

Mehr Hausarztkontakte, aber weniger Zufriedenheit von Patienten mit niedrigerem sozialem Status

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

Bonn

Florian Bockheim

aus Siegen

2024

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachterin: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA)
2. Gutachter: Prof. Dr. Matthias Weigl

Tag der Mündlichen Prüfung: 11.10.2023

Aus dem Institut für Hausarztmedizin

Direktorin: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA)

Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis	5
1.	Einleitung	6
1.1	Berufsstatus und Gesundheit	6
1.2	Sozioökonomische Klassifikationssysteme von Berufen	6
1.3	Arbeitsfaktoren und Gesundheit	7
1.4	Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme in der Hausarztmedizin	8
1.5	Fragestellung dieser Arbeit	8
2.	Material und Methoden	9
2.1	DEGS1	9
2.1.1	Messung soziodemografischer Charakteristika.	9
2.1.2	Kontakte zu Hausärzten und andere Gesundheitscharakteristika	10
2.2	GPCare1 Studie	11
2.2.1	Rekrutierung der Praxen und Patienten	11
2.2.2	Messung soziodemografischer Charakteristika	12
2.2.3	Psychosoziale Belastungen und Kommunikationserfahrungen	12
2.3	Statistische Analysen	13
3.	Ergebnisse	15
3.1	DEGS1	15
3.1.1	Soziodemografische und medizinische Charakteristika	15
3.1.2	Assoziation zwischen Gesundheitsparametern und Hausarztbesuchen	19
3.2	GPCare 1	20
3.2.1	Soziodemografische und medizinische Charakteristika	20
3.2.2	Kommunikationserfahrungen	22
4.	Diskussion	24
4.1	Häufigere, aber unbefriedigendere Hausarztkontakte von Patienten mit niedrigem Berufsstatus bzw. niedrigerer Bildung	24
4.2	Methodische Aspekte zu den SES-Variablen	24
4.3	Die Effekte verschiedener SES verschiedener SES-Variablen	24

4.4	Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems	26
4.5	Gründe für sozioökonomisch bedingte Unterschiede bei Hausarztbesuchen	27
4.6	Sozioökonomische Faktoren in der Arzt-Patienten-Kommunikation	27
4.7	Stärken und Limitationen	29
5.	Zusammenfassung	30
6.	Tabellenverzeichnis	31
7.	Literaturverzeichnis	32
8.	Danksagung	38

Abkürzungsverzeichnis

DEGS1 - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, erhoben vom Robert Koch-Institut (2008-2011)

GPCare-1 - General Practice Care-1 Studie, erhoben vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn (2020)

RKI - Robert Koch-Institut

SES - Socio-Economic Status

ESeC – European Socioeconomic Classification

ISCO 2008 - International Standard Classification of Occupation

Casmin - Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations

PHQ-2 - Patient Health Questionnaire (diagnostischer Test zum Screening auf Major Depression)

TICS-SSCS - Trierer Inventar zum chronischen Stress – Screening Skala für chronischen Stress

1. Einleitung

1.1 Berufsstatus und Gesundheit

Arbeit spielt eine wichtige Rolle für die physische und psychische Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden (Wilcock, 2006). Dass der berufliche Status die Gesundheit in deutlichem Maß beeinflusst wurde spätestens durch die Whitehall-Studien aus Großbritannien klar, bei denen Beamte in zwei großen Untersuchungswellen in den 60er und 80er Jahren nach ihrem beruflichen Status stratifiziert und hinsichtlich Mortalität und Morbidität verglichen wurden. Es zeigten sich in beiden Wellen klare Unterschiede zwischen Beamten mit hohem und niedrigem beruflichen Status in Bezug auf die Prävalenzen von chronischen Herzerkrankungen, chronischer Bronchitis und Gesamtmortalität (Marmot, 1993). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in zahlreichen anderen Studien zu diesem Themenkomplex, bei denen zum Teil eine Vielzahl weiterer soziodemografischer Determinanten betrachtet wurde (Varbanova et al., 2020). In den letzten Jahrzehnten hat sich der Arbeitsmarkt auf globaler Ebene verändert. In wissenschaftlichen Arbeiten haben in den letzten Jahren neben den physischen Anforderungen von Arbeit daher auch immer mehr die psychosozialen Arbeitsbedingungen Aufmerksamkeit bekommen (Kaikkonen et al., 2009; Rau et al., 2015). Die industrialisierte Wirtschaft des 20. Jahrhunderts hat sich zu einem stärker durch den tertiären Sektor geprägten Arbeitsmarkt mit personenzentrierten Dienstleistungen verschiedener Art weiterentwickelt. Infolgedessen sind die Beschäftigten in vielen Berufsfeldern mit höheren psychosozialen Arbeitsanforderungen konfrontiert. Diese werden mit einer höheren Prävalenz von chronischem Stress und anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht (DeVries et al., 2003; Vaananen et al., 2012).

1.2 Sozioökonomische Klassifikationssysteme von Berufen

Der Berufsstatus ist klassischer Bestandteil sozioökonomischer Stratifizierung bei Gesundheitsstudien, wobei beim Vergleich die unterschiedlichen Systeme zur Klassifikation eine Schwierigkeit darstellen. Die Analyse mehrerer Wellen des Europäischen Arbeitsbedingungs-Surveys (EWCS) brachte hervor, dass der ISCO 2008 (International Standard Classification of Occupation) die besten Vorhersagen für die darin aufgeführten gesundheitlichen Outcomes lieferte (Eyles et al., 2019). In Europa

wird für Forschungsfragen häufig eine angepasste Version des ISCO 2008, nämlich der ESeC (European Socioeconomic Classification) verwendet. Damit lassen sich neun Klassen bilden, die für Analysen in fünf oder drei Klassen zusammengefasst werden können (Rose et al., 2007). Eine weitere Schwierigkeit sind unterschiedliche gesundheitliche Outcomes, die in verschiedenen Studien betrachtet werden.

1.3 Arbeitsfaktoren und Gesundheit

Zahlreiche Studien und theoretische Modelle beschreiben wesentliche Risiko- und Schutzfaktoren in der komplexen Beziehung zwischen Arbeitsbedingungen, individuellen Merkmalen und körperlichem sowie psychischem Wohlbefinden (Lahelma et al., 2009). Arbeitsmerkmale wie Arbeitszeit, Überstunden, Schichtarbeit und organisatorische Faktoren sowie soziale Unterstützung, Rollenstress, Mobbing oder Arbeitsplatzunsicherheit beeinflussen das Risiko für verschiedene psychische und somatische Gesundheitsfolgen (Rau et al., 2015). Ein Ungleichgewicht zwischen Leistung und Belohnung, Arbeitsbelastung und organisatorische Ungerechtigkeit werden als wichtige Ursachen für arbeitsbedingten chronischen Stress angesehen (Greenberg, 2010; Karasek, 1979; Siegrist, 1996). Ein systematischer Review einschließlich einer Metaanalyse fand für viele psychosoziale Arbeitsbelastungen negative Effekte auf muskuloskelettale Probleme, wobei der Einfluss monotoner Arbeit auf untere Rückenschmerzen der stärkste war (Lang et al., 2012). Die Studie zur globalen Krankheitslast aus dem Jahr 2010 in 187 Ländern ergab, dass 37 % der Schmerzen im unteren Rückenbereich auf den Beruf zurückzuführen waren, wobei die Prävalenz in den unteren Berufsklassen höher war (Driscoll et al., 2013). Eine andere Metaanalyse sah sich diesen Zusammenhang genauer an und fand heraus, dass übermäßige Arbeitsbelastung, geringer Entscheidungsspielraum und geringe Kontrolle zusammen mit niedriger sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz die Wahrscheinlichkeit für chronische Rückenschmerzen erhöht (Buruck et al., 2019). In einer anderen Studie erhöhten hohe Arbeitsbelastung, geringe Kontrolle und geringe soziale Unterstützung am Arbeitsplatz die Prävalenz von Kopfschmerzepisoden (Santos et al., 2014). Psychosoziale Arbeitsstressoren wurden auch in Zusammenhang mit depressiven Symptomen und klinischer Depression gebracht (Madsen et al., 2017; Theorell et al., 2015).

