Tunnelblick“)		Erzählstimulus
1, 41-44	Gesichtsfeldmessung		Erzählstimulus
2, 4-14	Symptomfreiheit und Krankheitsverstehen		IN
2, 22-3, 1	Behandlungsanlass („Sehstärke beweisen“), Zufallsbefund	Sehstärke, Brille, Symptomfreiheit	IN
3, 6-34	Augeninnendruck, Krankheitsverstehen	Erklärung, Bewertung der Erkrankung, Sicherheit in der Therapie	IN
3, 39-4, 2	Tropfeneinnahme		IN
4, 7-12	Tropfenwechsel		IN
4, 17-20	Keine Nebenwirkungen der Augentropfen		EN
4, 26-33	Der „grüne Bereich“ des Augeninnendrucks	Gesichtsfeldwahrnehmung, Sicherheit in der Therapie	IN
4, 38-45	Vierteljährliche Kontrolltermine	Augeninnendruckmessung, Messung der Sehstärke, Rezept, jährliche Gesichtsfeldmessung	IN
5, 5-9 5, 17-28 5, 30-31	Gesichtsfeldmessung und Vorstellung der Einschränkungen (negativer Vergleichshorizont), Erzählung Interviewer		IN
5, 13-15	Behandlungsanlass („nur weil ich Kerl sein wollte“)		
6, 1-44 7, 1-12	Letzter Augenarztbesuch, Erzählung Interviewer	Vierteljährliche Augeninnendruckmessung, Gespräch mit Ärztin über Interviewtermin, (letzte) Gesichtsfeldmessung, Arztgespräche	IN
7, 14-42	(Bewertung) Arzt-Patienten-Beziehung und Wartezeiten		
7, 44-8, 18	Organisatorische Frage PD08 und Erzählung Interviewer		
8, 22-25	Wunsch, dass Gesichtsfeldeinschränkungen ausbleiben		EN
8, 26-40	Anfänglicher Ekel vor Tropfentherapie		IN
8, 40-10, 14	Auslassen der Tropfentherapie aufgrund von vornherein unzureichender Rezeptmenge, Erzählung Interviewer		
10, 18-11, 23	Angst vor Spritzen (Medikamentendepot)	Verformung des Auges, Blutspende	EN
11, 27-13, 25	Fragen zum Medikamentendepot	Zeit bis zur Einführung, Testpersonen, Wirkungsdauer, Anwendung am Kopf und Spritzen („Mittelalter“, „Folterkammer“)	EN

	Formulierende Feininterpretation (FI)	**Reflektierende Interpretation** (RI) (*Textsorten*, *Vordergrund-Hintergrund-Konstruktionen*, sinn- und soziogenetische Aspekte)
Thema	Druck im Leben (biografischer Erklärungsversuch) (IN)	
3, 15-43	(15-22) PD06 gibt ein Gespräch mit einer ihrer Töchter wieder, in dem es um Druck ging. Dabei unterhielten sie sich zunächst über die Veränderung ihres Blutdruckes von einem niedrigen zu einem hohen (im Laufe der Wechseljahre). Sie gingen dem Ursprung von Druck nach – *„Druck im Herzen, Druck im Auge, Blutdruck“* – und *„untersuchten“* ihr Leben auf Druck.	*Erzählung (Hintergrundkonstruktion Erzählung (Hintergrundkonstruktion Argumentation und Hintergrundkonstruktion rudimentäre Beschreibung) und Beschreibung und Argumentation (15-22)* Gemeinsam mit ihrer Tochter begibt sich PD06 auf **Ursachenforschung** bezüglich der somatischen Formen von Druck *(„Druck im Herzen* [Koronarstent]*, Druck im Auge* [Glaukom]*, Blutdruck“*), die bei ihr diagnostiziert wurden und setzt diese in einer **übergeordneten Betrachtung des Phänomens Druck** miteinander ins Verhältnis. Der Frage folgend, wo diese unterschiedlichen somatischen Formen von Druck ihren Ursprung finden, sucht sie übertragend auch nach **Druck im Kontext biografischer Ereignisse/Ereignisketten**. Die Frage selbst und die darauffolgende Suche dokumentieren, dass die Ursprünge der jeweiligen Erkrankungen und der entsprechenden somatischen Formen von Druck medizinisch für sie nicht (hinreichend) erklärt sind. Dabei ergibt sich eine **Parallele zwischen dem hohen Blutdruck und dem erhöhten Augeninnendruck**. In beiden Fällen kann PD06 nicht nachvollziehen, wann der Druck gestiegen ist bzw. wann die Erkrankung ihren Anfang nahm. Im Falle des hohen Blutdrucks mutmaßt sie mit den Wechseljahren zugleich über einen Zeitabschnitt des ersten Auftretens und eine Ursache (*„Ich nehme an, nach den Wechseljahren“*). → maximaler Kontrast: PD07, PD08, PS04, kaum/kein Interesse ersichtlich, die Erkrankung in ihren Ursprüngen/Funktionsweise zu verstehen → minimaler Kontrast: PS07, will Erkrankung medizinisch/rational verstehen
	(22-32) Im Anschluss an die Feststellung, dass PD06 ihr Leben lang Druck hatte, geht sie auf ihre Kindheit und Jugend in der Nachkriegszeit sowie ihr Erwachsenenalter ein. Druck verspürte sie bei der Betreuung ihrer Eltern, von zwei Geschwistern ihrer Mutter sowie ihrer Schwiegereltern. Auch in ihrer eigenen Familie mit zwei Kindern sowie in ihrer Tätigkeit als Lehrerin (und Konrektorin) verspürte sie Druck, *„dem Ganzen gerecht zu werden“*.	*Erzählung (Hintergrundkonstruktion Bewertung (Hintergrundkonstruktion Argumentation) und Hintergrundkonstruktion Beschreibung (Hintergrundkonstruktion Argumentation) (22-32)* Anhand einer biografischen Rückschau erklärt sich PD06 das Auftreten der somatischen Formen von Druck durch das wiederholte Auftreten sozialen und beruflichen Drucks in ihrem Leben. Zwar identifiziert sie den sozialen und beruflichen Druck nicht direkt als Auslöser und Ursprung für die somatischen Erscheinungen von Druck und stellt somit keinen quasi-kausalen Zusammenhang her, resümiert jedoch, dass Druck im Erwachsenenalter immer Teil ihres Lebens war und sich über mehrere Interaktionsfelder hinweg bis in die Gegenwart fortsetzte (Betreuung der Eltern und Kernfamilie, Erkrankung und Tod des Mannes, Scheidung der Tochter). Sowohl die somatischen als auch die sozialen und beruflichen Formen des Drucks können als einschränkend interpretiert werden (Entscheidung zur Lasertherapie aufgrund von UAW; *„der Druck, dem Ganzen gerecht zu werden, da ging der Druck im Grunde los, den alten Herrschaften gerecht zu werden, die auch so ihre Ansprüche hatten und äh um die Ecke wohnten, den Schuldruck, den Familiendruck“*). Ein Interaktionsfeld hebt sie in ihrer Aufzählung besonders hervor – die **Betreuung ihrer Eltern und Schwiegereltern**. Mit der Formulierung *„den alten Herrschaften gerecht zu werden, die auch so ihre Ansprüche hatten und äh um die Ecke wohnten“* verweist sie auf Forderungen der älteren Generation, die ihr möglicherweise in Anbetracht ihrer übrigen Verpflichtungen nicht essentiell erschienen, die sie sich im Verhältnis zu ihren Eltern und Schwiegereltern als eine Bedienstete haben wahrnehmen lassen und sie nervten. Die erwähnte räumliche Nähe ist dabei möglicherweise als Hinweis auf eine damit einhergehende Verfügbarkeit zu interpretieren, die es ihr erschwerte, sich den *„Ansprüchen“* der alten Angehörigen zu entziehen.
	(32-43)	*Erzählung (Hintergrundkonstruktion Argumentation und Hintergrundkonstruktion Bewertung (Hintergrundkonstruktion*

