

Exposé

für die Erarbeitung einer Qualitativen Inhaltsanalyse im Rahmen des Promotionsprozesses am

Institut für Medizinische Soziologie

Martin – Luther – Universität Halle – Wittenberg

Arbeitstitel:

Wie soziale Ungleichheiten den Behandlungs- und Versorgungsverlauf bei Diabetes Mellitus Typ-2 beeinflussen. Eine qualitative Studie aus Sicht der Patienten analysiert mit der Framework Methode

1. Hintergrund und Forschungsstand

Diabetes Mellitus Typ 2, umgangssprachlich auch als Altersdiabetes bezeichnet, ist eine systemische Stoffwechselerkrankung, die bei einem Auftreten bei über 7% aller Deutschen einen hohen Stellenwert hat (Heidemann et al. 2013). Charakterisiert wird diese Krankheit durch einen relativen Insulinmangel, welcher im Verlauf der Behandlung meistens eine medikamentöse Therapie indiziert. Gerade die kardiovaskulären Ereignisse und eine damit verbundene höhere Sterblichkeit sorgen dafür, dass die Behandlung von Diabetes eine zentrale Rolle bei der Gesundheit der Bevölkerung in Industrieländern spielt. Ein signifikanter Effekt für die Entstehung von Folgeerkrankungen konnte in zahlreiche Studien nachgewiesen werden. Trotz Leitlinien und klaren diagnostischen Vorgehensweisen können internationale Studien zeigen, dass es große Unterschiede in der qualitativen, diabetologischen Versorgung und der Inanspruchnahme der Behandlung zu Lasten von Personen mit einem niedrigem sozialen Status gibt (Ricci-Cabello et al. 2010; Bäß et al. 2012).

Bisherige Studien konnten einen deutlichen Unterschied in der Prävalenz von Diabetes Typ 2 zuungunsten von sozioökonomisch benachteiligten Personen feststellen (Maier et al. 2013). Es ist davon auszugehen, dass diese Benachteiligten nicht nur Schwierigkeiten mit dem Zugang zu Versorgungsleistungen, sondern auch beim Versorgungsverlauf einschließlich der Behandlung und der Compliance haben. Zahlreiche Projekte verfolgen eher einen quantitativen Ansatz. Die Vielschichtigkeit der verschiedenen Patientengruppen in Bezug auf individuelle Beweggründe für Inanspruchnahme und die Wahrnehmung der Behandlungsqualität findet in Deutschland bisher keine Berücksichtigung (Baumann et al. 2015). Andere internationale Studien zeigen, dass andere hier schon weiter sind (Lawton et al. 2009). Eine Studie des Instituts für Medizinische Soziologie der Universität Halle (Saale) mit demselben Arbeitstitel beschäftigte sich erstmals in Deutschland mit einer qualitativen Herangehensweise und setzte sich mit dem Thema auseinander den Behandlungsverlauf von Anfang an aufzuzeigen (Baumann et al. 2015). An diese ist dieses Projekt angelehnt.

2. Ziel der geplanten Arbeit

Diese qualitative Analyse soll folgende Fragestellungen beantworten:

1. Sind soziale Ungleichheiten mit dem Umfang, der Inanspruchnahme und der wahrgenommenen Qualität gesundheitlicher Versorgungsleistungen in den einzelnen Versorgungsphasen bei Diabetes mellitus Typ-2 assoziiert?

2. Lassen sich bestimmte Faktoren ermitteln, die den Effekt zwischen sozialen Ungleichheiten und Versorgungsungleichheiten vermitteln?

Eine qualitative Herangehensweise wurde gewählt, da man so die ganze Komplexität der Versorgung von Diabetes Typ-2 Patienten, insbesondere bezogen auf den einzelnen Patienten, untersuchen kann. Zusätzlich stehen die subjektiven Erwartungen und Wünsche an das Gesundheitssystem für eine bessere Versorgung im Fokus der Analyse. Hierbei werden soziale und kulturelle Hintergründe berücksichtigt. Dabei sind alle Erfahrungen vom Beginn der Krankheit, aus der klinischen und ambulanten Behandlung und anderer Leistungserbringer mit behandelnden oder beratenden Funktionen von Interesse. Erwartet werden aussagekräftige Erkenntnisse über die Bedeutung von sozialen Ungleichheiten, die, da die subjektive Patientensicht betrachtet wird, zukünftig im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes eine komplettere Therapie ermöglichen.