1.4 Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme in der Hausarztmedizin

Hausärzte sind bei Muskel- und Gelenkbeschwerden und psychischen Leiden häufig die ersten Anlaufstellen und in der Bewertung von Arbeitsunfähigkeit eingebunden (Hussey et al., 2012). In einer finnischen Studie zeigte sich, dass Arbeiter aus der Industrie, der öffentlichen Verwaltung, dem Gesundheitssektor und der Sozialarbeit eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Zugehörigkeit zur Frequent Attendance-Gruppe hatten, also der oberen 10 %-Perzentile mit den meisten Hausarztbesuchen (Reho et al., 2019). In einer deutschen Studie suchten Personen mit niedrigem und mittlerem SES häufiger die Primärversorgung auf als Personen mit hohem SES (Rattay et al., 2013). Nach Anpassung für den Gesundheitsstatus und chronische Krankheiten zeigten die Patienten aus der niedrigen SES Gruppe 25 % mehr Hausarztbesuche, aber 31 % weniger Besuche bei Spezialisten (Hoebel et al., 2016). Wie stark der Beitrag der beruflichen Klasse dabei war, wurde in dieser Studie jedoch nicht untersucht.

1.5 Fragestellung dieser Arbeit

Anhand von Daten aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Gößwald et al., 2013; Scheidt-Nave et al., 2012) wurde in dieser Arbeit untersucht, wie der Berufsstatus mit der Häufigkeit von Hausarztbesuchen assoziiert ist, wobei weitere soziodemographische und medizinische Parameter berücksichtigt wurden. In einem zweiten Schritt wurden mithilfe von Daten aus der GPCare-1 Studie Zusammenhänge zwischen dem beruflichen Status von Patienten und deren Wahrnehmung der Kommunikation mit Hausärzten erhoben.

2. Material und Methoden

Studiendesign

Die Arbeit stützte sich auf zwei Datensätze aus Querschnittsstudien:

1. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1; Sekundärdaten) und
2. General Practice Care-1 Study (GPCare-1; Primärdaten)

2.1 DEGS1

Die repräsentative DEGS1-Studie wurde vom Robert Koch-Institut durchgeführt und ist Teil einer Reihe deutscher Gesundheitserhebungen in der erwachsenen Bevölkerung. Für genauere Informationen zum Konzept und Vorgehen wird an dieser Stelle auf Quellen des RKI verwiesen (Gößwald et al., 2013; Scheidt-Nave et al., 2012). Die Datenerhebung erfolgte zwischen November 2008 und Dezember 2011 mithilfe von digitalen Befragungen, Fragebögen und standardisierten körperlichen Untersuchungen. Die Zielpopulation bestand aus deutschen Bürgern zwischen 18 und 79 Jahren. Von den 7987 Teilnehmern wurden die 4736 zum Erhebungszeitpunkt Berufstätigen für diese Studie ausgewählt. Die Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin hat gegen die Durchführung der DEGS1-Studie keine ethischen Bedenken erhoben (Nr. EA2/047/08).

2.1.1 Messung soziodemografischer Charakteristika

Die soziodemografischen Daten umfassten folgende Angaben: Geschlecht (weiblich/männlich), Alter (in Jahren), sozioökonomischer Status (niedrig/mittel/hoch), Beschäftigungsstatus (erwerbstätig/arbeitslos), Bildungsgruppe nach der Casmin-Klassifikation (niedrig: höchstens Hauptschulabschluss mit Berufsausbildung, mittel: höchstens Lehrausbildung nach mittlerer Reife oder (Fach-)Abitur, hoch: universitärer Abschluss), Berufsgruppe (siehe unten), Grad der Beschäftigung (Vollzeit/Teilzeit/nicht regelmäßig) und Schichtarbeit (ja/nein).

Die Berufsgruppen wurden nach der Europäischen sozioökonomischen Klassifikation (ESeC) gebildet, die neun Untergruppen unterscheidet. In Anlehnung an veröffentlichte Empfehlungen (Müller et al., 2006) wurden diese neun Gruppen zu drei Gruppen

zusammengefasst, nämlich „Salarial“ (frühere Klassen 1 und 2), „Intermediate“ (frühere Klassen 3 bis 6) und „Working Class“ (frühere Klassen 7 bis 9):

1. Das „Salarial“ (Gehaltsgewerbe) umfasst: 1. Große Arbeitgeber, höhere Fach-, Verwaltungs- und Führungsberufe; 2. niedrigere Fach-, Verwaltungs- und Führungsberufe und höhere Techniker- und Aufsichtsberufe;
2. Die „Intermediate“ (Mittlere) umfasst: 3. Mittlere Berufe; 4. kleine Arbeitgeber und selbständige Berufe (außer Landwirtschaft); 5. selbständige Berufe (z. B. Landwirtschaft); 6. untere Aufsichts- und untere Technikerberufe;
3. Die „Working Class“ (Arbeiterklasse) umfasst: 7. Niedrigere Dienstleistungs-, Verkaufs- und Büroberufe; 8. niedrigere technische Berufe; 9. Routineberufe.

2.1.2 Kontakte zu Hausärzten und andere Gesundheitscharakteristika

Die Teilnehmer wurden nach den folgenden Angaben zu ihrer Gesundheit und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems gefragt:

- Häufigkeit der Kontakte zum Hausarzt: Die Teilnehmer wurden befragt, wie oft sie innerhalb der letzten 12 Monate Kontakt zum Hausarzt hatten.
- Krankheitsfehltag: Es wurde nach Krankheitsfehltagen innerhalb der letzten 12 Monate gefragt.
- Chronische Krankheiten wurden durch ein Globalitem gemessen, in dem die Teilnehmer gefragt wurden, ob bei ihnen eine chronische Krankheit diagnostiziert wurde oder nicht.
- Gelenkschmerzen in den letzten 12 Monaten wurden mit einer Frage zu Rücken- und Gelenkschmerzen gemessen.
- Migräne in den letzten 12 Monaten wurde mit einem Item gemessen, das nur von Personen beantwortet wurde, die zuvor angegeben hatten, jemals unter Migräne gelitten zu haben.
- Diagnostizierte Depression: Es wurde gefragt, ob innerhalb der letzten 12 Monate eine Depression durch einen Arzt diagnostiziert wurde.

- Depressive Symptome: Mithilfe von zwei Fragen des PHQ-2, die auf einer Likert-Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „fast die ganze Zeit“ (3) beantwortet werden konnten, wurde nach depressiven Symptomen gefragt. Teilnehmer mit einer Gesamtpunktzahl ab zwei Punkten wurden der Gruppe mit depressiven Symptomen zugeordnet (Löwe et al., 2005).
- Chronischer Stress wurde mit dem Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS-SSCS) gemessen bestehend aus 12 Fragen über psychosoziale Stressbelastungen innerhalb der letzten 3 Monate, die auf einer Likert-Skala von „nie“ (0) bis „sehr oft“ (4) beantwortet werden konnten (Ditzen et al., 2006).

2.2 GPCare-1 Studie

Die Sekundärdaten aus dem DEGS1 - Datensatz lieferten repräsentative Daten über die gesamtdeutsche Bevölkerung hinsichtlich sozioökonomischer Aspekte, Gesundheitscharakteristika und der Kontakthäufigkeit mit Hausärzten. Die GPCare-1 Studie umfasste eine Patientenpopulation aus Lehrarztpraxen des Instituts für Hausarztmedizin. Neben soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Charakteristika wurden die Kommunikationserfahrungen der Patienten mit ihrem Hausarzt erhoben.

2.2.1 Rekrutierung der Praxen und Patienten

Diese Querschnittsstudie wurde durchgeführt, um Daten über die psychosozialen Belastungen und die Kommunikationserfahrungen von Patienten in Hausarztpraxen zu erhalten. Die Studie wurde vom Institut für Hausarztmedizin Bonn konzipiert und realisiert. Zwölf Lehrpraxen der Universität im Großraum Bonn/Köln wurden für die Teilnahme ausgewählt. Dabei wurde auf die soziodemografischen Eigenschaften der Praxisregionen geachtet: ausgehend von regionalen statistischen Daten zu Altersstruktur, Einkommen, Beschäftigungsverteilung und Migrationshintergrund wurden gezielt unterschiedliche Regionen berücksichtigt.