Danksagung

Die Arbeit an der vorliegenden Untersuchung erstreckte sich über mehrere Jahre, in denen mich eine ganze Reihe von Personen unterstütze. Im Folgenden möchte ich diesen Personen meinen herzlichen Dank aussprechen.

Ich bedanke mich bei meinem Doktorvater Professor Attila Altiner. Er gab mir den Raum, mich aus der Soziologie und Kommunikationswissenschaft kommend als beruflicher Neueinsteiger in die allgemeinmedizinische Versorgungsforschung einzufinden. Sein Vertrauen in meine Fähigkeiten und seine Unterstützung als Vorgesetzter, Arzt und Mensch gaben mir besonders in für mich sehr herausfordernden Zeiten die Sicherheit, durchzuhalten, mich auszuprobieren und weiterzuentwickeln. Sein innovationsorientiertes, nuanciertes und gleichsam pragmatisches Denken hat mich inspiriert und geprägt.

Ich danke Dr. Anja Wollny für ihre elementare Unterstützung bei der Reflexion der Ergebnisse dieser Untersuchung und bei der Korrektur des Manuskriptes. Nachdem ich mich im Methodenkapitel zu sehr methodologischen Fragestellungen und Diskussionen widmete, waren es ihre konstruktive Kritik, ihre Hinweise für die Strukturierung und ihre *schonungslosen* Kürzungsvorschläge, die mir insbesondere bei der Fokussierung und der Gliederung des Kapitels halfen.

Zu herzlichem Dank bin ich auch meinen wissenschaftlichen Kolleginnen Dr. Christin Löffler, Manuela Ritzke und Heike Hausmann verpflichtet, die an unterschiedlichen Stellen durch ihre sehr hilfreichen Korrekturen dazu beitrugen, das Kapitel zu den Forschungshintergründen und die Fallrekonstruktionen inhaltlich zu schärfen und die Struktur der Arbeit zu optimieren.

In Bezug auf die interdisziplinären Gruppenanalysen möchte ich mich neben Dr. Anja Wollny und Manuela Ritzke auch bei Dr. Eva Drewelow für ihre Perspektive und hilfreichen Anmerkungen bedanken.

Zudem gilt mein besonderer Dank meinem Kollegen Stefan Hoffmann, der mich in technischen und bürokratischen Belangen mit seinem Wissen und seiner ausgesprochenen Hilfsbereitschaft über Jahre unterstützte.

Ohne Frage sind es auch meine Freunde und meine Familie, denen ich in Anbetracht ihres fortwährenden Verständnisses, ihrer Geduld sowie ihrer motivierenden und liebevollen Gesten und Worte meinen tiefsten Dank ausspreche. Sie ermöglichten mir einen entlastenden und inspirierenden Austausch in einer Zeit, in der sich mein Fokus im Leben beinahe ausschließlich um dieses Projekt drehte. Hervorheben möchte ich in diesem Zusammenhang Dr. Ulrike Marz, deren Disziplin, Genauigkeit und Hingabe im wissenschaftlichen Arbeiten mir imponierten und deren Bestärkung mich meine eigene Widerstandsfähigkeit und Disziplin in einer bisher nie dagewesenen Weise entdecken lassen haben. Liebe Mutti und lieber Papa, Sandra und Martin, ohne Euch…