3. Methodik und Vorgehensweise

Es wurden 19 semistrukturierte Interviews, bei Patienten im Alter von 47 bis 87 Jahren, von Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Soziologie Halle (Saale) durchgeführt. Dabei betrug die Interviewlänge zwischen 20-80 Minuten. Die Patientenpopulation hierfür stammte aus zwei Kliniken (städtischer und ländlicher Bereich), drei Allgemeinarztpraxen, sowie zwei speziellen diabetologischen Praxen. Anhand des Bildungsgrades (anstelle des sozialen Status), wurden die Patienten in zwei Gruppen eingeteilt, hoch oder niedrig. Folgende Themen waren in den Interviews von Interesse: Krankheitsgeschichte und aktuelle gesundheitliche Situation, diagnostischer Prozess, Erfahrungen mit bisheriger Versorgung, Erwartungen an Behandlung und Versorgung, Hindernisse und Barrieren im Zugang und der Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen und darauf bezogene Bewältigungsstrategien, wahrgenommene Qualität der Versorgung, Arzt-Patienten-Interaktion, Teilhabe an der Gestaltung der Behandlung, soziale Unterstützung, Teilnahme an Disease-Management-Programms, Teilhabe/Lebensqualität, Patientenperspektive auf den Typ-2-Diabetes.

Diese Interviews werden mit der Framework Methode analysiert (Ritchie 2014). Das in den 1980er Jahren vom National Centre for Social Research entwickelte Verfahren bietet eine stark systematische Datenanalysemethode. Ein Verfahren, das international gerne für qualitative Inhaltsanalysen angewandt wird, in Deutschland jedoch noch nicht sehr verbreitet ist (Dunger 2011). Charakterisierend für diese Art der Inhaltsanalyse ist das Erstellen einer Matrix, welche aus Zeilen für die Cases, hier einzelne Interviews und aus Spalten für die vorher festgelegten Codes besteht. In den entstandenen Zellen werden Zitate der Interviews eingefügt. Somit ist es möglich verschiedene Interviews systematisch dort einzupflegen und miteinander zu vergleichen (Gale 2013).

Für den Prozess der Analyse werden folgende Schritte beschrieben, welche systematisch nacheinander abgearbeitet werden. Dennoch ist es möglich falls nötig schrittweise zurückzugehen und zu überarbeiten (Ritchie 2014; Dunger 2011; Gale 2013):

1. Familiarisation – die Einarbeitungsphase. Es wird sich vertraut gemacht mit den vorliegenden Daten und ein Überblick verschafft. Erste Ideen zu Themengebieten werden notiert.
2. Constructing an initial thematic framework – Themengebiete werden in Ober- und Unterthemen gegliedert und in eine vorläufige Frameworkmatrix eingefügt. Diese Matrix dient der Findung von Schlüsselthemen.
3. Coding – erneutes Lesen des Textes und kodieren anhand der Fragestellung. Alles, was in einer Passage als wichtig erachtet wird bekommt einen Code, dabei können auch unterschiedliche Passagen denselben erhalten. Veränderungen der Matrix und der Codes sind jeder Zeit möglich und erst abgeschlossen, nachdem alle Interviews codiert wurden.
4. Einfügen der Codes in die Matrix. Es folgt eine Differenzierung zwischen für die Fragestellung relevanten und irrelevanten Informationen.
5. Bildung von Kategorien und Zuordnung der in dem Framework enthaltenden Informationen und Zitaten.
6. Analyse – Typisierung jedes Interviews in eine Kategorie, sowie Abstraktion der Kategorien.
7. Interpretation – Herausarbeiten von Gruppencharakteristika, Dimensionen der Typologien und Hypothesen.

Zu Beginn meiner Arbeit werde ich, wie in dem zuvor genannten Ablauf beschrieben, anfangen mit dem Vertraut machen mit den Texten. Alle Interviews werden in die MAXQDA Software eingepflegt und damit kodiert. Gale et al. (2013) empfehlen eine Projektgruppe zu bilden, die während des Prozesses Codes und Kategorien miteinander abgleicht. Hierbei wird mich Dr. Astrid Fink unterstützen, die ebenfalls mit der Materie vertraut ist.

Nach Abschluss des Analysevorgangs beginnt ein umfassendes Literaturstudium, wobei auf die Datenbanken Pubmed und Google Scholar zurückgegriffen wird. Des Weiteren wird nach entsprechender Literatur auf Universitätsseiten und möglichen Veröffentlichungen von Patientengruppen gesucht. Gefundene Literatur wird in der aktuellen Version des Programms Citavi gespeichert und damit geordnet und verwaltet.