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Juni und August 2020. Die Mitarbeitenden in den Hausarztpraxen händigten die Studienunterlagen an alle über 18-jährigen Patienten, die physisch und psychisch in der Lage waren, an der Umfrage teilzunehmen und mit der Teilnahme einverstanden waren. Die Unterlagen konnten während der Zeit im

Wartezimmer ausgefüllt werden und enthielten Informationen über die Zielsetzung der Studie und den Datenschutz bei der anonymen Umfrage. Der zweiseitige Fragebogen wurde in verschiedenen Sprachen (deutsch, englisch, arabisch, türkisch) angeboten, um ein breites Patientenspektrum zu erreichen und Vorselektion zu vermeiden. Für die Zielsetzung dieser Arbeit wurde der Datensatz auf die berufstätigen Personen reduziert. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn hat im Juni 2020 das Forschungsvorhaben beraten und keine ethischen oder rechtlichen Bedenken erhoben (Nr. 215/20).

2.2.2 Messung soziodemografischer Charakteristika

Die Teilnehmer wurden nach den folgenden Angaben gefragt:

- Alter und Geschlecht wurde abgefragt wie in der DEGS1 Studie, mit der Ausnahme, dass eine dritte Kategorie für das Geschlecht hinzugefügt wurde.
- Bildung wurde mithilfe der vereinfachten Casmin-Klassifikation abgefragt und in drei Gruppen eingeteilt.
- Die Berufsklasse wurde mithilfe einer offenen Frage zur Berufsgruppe abgefragt, die für weitere Analysen gemäß der ESeC kategorisiert werden sollte.
- Chronischer Stress wurde wie in der DEGS1 Studie mithilfe des TICS-SSCS erfasst.
- Chronische Erkrankungen, Migräne, Rücken und Gelenkschmerzen, diagnostizierte Depressionen wurden mithilfe eines binären ja/nein Formats erfragt.
- Depressive Symptome wurden analog zur DEGS1 mithilfe der für das hausärztliche Setting validierten PHQ-2-Skala, einer verkürzten Form der PHQ-9-Skala, abgefragt (Arroll et al., 2010).

2.2.3 Psychosoziale Belastungen und Kommunikationserfahrungen

Mithilfe eines ja/nein Formats wurde gefragt, ob bereits Phasen übermäßigen Stresses auf der Arbeit erlebt wurden und ob aktuell dadurch eine Belastung besteht.

Zusätzlich wurden durch vier Fragen die Kommunikationserfahrungen mit dem Hausarzt erhoben. Dabei wurde eine Fünf-Punkte-Likert-Skala verwendet, die von „starker Zustimmung“ (1) bis zu „starker Ablehnung“ (5) reichte. Anschließend wurde ein Summenscore gebildet und die Antworten in die beiden Kategorien starke Zustimmung/Zustimmung und neutral/Ablehnung/starke Ablehnung eingeteilt. Bei der Fragenerstellung wurden Vorbilder aus der Literatur verwendet und für die Studienzwecke angepasst (Bieber et al., 2011; Van der Feltz-Cornelis et al., 2004).

2.3 Statistische Analysen

Die statistischen Analysen wurden mithilfe des Statistikprogramms für Sozialwissenschaften IBM SPSS Statistics für IOS 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) durchgeführt. Die statistische Signifikanz wurde für alle Analysen auf $p < 0,05$ (zweiseitig) festgelegt. Die Analysen der DEGS1-Daten wurden mit den publizierten, studienspezifischen Gewichtungsfaktoren für Alter, Geschlecht, Herkunftsregion, Bildungsniveau, Gesellschaftsklasse und Nationalität durchgeführt, um repräsentative Aussagen für die deutsche Gesamtpopulation zu erhalten. Häufigkeitsverteilungen und deskriptive Schätzungen wurden für die Gesamtpopulation angefertigt. Gruppenvergleiche wurden mithilfe von Chi-Square Tests, t-Tests und ANOVAs durchgeführt.

Die GPCare-1-Daten wurden mit derselben Vorgehensweise analysiert. Für die sozioökonomische Stratifikation wurden die drei Elemente zur Bildung, Berufsklasse und Einkommen herangezogen. Aufgrund einer hohen Anzahl fehlender Angaben für Beruf (103 von 386, 26,7%) und Einkommen (71 von 386 Fragebögen 18,4%) wurde entschieden, die Angaben zur Bildung zur Erstellung von drei sozioökonomischen Kategorien zu verwenden. Patienten in diesen drei Kategorien wurden mithilfe von Chi-Square-Tests und ANOVAs hinsichtlich ihrer Gesundheitscharakteristika, psychosozialen Belastungen und ihren Kommunikationserfahrungen mit dem Hausarzt verglichen.

Nachdem in der GPCare-1 Studie die Fragen zum Berufsstatus und dem Einkommen der Teilnehmenden nicht in ausreichender Anzahl beantwortet wurden, um für eine sozioökonomische Klassifikation zu dienen, wurde eine Sensitivitätsanalyse in Form einer angepassten Regressionsanalyse für die DEGS1-Daten durchgeführt. Dabei wurden Variablen für Bildung und das Einkommen in das Modell aufgenommen und eine

multiple lineare Regression verwendet, um Assoziationen zwischen Hausarztkontakten und soziodemographischen Faktoren wie Geschlecht, Alter und Berufsklasse, sowie gesundheitlichen Faktoren wie dem Vorliegen chronischer Erkrankungen, diagnostizierter Depression, migräneartigen Kopfschmerzen sowie Rücken- und Gelenkschmerzen innerhalb des letzten Jahres zu prüfen und Schätzungen für ihren jeweiligen Beitrag zum Modell zu erhalten. Bei diesen Analysen wurden 92 Individuen aufgrund extremer Ausreißer hinsichtlich der Hausarztkontakte bei $z > 3$ und damit mehr als 15 Besuchen innerhalb von 12 Monaten ausgeschlossen. Diese Sensitivitätsanalyse diente dazu, die Bedeutung der Variable Bildung im Vergleich zur Variable Berufsklasse einzuschätzen.

3. Ergebnisse

3.1 DEGS1

3.1.1 Soziodemografische und medizinische Charakteristika

Aus der gesamten DEGS1-Studienpopulation mit insgesamt 7987 Teilnehmern wurden 4736 (58,1%) Berufstätige für diese Arbeit berücksichtigt. Die Auswertung erfolgte mithilfe der vom RKI-publizierten Gewichtungsfaktoren.

Die Stichprobe bestand zu 47% aus Frauen, das Durchschnittsalter betrug 41,7 Jahre, 14,2% gehörten zur Gruppe mit niedrigem SES, 24% zur Gruppe mit hohem SES. Die genauere Verteilung hinsichtlich der Bildungs- und Berufsgruppen ist in Tabelle 1 aufgeführt. Von den Teilnehmern hatten 22,2% eine chronische Erkrankung, 17,5% berichteten einen schlechten subjektiven Gesundheitsstatus, 51,6% litten in den letzten 12 Monaten an Rücken- oder Gelenkschmerzen, 5,6% an migräneartigen Kopfschmerzen, 4,3% erhielten innerhalb der letzten 12 Monate durch einen Arzt die Diagnose einer Depression.

Beim Vergleich der Gruppen nach der ESeC-Klassifikation zeigte sich, dass die Gruppe mit mittlerem Berufsstatus (Mittelwert=44,0 [SD 12,4]) signifikant ($p<0,001$) älter war als die Gruppe mit hohem Berufsstatus (Mittelwert=41,5 [SD 12,3]) und die Gruppe mit niedrigem Berufsstatus (Mittelwert=41,8 [SD 12,7]). Vollzeitbeschäftigung war in der Gruppe mit hohem Berufsstatus (71,5%, $n=1051$) signifikant häufiger als in den Gruppen mit mittlerem und niedrigem Berufsstatus (65,9%, $n=735$ bzw. 62,3%, $n=1127$; $p<0,001$), während Schichtarbeit in der Arbeiterklasse häufiger vorkam (28%, $n=458$; $p<0,001$).

Bezüglich der gesundheitlichen Parameter waren Gelenkschmerzen in der Arbeiterklasse am häufigsten (54,5%, $n=1032$; $p=0,028$). In der mittleren Gruppe (11,7%, $n=124$) und der Arbeiterklasse (10,7%, $n=174$) war der Mittelwert des psychosozialen Stresses signifikant höher als in der Gruppe mit hohem Berufsstatus (6,9%, $n=123$; $p<0,001$). Die Anzahl der Krankheitsfehltag war in der Arbeiterklasse signifikant höher als in der mittleren und hohen Berufsgruppe (Salarariat: Mittelwert=8,4 [SD 22,9]; Intermediate: Mittelwert=8,6 [SD 25,2]; Working Class: Mittelwert=13,2 [SD 31,5]; $p<0,001$)

Sowohl bei mittlerem Berufsstatus als auch in der Arbeiterklasse bestand eine höhere Wahrscheinlichkeit, einen Hausarzt zu haben als bei hohem Berufsstatus (hoher Berufsstatus: 85,5%, n=1283; mittlerer Berufsstatus: 92,1%, n=1055; Arbeiterklasse: 91%, n=1661; $p < 0,001$). Die Teilnehmenden dieser beiden Berufsklassen suchten den Hausarzt auch häufiger auf als die Teilnehmer der hohen Berufsklasse (hohe Berufsklasse: Mittelwert=2,67 (SD 2,37); mittlere Berufsklasse: Mittelwert=3,41 (SD=2,89); Arbeiterklasse: Mittelwert=2,89 (SD 3,49); $p < 0,001$).

Tab. 1: DEGS1: Berufstätige Population (n=4736): soziodemographische und gesundheitliche Charakteristika der Gesamtpopulation

Variable ^a	Total	
	n=4736	
	n (%)	95 % CI
Geschlecht (Weiblich)	2375 (47,0)	45,1 - 49,0
Alter, Mittelwert (SD)	41,7 (12,8)	41,3 - 42,1
SES		
	Niedrig	535 (14,2)
	Mittel	2849 (61,8)
	Hoch	1350 (24,0)
Bildung		
	Niedrig	1048 (27,1)
	Mittel	2656 (55,4)
	Hoch	1030 (17,5)
Berufsklasse		
	Niedrig	1815 (44,7)
	Mittel	1141 (24,4)
	Hoch	1480 (30,9)
Gesundheitsfaktoren		
Chronische Erkrankung (ja)	1101 (22,2)	20,6 - 23,9
Subjektiver Gesundheitszustand (nicht gut)	808 (17,5)	16,2 - 19,0
Migräne (während der letzten 12 Monate)	258 (5,6)	4,9 - 6,5
Rücken- und Gelenkschmerzen (während der letzten 12 Monate)	2545 (51,6)	49,9 - 53,2
Diagnostizierte Depression (während der letzten 12 Monate)	191 (4,3)	3,6 - 5,1
PHQ-2, Mittelwert (SD)	1,0 (1,1)	0,9 - 1,0
SSCS, Mittelwert (SD)	12,1	11,75 - 12,3
Hausarzt vorhanden (ja)	4263 (89,2)	87,6 - 90,6
Hausarztkontakte in den letzten 12 Monaten, Mittelwert (SD)	2,7 (3,5)	2,6 - 2,9
Krankheitsfehltag (in den letzten 12 Monaten), Mittelwert (SD)	10,5 (29,4)	9,6 - 11,4

^a Alle Ergebnisse sind auf gewichteten Analysen der DEGS1 Daten basiert

Tab. 2: DEGS1: Berufstätige Population (n=4736): Vergleich der ESeC-Berufsklassen

Variable ^a	Salarität n=1480		Intermediate n=1141		Working Class n=1815		p
	n (%)	95% CI	n (%)	95% CI	n (%)	95% CI	
Geschlecht (weiblich)	700 (44,8)	41,8 - 47,8	722 (57,8)	54,1 - 61,5	808 (42,7)	39,8 - 45,6	<0,001
Alter, Mittelwert (SD)	41,5 (12,1)	40,9 - 42,2	44,0 (12,4)	43,2 - 44,7	41,7 (12,6)	41,9 - 42,6	<0,001
Bildung							<0,001
Niedrig	90 (8,0)	6,2 - 10,3	189 (20,6)	17,5 - 24,0	685 (42,9)	39,4 - 46,5	
Mittel	633 (46,7)	43,1 - 50,5	777 (67,5)	63,9 - 70,9	1071 (54,4)	50,9 - 57,8	
Hoch	757 (45,2)	41,5 - 49	175 (12,0)	9,7 - 14,6	59 (2,7)	1,9 - 3,8	
Art der Beschäftigung							<0,001
Vollzeit	1051 (71,5)	68,5 - 74,3	735 (65,9)	62,9 - 68,8	1127 (62,3)	59,5 - 65,1	
Teilzeit	291 (18,6)	16,3 - 21,0	270 (22,9)	20,0 - 25,9	318 (17,6)	15,6 - 19,8	
Nicht regelmäßig	138 (9,9)	8,1 - 12,1	136 (11,2)	9,4 - 13,4	370 (20,1)	17,9 - 22,5	
Schichtarbeit (ja)	166 (13,1)	11,9 - 13,6	122 (10,4)	7,6 - 14,3	458 (28,0)	26,0 - 33,5	<0,001
Chronische Erkrankung (ja)	353 (21,7)	19,2 - 24,5	263 (21,5)	18,9 - 24,3	433 (23,5)	21,2 - 25,8	0,44
Subjektiver Gesundheitsstat us (nicht gut)	173 (11,6)	9,8 - 13,6	183 (16,8)	14,1 - 20,0	398 (22,1)	20,0 - 24,4	<0,001
Migräne (in den letzten 12 Monaten)	78 (44,6)	35,9 - 53,7	75 (53,4)	42,7 - 63,8	90 (51,1)	42,7 - 59,5	0,44
Rücken- und Gelenkschmerz en (in den letzten 12 Monaten)	747 (48,9)	45,5 - 52,2	617 (52,6)	49,3 - 56,0	1032 (54,5)	51,9 - 57,0	0,03
Diagnostizierte Depression (in den letzten 12 Monaten)	58 (46,9)	37,8 - 56,3	50 (41,7)	31,7 - 52,4	76 (47,7)	39,0 - 56,5	0,67
PHQ-2, Mittelwert (SD)	0,9 (1,1)	0,9 - 1,0	1,0 (1,0)	0,9 - 1,0	1,0 (1,1)	0,9 - 1,1	0,20
SSCS, Mittelwert (SD)	11,2 (7,0)	10,8 - 11,5	12,64 (7,9)	12,2 - 13,1	12,33 (8,1)	12,0 - 12,7	<0,001
Hausarzt vorhanden (ja)	1283 (85,5)	82,6 - 87,9	1055 (92,1)	89,8 - 94,0	1661 (91,0)	89,0 - 92,8	<0,001
Hausarztkontakt e in den letzten 12 Monaten, Mittelwert (SD)	2,4 (2,7)	2,2 - 2,5	2,8 (3,6)	2,5 - 3,1	2,9 (3,5)	2,7 - 3,1	<0,001
Krankheitsfehlt age (in den letzten 12 Monaten), Mittelwert (SD)	8,4 (22,9)	6,8 - 10,0	8,6 (25,2)	7,0 - 10,2	13,2 (31,5)	11,6 - 14,8	<0,001

^a Alle Ergebnisse sind auf gewichteten Analysen der DEGS1 Daten basiert

3.1.2 Assoziationen zwischen Gesundheitsparametern und Hausarztbesuchen

Das Regressionsmodell zeigte einen R-Wert von 0,156 mit einem signifikanten Einfluss für das Geschlecht, das Alter, chronischer Erkrankungen, den subjektiven Gesundheitsstatus, Rücken- und Gelenkschmerzen, Depression und die Bildungsgruppen. Bei den sozioökonomischen Faktoren zeigten Beschäftigte mit einem niedrigem Bildungsstatus laut Modell 0,5 mehr Hausarztbesuche innerhalb der letzten 12 Monate als solche mit hohem Bildungsstatus. Beschäftigte mit mittlerer Bildung zeigten 0,4 mehr Hausarztbesuche als die Referenzgruppe. Die sozioökonomischen Variablen des Berufs und des Einkommens zeigten keinen signifikanten Einfluss in dem Modell. Die am stärksten beitragenden Faktoren waren chronische Erkrankungen, der subjektive Gesundheitsstatus und die Diagnose einer Depression mit errechneten Unterschieden von 1,26, 1,2 und 1,1 für die Hausarztbesuche zwischen den Gruppen.