Geplant ist eine kumulative Dissertation bestehend aus zwei Online-Papers, die in einer international anerkannten Zeitschrift veröffentlicht werden. Gegenstand des ersten wissenschaftlichen Artikels wird die Frameworkanalyse des Themas. Zum jetzigen Zeitpunkt könnte ich mir für das zweite Paper einen vergleichenden Ansatz vorstellen, z.B. zwischen der ersten Arbeit und der Interpretation der Fragestellung von Baumann et al..

4. Zeitplan

Daten	Phasen	Gegenstand
September 2017	Einstiegs – und Vorbereitungsphase	Auseinandersetzung mit der Thematik, Lesen relevanter Literatur
Oktober 2017		Erstellung eines Exposés
November 2017 – Februar 2018		Vertraut machen mit den Texten, Erstellung eines vorläufigen Frameworks, Coding (Punkte1-3) , Literaturrecherche
März 2018	Pause: Famulatur	
April 2018 – Juni 2018		Punkte 4-6
Juli 2018 – September 2018	Pause: Famulatur / Klausuren	
Oktober 2018- November 2018		Interpretation (Punkt 7),
Dezember 2018		Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken und weiteren Quellen
Januar 2019 - Februar 2019	Texterstellung	Schreiben, einreichen Paper 1
März 2019	Pause: Famulatur / Klausur	
April 2019 – Mai 2019		Überarbeitung, Veröffentlichung Paper 1
Juni 2019		Themenfindung Paper 2
Juli 2019 – Oktober 2019	Pause: Vorbereitung 2. Staatsexamen im Herbst 2019	
November 2019 – März 2020		Arbeit an Paper 2
April 2020 – Juni 2020	Texterstellung	Schreiben , einreichen Paper2
Juli 2020- August 2020		Überarbeitung, Veröffentlichung

5. Literaturverzeichnis

Baumann, Amelie; Schröder, Sara L.; Fink, Astrid (2015): How social inequalities impact the course of treatment and care for patients with type 2 diabetes mellitus. Study protocol for a qualitative cross-sectional study from the patient's perspective. In: *BMJ open* 5 (7), e008670. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008670.

Dunger, Christine (2011): Serie: Methodik in der palliativmedizinischen Forschung. Qualitative Analysemethoden im Fokus I: Framework Analysis. In: *Palliativmedizin* 12 (01), S. 10–11. DOI: 10.1055/s-0030-1270768.

Gale, Nicola K.; Heath, Gemma; Cameron, Elaine; Rashid, Sabina; Redwood, Sabi (2013): Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. In: *BMC medical research methodology* 13, S. 117. DOI: 10.1186/1471-2288-13-117.

Heidemann, C.; Du, Y.; Schubert, I.; Rathmann, W.; Scheidt-Nave, C. (2013): Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 668–677. DOI: 10.1007/s00103-012-1662-5.

Lawton, Julia; Rankin, David; Peel, Elizabeth; Douglas, Margaret (2009): Patients' perceptions and experiences of transitions in diabetes care. A longitudinal qualitative study. In: *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy* 12 (2), S. 138–148. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2009.00537.x.

Maier, Werner.; Holle, R.; Hunger, M.; Peters, A.; Meisinger, C.; Greiser, K. H. et al. (2013): The impact of regional deprivation and individual socio-economic status on the prevalence of Type 2 diabetes in Germany. A pooled analysis of five population-based studies. In: *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association* 30 (3), e78-86. DOI: 10.1111/dme.12062.

Ricci-Cabello, I.; Ruiz-Pérez, I.; Olry de Labry-Lima, A.; Márquez-Calderón, S. (2010): Do social inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis, treatment, control and monitoring of diabetes? A systematic review. In: *Health & social care in the community* 18 (6), S. 572–587. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2010.00960.x.

Ritchie, Jane; Lewis, Jane (Hg.) (2014): Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers. 2nd. ed. London: SAGE.

Bäz, L.; Müller, N.; Beluchin, E.; Kloos, C.; Lehmann, T.; Wolf, G.; Müller, U. A. (2012): Differences in the quality of diabetes care caused by social inequalities disappear after treatment and education in a tertiary care centre. In: *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association* 29 (5), S. 640-645. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2011.03455.x.