Tab. 3: DEGS1: Regressionsanalyse zu den Hausarztbesuchen innerhalb der letzten 12 Monate

Variable ^a	Schätzung	SD	95% CI	p-Wert
Constant	2,81	0,33	2,16 - 3,47	<0,001
Casmin Bildung (niedrig)	0,52	0,15	0,21 - 0,82	<0,001
Casmin Bildung (mittel)	0,36	0,12	0,12 - 0,6	<0,005
Casmin Bildung (Ref: hoch)	0,000	.	.	.
ESeC Beruf (Salarial)	0,05	0,13	(-0,2) - 0,3	0,71
ESeC Beruf (Intermediate)	0,02	0,11	(-0,2) - 0,24	0,87
ESeC Beruf (Ref: Working class)	0,000	.	.	.
Einkommen (SES stratifiziert)	(-0,02)	0,03	(-0,08) - 0,03	0,39
Geschlecht weiblich (Ref: männlich)	0,32	0,1	0,12 - 0,51	0,001
Alter	(-0,01)	0,00	(-0,02) - (-0,00)	0,03
Subjektiver Gesundheitsstatus (gut)	(-1,2)	0,17	(-1,54) - (-,86)	<0,001
Chronische Erkrankungen (ja)	1,26	0,12	1,02 - 1,5	<0,001
Rücken- und Gelenkschmerzen (während der letzten 12 Monate)	0,39	0,09	0,22 - 0,56	<0,001
Migräne (während der letzten 12 Monate)	0,38	0,24	(-0,1) - 0,86	0,12
Diagnostizierte Depression (während der letzten 12 Monate)	1,1	0,36	0,39 - 1,8	<0,005
Chronischer Stress (TICS-SSCS)	0,01	0,01	(-0,01) - 0,02	0,36

^a Alle Ergebnisse sind auf gewichteten Analysen der DEGS1 Daten basiert

3.2 GPCare1

3.2.1 Soziodemografische und medizinische Charakteristika

Von den 814 Patienten der GPCare-1-Studie wurden 386 wegen ihres aktuellen berufstätigen Status in die weiteren Analysen eingeschlossen. Von diesen waren die meisten angestellt (77,2%), deutlich weniger waren selbständig (7%, n=27), verbeamtet (6,2%, n=24) oder gerade in der Ausbildung (9,6%, n=37). Insgesamt bestand die Stichprobe aus mehr Frauen (58,7%), das mittlere Alter betrug 42,91 Jahre (SD 14,23). Die Mehrheit hatte ein hohes Bildungsniveau (44,6%, n=165), gefolgt von mittlerem Bildungsniveau (42,4%, n=157) und niedrigem Bildungsniveau (13%, n=48). Zwischen

den einzelnen Bildungsgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Alters. Die offene Frage zu den Berufsgruppen wurde durch 103 von 386 der Teilnehmer (26,7%) nicht beantwortet, so dass eine Klassifikation nach den oben genannten Berufsklassen nicht möglich war und – wie oben skizziert – eine Auswertung nach den Bildungsgruppen erfolgte.

Die Prävalenzen der verschiedenen chronischen Erkrankungen betragen 51,4% (n=190) für Rücken- und Gelenkschmerzen, 13% (n=48) für Migräne, und 15,1% (n=56) für Depression. Der PHQ2 zeigte einen Mittelwert von 1,79 (SD 1,63). Die Mehrheit (76,2%, n=288) hatte bereits übermäßigen Stress auf der Arbeit erlebt, 29% (n=122) gaben an, gerade davon belastet zu sein. Der Mittelwert für psychosozialen Stress betrug laut TICS-SSCS 18,89 (SD 9,92).

Die gesundheitlichen Faktoren zeigten signifikante Gruppenunterschiede für den subjektiven Gesundheitsstatus und chronische Erkrankungen. Sowohl der Anteil chronisch erkrankter Patienten als auch der Anteil von Patienten mit subjektiv schlechtem Gesundheitsstatus war in der Gruppe der gering Gebildeten mit 47,9% (n=36) und 76,6% (n=23) am höchsten. Für die einzelnen Gesundheitsprobleme fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Entgegengesetzt zu den anderen Gesundheitsproblemen zeigten sich bei Migräne und Stressbelastungen allerdings tendenziell höhere Anteile in der mittleren und höheren Bildungsgruppe.

Tab. 4: GPCare1: berufstätige Population (N=386): soziodemographische und gesundheitliche Eigenschaften insgesamt und stratifiziert nach Bildungsgruppen

Variable (n = 386)	Total		Niedrige BG		Mittlere BG		Hohe BG		p-Wert
	n/M	%/SD	n/M	%	n/M	%	n/M	%	
Alter Mittelwert, SD	42,9	14,2	46		42,1		43,1		0,15
Geschlecht (weiblich)	223	58,7	23	47,9	94	61,4	98	59,8	0,24
Berufsstatus									
angestellt	298	77,2							
selbstständig	27	7,0							
verbeamtet	24	6,2							
in Ausbildung	37	9,6							
Gesundheitsfaktoren									
Subjektiver Gesundheitsstatus (schlecht)	149	38,6	23	47,9	66	42,3	50	30,3	0,03
Chronische Erkrankungen (ja)	214	16,1	36	76,6	86	56,6	92	58,6	0,04
Migräne	48	13,0	5	10,6	18	11,8	24	15,2	0,59
Rücken- oder Gelenkschmerzen	190	51,4	28	59,6	83	54,6	73	46,2	0,17
Depression	56	15,1	9	19,1	29	19,1	17	10,8	0,1
PHQ-2 (M, SD)	1,79	1,63	2,06		1,89		1,66		0,23
Übermäßigen Arbeitsstress erlebt	288	76,2	32	68,1	124	81,6	121	74,2	0,11
Aktuell dadurch belastet	112	29,0	12	37,5	42	33,9	51	42,1	0,41
Chronischer Stress (M, SD)	18,89	9,92	19,69		19,66		18,08		0,55

3.2.2 Kommunikationserfahrungen

Hinsichtlich der Kommunikationserfahrungen zeigte sich die Mehrheit der Patienten zufrieden mit ihrem Hausarzt. Die niedrigsten Zustimmungswerte ergaben sich für die Aussage „Mein Arzt fragt mich nach persönlichen Belastungen“ (73,9%, n=257). Den

Aussagen „Mein Arzt nimmt sich Zeit für mich und meine Anliegen“ und „Mein Arzt vermittelt mir ein gutes Gefühl beim Gespräch über sensible Themen“ stimmten 83% (n=289) bzw. 85,5% (n=295) der Befragten zu. Für diese Fragen fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen.

Bei der Aussage „Ich habe das Gefühl von meinem Arzt mit meinen persönlichen Problemen ernst genommen zu werden“ zeigte sich hingegen, dass signifikant weniger Patienten in der Gruppe mit niedriger Bildung zustimmten (76,1%, n=35) im Gegensatz zu 87,8% (n=130) in der mittleren und 90,9% (n=140) in der hohen Bildungsgruppe (p=0,027).

Tab. 5: GPCare-1: berufstätige Population (n=386): Kommunikationserfahrungen insgesamt und stratifiziert nach Bildungsgruppen

	Total		Niedrige BG		Mittlere BG		Hohe BG		p-Wert
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kommunikationserfahrungen (Zustimmung)									
„Mein Arzt fragt mich nach persönlichen Belastungen“	257	73,9	36	76,6	107	73,3	114	73,5	0,9
„Mein Arzt nimmt sich Zeit für mich und meine Anliegen“	289	83,0	40	85,1	122	83,6	127	81,9	0,86
„Mein Arzt vermittelt mir ein gutes Gefühl beim Gespräch über sensible Themen“	295	85,5	40	85,1	126	86,3	129	84,9	0,94
„Ich fühle durch meinen Arzt ernst genommen“	305	87,6	35	76,1	130	87,8	140	90,9	0,03

4. Diskussion

4.1 Häufigere, aber unbefriedigendere Hausarztkontakte von Patienten mit niedrigerem Berufsstatus bzw. niedrigerer Bildung

Die repräsentativen DEGS1-Daten zeigten eine signifikant höhere Anzahl von Hausarztbesuchen in der Gruppe der Berufstätigen mit niedrigem beruflichem Status und - in der ergänzenden Sensitivitätsanalyse - besonders in der Gruppe mit niedriger Bildung. Zugleich zeigten die Daten der GPCare-1-Studie, dass Patienten in der Gruppe mit niedrigstem Bildungsgrad signifikant seltener angaben, von ihrem Hausarzt mit ihren persönlichen Problemen ernst genommen zu werden.

4.2 Methodische Aspekte zu den SES-Variablen

Bei der Bildung von sozioökonomischen Klassen musste für die GPCare-1 Daten der Fokus auf die Bildungsvariable gesetzt werden, weil zu viele Angaben bei den Berufsgruppen- und Einkommensvariablen fehlten. Gemäß Geyer haben die Variablen untereinander vermittelnde Effekte auf die Gesundheit, sollten bei der sozioökonomischen Stratifizierung allerdings nicht als frei austauschbar angesehen werden (Geyer et al., 2006). Um dies zumindest für die DEGS1-Daten abschätzen zu können, wurden in der Sensitivitätsanalyse neben der Variable zu den Berufsklassen, Variablen zu Bildung und Einkommen hinzugefügt. Dabei zeigte sich, dass in Deutschland die Bildung der Berufstätigen eine wichtigere Rolle für die Häufigkeit von Hausarztkontakten spielt als der berufliche Status.

4.3 Die Effekte verschiedener SES-Variablen

Für die Erstellung von SES-Gruppen werden traditionell die Bildung, der Beruf und das Einkommen kombiniert. Trotz der Entwicklung der letzten Jahrzehnte in den westlichen Ländern, soziale Ungleichheiten beim Gesundheitsstatus zu bekämpfen, bleiben deutliche Unterschiede zwischen sozialen Schichten bestehen (Mackenbach, 2012). Aber wie beeinflussen sozioökonomische Faktoren die Gesundheit? Eine Studie aus Helsinki ging darauf ein, dass die einzelnen Faktoren des SES nicht nur im Zusammenspiel gesehen werden müssen, sondern sich gegenseitig beeinflussen. Dadurch können Teile ihrer Wirkung auf die Gesundheit und das Verhalten durch die jeweils anderen Faktoren erklärt werden. Der Bildungsabschluss ist im Lebensverlauf die früheste soziale Gratifikation, die den beruflichen Werdegang und das daraus

resultierende wirtschaftliche Einkommen erheblich beeinflusst. In dieser Studie von Lahelma et al. wurden Assoziationen zwischen chronischen Erkrankungen und Bildung untersucht: sowohl bei Frauen als auch Männern wurden diese Assoziationen durch Beruf bzw. Einkommen modifiziert. Auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsstatus hatte die Bildung den stärksten Einfluss und konnte ebenfalls die Hälfte der durch Beruf und Einkommen bedingten Unterschiede bei Männern erklären (Lahelma et al., 2004). Allerdings zeigt sich insgesamt, dass es nicht einen einzig überlegenen sozialen Marker gibt, sondern je nach Fragestellung und Population unterschiedlich starke Einflüsse der verschiedenen Faktoren zu vermerken sind. So fand eine Studie an Populationen in Deutschland und Schweden heraus, dass Bildung bei der Diabetesprävalenz und Einkommen bei der Gesamtsterblichkeit den stärksten Einfluss hatte (Geyer et al., 2006). Eine Metaanalyse von europäischen, amerikanischen und australischen Datensätzen zeigte, dass die Gesamtsterblichkeit negativ sowohl mit Bildung als auch mit dem Berufsstand korrelierte (d'Errico et al., 2017). Eine finnische Studie mit 27.440 Stadtangestellten aus Helsinki fand heraus, dass höhere Bildung, höherer beruflicher Status und höheres Einkommen im Zusammenhang mit weniger Krankheitsfehltagen standen. In dem vollständigen Modell ließen sich nur noch für Bildung und Einkommen signifikante Effekte nachweisen (Piha et al., 2010). In einer US-amerikanischen Studie wurde der komplexe Zusammenhang der Variablen untereinander mit ihrem Einfluss auf die Gesundheit näher untersucht. Bildung hat demnach über die Vermittlung von gesundheitsförderndem Wissen und Verhaltensweisen einen direkten Effekt. Zusätzlich gab es einen indirekten Effekt von Bildung dadurch, dass diese die Chancen für das Erreichen einer guten beruflichen Karriere und eines damit einhergehenden höheren Einkommen verbesserte (Braveman et al., 2014). Allgemein gilt, dass Bildung ist der früheste und am einfachsten zu erhebende Faktor der sozioökonomischen Klassifizierung ist, der die anderen Parameter allerdings nicht umfänglich ersetzen kann. Unsere Sensitivitätsanalyse anhand der DEGS1-Daten hatte ergeben, dass die Bildung innerhalb der sozioökonomischen Variablen diejenige mit dem stärksten Einfluss auf die Häufigkeit der Hausarztbesuche war. Bildung war außerdem die einzige Variable, die für die meisten Teilnehmer des anonymen GPCare1-Survey vorlag. Perspektivisch könnte bedeutsam sein, dass der Parameter Bildung für derartige Umfragen im hausärztlichen Bereich der beste Kandidat

für eine sozioökonomische Stratifizierung ist, wenn die Kürze der Umfrage oder die Daten nicht für die Bildung von umfassenderen SES-Variablen ausreichen.

4.4 Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Abgesehen von Effekten auf die Gesundheit lassen sich auch bei der Nutzung des Gesundheitssystems sozioökonomische Unterschiede nachweisen. In einer longitudinalen holländischen Studie konnte ein Odds Ratio von 1,87 für die Inanspruchnahme von Hausarztpraxen durch Patienten mit lediglich einfacher Bildung nachgewiesen werden (van der Meer et al., 1998). In einer dänischen Studie von 100.000 Mitgliedern einer Krankenkasse konnten mehr Besuche bei Allgemeinmedizinerinnen durch Patienten mit niedrigem SES im Gegensatz zu mehr Besuchen bei Fachärztinnen durch Patienten mit hohem SES gezeigt werden (Filc et al., 2014). Eine andere dänische Studie an 54.849 Patienten untersuchte Faktoren, die bei „Frequent Attending“ eine Rolle spielen, wobei sog. „Frequent Attender“ als die Patientengruppe mit den meisten Hausarztkontakten aus der oberen 10%-Perzentile definiert wurde. Hier fand sich, dass mehr als vier Jahre höhere Bildung protektiv gegen vermehrte Hausarztbesuche wirkten (Jørgensen et al., 2016). Die Ergebnisse dieser Arbeit müssen im Kontext anderer Studien gesehen werden, die bereits im Allgemeinen für niedrige SES-Gruppen eine höhere Nutzung des primären im Gegensatz zu einer geringeren Nutzung des sekundären Gesundheitssektors in Deutschland nachgewiesen haben (Hoebel et al., 2016; Luppä et al., 2020). Dabei muss Berücksichtigung finden, dass es in Deutschland anders als in anderen Ländern kein sog. Gate Keeper-System mit Hausarztspflicht gibt, sondern Haus- und Facharztspezialisten gemäß den Prinzipien der freien Arztwahl direkt aufgesucht werden können. Im DEGS1 hatten 80,5% aller Teilnehmer mit niedrigem SES ihren Hausarzt im Verlauf der letzten 12 Monate aufgesucht, während in der Gruppe mit hohem SES der Anteil 73,9% betrug. Eine norwegische Studie fand einen ähnlichen Zusammenhang. Der größere Bedarf an Gesundheitsberatung in niedrigen SES-Gruppen werde vor allem durch eine höhere Anzahl von Hausarztbesuchen gedeckt (Hetlevik et al., 2012). Auch für spezielle Patientengruppen wie solche mit Asthma oder COPD scheint der individuelle Bedarf an ärztlicher Beratung in den niedrigen Bildungsgruppen höher zu sein, wie eine weitere Studie derselben Arbeitsgruppe zeigte (Hetlevik et al., 2016).

4.5 Gründe für sozioökonomisch bedingte Unterschiede bei Hausarztbesuchen

Die DEGS1-Daten zeigen, dass der höhere psychosoziale Stress und der schlechtere subjektive Gesundheitsstatus in der unteren SES-Gruppe ein relevanter Faktor sein kann, obwohl chronischer Stress allein im Regressionmodell keine signifikante Assoziation zur Häufigkeit der Hausarztbesuche zeigte (Hapke et al., 2013). Psychosozialer Stress wurde bereits als Risikofaktor für Frequent Attenders in Deutschland identifiziert (Luppa et al., 2020). Rücken- und Gelenkschmerzen traten in der Gruppe mit niedrigem beruflichem Status und geringer Bildung häufiger auf als in beiden anderen Gruppen. Diese Assoziation wurde bereits in anderen Studien nachgewiesen (Driscoll et al., 2014; Punnett et al., 2005), zumal Rücken- und Gelenkschmerzen ein häufiger Grund für Hausarztbesuche sind (Hart et al., 1995). Der Hausarzt spielt dabei häufig eine Rolle als krankschreibende Institution, besonders für angestellte Patienten. Im Gruppenvergleich hatten die Teilnehmer in der höchsten Bildungs- und Berufsgruppe seltener einen Hausarzt und auch die wenigsten Hausarztkontakte. Hoher SES ist mit einem höheren gesundheitsbezogenem Fachwissen verbunden, weshalb bei Gesundheitsproblemen öfter direkt auf Fachärzte anstelle von Allgemeinmedizinerinnen zurückgegriffen wird (Lueckmann et al., 2021; Stormacq et al., 2019). Gut gebildete Patienten scheinen besser einschätzen zu können, bei welchen Spezialisten sie sich behandeln lassen sollten, doch könnte auch der Status mit dem vermeintlichen Vorteil des direkten Besuchs eines Facharztspezialisten eine Rolle spielen. Außerdem könnte eine Rolle spielen, dass Individuen in dieser Gruppe häufig flexiblere Arbeitsverträge haben oder selbstständig und daher nicht auf hausärztliche Krankschreibungen angewiesen sind.

4.6 Sozioökonomische Faktoren in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Während im DEGS1-Datensatz die Häufigkeit der Hausarztbesuche untersucht wurde, lieferte die GPCare1-Befragung Daten zu der Zufriedenheit der Patienten mit den Hausarztkontakten. Die Bedeutung dieser ergänzenden Daten ist hoch, da die Häufigkeit der Kontakte keine Aussagen über deren Qualität beinhaltet. Häufigere Besuche könnten beispielsweise auch Zeichen einer unzureichenden Behandlungsqualität bei Patienten mit geringerem SES sein. Hinsichtlich der generellen Behandlungsqualität wurde die Arzt-Patientenkommunikation für die drei Themen „über persönliche Belastungen befragt zu werden“, „genügend Raum für die Beschreibung

persönlicher Probleme zu bekommen“ und „ein gutes Gefühl beim Gespräch über sensible Themen vermittelt zu bekommen“ von über 80% der Befragten als zufriedenstellend bewertet, und zwar ohne signifikante Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen. Allerdings wurde die Aussage „sich vom Arzt mit seinen Problemen ernst genommen zu fühlen“ mit einem deutlichen Unterschied zwischen den Bildungsgruppen beantwortet. Die gering Gebildeten stimmten dieser Aussage signifikant seltener zu als die beiden anderen Bildungsgruppen. In einer Studie wurde anhand von Videomitschnitten in der Sprechstunde gezeigt, dass Patienten in unqualifizierter beruflicher Beschäftigung signifikant weniger Zeit im Behandlungszimmer beim Allgemeinmediziner verbringen als andere Patienten; der Bildungsstatus spielte dabei als gesonderter Faktor allerdings keine signifikante Rolle (Wiggers et al., 1997). In einer schwedischen Studie mit 111 Medizinstudenten im letzten Jahr wurde gezeigt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer des Arztbesuches und der Menge an erhobener psychosozialer Informationen besteht (Gude et al., 2013). In einer prospektiven Studie an 1401 erwachsenen Patienten und 89 Allgemeinmedizineren wurde gezeigt, dass das Wissen über den psychosozialen Kontext der Patienten die Behandlung bei jedem sechstem Arzt-Patienten-Kontakt beeinflusste. Dabei waren stressige Arbeitsbelastungen das häufigste Thema (Gulbrandsen et al., 1998). In einer schottischen Studie empfanden Patienten von Praxen in sozialen Brennpunkten ihren Arzt als weniger empathisch und zeigten einen Monat später schlechtere Behandlungserfolge (Mercer et al., 2016). Ein wichtiger Faktor bei all diesen Befunden könnte die sozioökonomische Arzt-Patienten-Konkordanz sein. In einer US-amerikanischen Studie zeigte sich, je mehr sich die sozioökonomischen Umstände von Arzt und Patient ähneln, desto zufriedener sind Patienten mit der Behandlung (Thornton et al., 2011). Eine französische Studie fand heraus, dass das Wissen der Ärzte über nicht-medizinische Belange Patienten negativ mit dem sozioökonomischen Status der Patienten korreliert (Casanova et al., 2018). Diese Erkenntnis sollte in der Arzt-Patienten-Kommunikation berücksichtigt werden und Ärzte dazu anhalten, sich in ausreichendem Maße besonders mit den unprivilegierten Patienten zu befassen. Ein systematischer Review über das Thema, ob der soziale Status bei der Behandlung von Patienten erhoben werden sollte, kam zu dem Schluss, dass die meisten Studien gute Gründe dafür finden (Moscrop et al., 2019).

4.7 Stärken und Limitationen

Anhand der repräsentativen DEGS1-Daten war es möglich, Aussagen für die deutsche Bevölkerung hinsichtlich der Nutzung des Hausarztangebots zu treffen. Unsere eigenen Daten aus der GPCare1-Befragung fügten einen genaueren Blick auf die Erfahrungen von Berufstätigen in Hausarztpraxen hinzu. Die sozioökonomische Stratifizierung in den GPCare1 Daten war auf die Bildungsvariable limitiert und ließ daher keinen Vergleich aller SES-Variablen mit dem DEGS1 Datensatz zu. Die Befragung wurde während der Corona Pandemie durchgeführt, wodurch in den Praxen womöglich die Heterogenität der Patienten beeinflusst war.

5. Zusammenfassung

Anhand von repräsentativen Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland zeigte diese Studie eine größere Häufigkeit von Hausarztkontakten bei Beschäftigten in den unteren im Vergleich zu höheren Bildungs- und Berufsgruppen, wobei die höhere Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Teilnehmern mit niedrigerem sozioökonomischen Status eine Rolle spielt. Während diese Daten auf eine höhere Inanspruchnahme durch die bedürftigeren Personen hindeuten, werden die Ergebnisse der GPCare-1-Studie einen kritischen Blick auf die Wahrnehmung der Kommunikation mit Hausärzten durch Patienten mit niedrigerem Bildungsstand. Dieser Hinweis auf Mängel in der Qualität der ärztlichen Kommunikation bedarf weiterer Untersuchungen. Zugleich haben diese Erkenntnisse Bedeutung für die ärztliche Versorgung. Hausärzte sollten mit den sozioökonomischen Lebensbedingungen, besonders dem Berufs- und Bildungshintergrund, ihrer Patienten vertraut sein, um diese umfassend und situationsgerecht zu versorgen.

6. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: DEGS1: Berufstätige Population (n=4736): soziodemographische und gesundheitliche Charakteristika	17
Tabelle 2: DEGS1: Berufstätige Population (n=4736): Vergleich der Berufsklassen	18
Tabelle 3: DEGS1: Regressionsanalyse zu den Hausarztbesuchen innerhalb der letzten 12 Monate	20
Tabelle 4: GPCare1: berufstätige Population (N=386): soziodemographische und gesundheitliche Eigenschaften insgesamt und stratifiziert nach Bildungsgruppen	22
Tabelle 5: GPCare-1: berufstätige Population (n=386): Kommunikationserfahrungen insgesamt und stratifiziert nach Bildungsgruppen	23

7. Literaturverzeichnis

Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, Falloon K, Hatcher S. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. *Ann Fam Med* 2010; 8: 348–353

Bieber C, Nicolai J, Mueller K, Eich W. Der Fragebogen zur Arzt-Patient-Interaktion (FAPI) – Validierung und psychometrische Optimierung anhand einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten. *Klin Diagn Eval* 2011; 4: 78–93

Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep* 2014; 129: 19–31

Buruck G, Tomaschek A, Wendsche J, Ochsmann E, Dörfel D. Psychosocial areas of worklife and chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2019; 20: 480

Casanova L, Ringa V, Chatelard S, Paquet S, Pendola-Luchel I, Panjo H, Bideau C, Deflesselle E, Delpech R, Bloy G, Rigal L. Level of agreement between physician and patient assessment of non-medical health factors. *Fam Pract* 2018; 35: 488–494

d'Errico A, Ricceri F, Stringhini S, Carmeli C, Kivimaki M, Bartley M, McCrory C, Bochud M, Vollenweider P, Tumino R, Goldberg M, Zins M, Barros H, Giles G, Severi G, Costa G, Vineis P. Socioeconomic indicators in epidemiologic research: A practical example from the LIFEPATH study. *PLoS One* 2017; 12: e0178071

Ditzen B, Nater U. Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS). *Z Klin Psychol Psychother (Gott)* 2006; 35: 241–242

Driscoll T, Jacklyn G, Orchard J, Passmore E, Vos T, Freedman G, Lim S, Punnett L. The global burden of occupationally related low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 975–981

Eyles E, Manley D, Jones K. Occupied with classification: Which occupational classification scheme better predicts health outcomes? *Soc Sci Med, SSM:2017 Medical Geography symposium* 2019; 227: 56–62

Filc D, Davidovich N, Novack L, Balicer RD. Is socioeconomic status associated with utilization of health care services in a single-payer universal health care system? *Int J Equity Health* 2014; 13: 115

Geyer S, Hemström Ö, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 804–810

Gößwald A, Lange M, Dölle R, Hölling H. [The first wave of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1): participant recruitment, fieldwork, and quality management]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 611–619

Gude T, Vaglum P, Anvik T, Baerheim A, Grimstad H. A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. *Scand J Prim Health Care* 2013; 31: 31–35

Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. *BMJ Med* 1998; 317: 28–32

Hapke U, Maske UE, Scheidt-Nave C, Bode L, Schlack R, Busch MA. Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 749–754

Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine J* 1995; 20: 11–19

Hetlevik O, Gjesdal S. Does socioeconomic status of list populations affect GP practice? A register-based study of 2201 Norwegian GPs. *Eur J Gen Pract* 2012; 18: 212–218

Hetlevik O, Melbye H, Gjesdal S. GP utilisation by education level among adults with COPD or asthma: a cross-sectional register-based study. *NPJ Prim Care Respir Med* 2016; 26: 16027

Hoebel J, Rattay P, Prütz F, Rommel A, Lampert T. Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. *PLoS One* 2016; 11: e0155982

Hussey L, Turner S, Thorley K, McNamee R, Agius R. Work-related sickness absence as reported by UK general practitioners. *Occup Med* 2012; 62: 105–111

Jørgensen JT, Andersen JS, Tjønneland A, Andersen ZJ. Determinants of frequent attendance in Danish general practice: a cohort-based cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2016; 17: 9

Kaikkonen R, Rahkonen O, Lallukka T, Lahelma E. Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health* 2009; 19: 458–463

Lahelma E, Laaksonen M, Aittomäki A. Occupational class inequalities in health across employment sectors: the contribution of working conditions. *Int Arch Occup Environ Health* 2009; 82: 185–190

Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomäki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 327–332

Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Lang JWB. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: A systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Soc Sci Med* 2012; 75: 1163–1174

Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005; 58: 163–171

Lueckmann SL, Hoebel J, Roick J, Markert J, Spallek J, von dem Knesebeck O, Richter M. Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review. *Int J Equity Health* 2021; 20: 58

Luppa M, Giersdorf J, Riedel-Heller S, Prütz F, Rommel A. Frequent attenders in the German healthcare system: determinants of high utilization of primary care services. Results from the cross-sectional German health interview and examination survey for adults (DEGS). *BMC Fam Pract* 2020; 21: 10

Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Soc Sci Med, Part Special Issue: Challenges to changing health behaviours in developing countries* 2012; 75: 761–769

Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, Ferrie JE, Ahola K, Alfredsson L, Batty GD, Bjorner JB, Borritz M, Burr H, Chastang J-F, de Graaf R, Dragano N, Hamer M, Jokela M, Knutsson A, Koskenvuo M, Koskinen A, Leineweber C, Niedhammer I, Nielsen ML, Nordin M, Oksanen T, Pejtersen JH, Pentti J, Plaisier I, Salo P, Singh-Manoux A, Suominen S, Ten Have M, Theorell T, Toppinen-Tanner S, Vahtera J, Väänänen A, Westerholm PJM, Westerlund H, Fransson EI, Heikkilä K, Virtanen M, Rugulies R, Kivimäki M, IPD-Work Consortium. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med* 2017; 47: 1342–1356

Marmot M. Epidemiological approach to the explanation of social differentiation in mortality: The Whitehall Studies. *Int J Public Health* 1993; 38: 271–279

Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, Little P, Watt GCM. General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. *Ann Fam Med* 2016; 14: 117–124

Moscrop A, Ziebland S, Roberts N, Papanikitas A. A systematic review of reasons for and against asking patients about their socioeconomic contexts. *Int J Equity Health* 2019; 18: 112

Müller W, Wirth H, Bauer G, Pollak R, Weiss F. ESeC - Kurzbericht zur Validierung und Operationalisierung einer Europäischen Sozioökonomischen Klassifikation. *ZUMA Nachrichten* 2006; 30: 111–119

Piha K, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence. *Eur J Public Health* 2010; 20: 276–280

Punnett L, Prüss-Ütün A, Nelson DI, Fingerhut MA, Leigh J, Tak S, Phillips S. Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures. *Am J Ind Med* 2005; 48: 459–469

Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowossadeck E, Domanska O, Kamtsiuris P. ---Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 832–844

Rau R, Buyken D. Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. *Z Arb Organ Psy* 2015; 59: 113–129

Reho TTM, Atkins SA, Talola N, Viljamaa M, Sumanen MPT, Uitti J. Frequent attenders in occupational health primary care: A cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2019; 47: 28–36

Rose D, Harrison E. The European Socio-Economic Classification: A New Social Class Schema for Comparative European Research. *Eur Soc* 2007; 9: 459–490

Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A, Hölling H, Lange M, Busch MA, Dahm S, Dölle R, Ellert U, Fuchs J, Hapke U, Heidemann C, Knopf H, Laussmann D, Mensink GB, Neuhauser H, Richter A, Sass A-C, Rosario AS, Stolzenberg H, Thamm M, Kurth B-M. German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 2012; 12: 730

Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int* 2019; 34: e1–e17

Theorell T, Hammarstrom A, Aronsson G, Bendz LT, Grape T, Hogstedt C, Marteinsdottir I, Skoog I, Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 2015; 15: 738

Thornton RLJ, Powe NR, Roter D, Cooper LA. Patient–physician social concordance, medical visit communication and patients’ perceptions of health care quality. *Patient Educ Couns* 2011; 85: e201–e208

Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 115–120

van der Meer JBW, Mackenbach JP. Low education, high GP consultation rates: The effect of psychosocial factors. *J Psychosom Res* 1998; 44: 587–597

Varbanova V, Beutels P. Recent quantitative research on determinants of health in high income countries: A scoping review. *PloS One* 2020; 15: e0239031

Wiggers JH, Sanson-Fisher R. Duration of general practice consultations: Association with patient occupational and educational status. *Soc Sci Med* 1997; 44: 925–934

8. Danksagung

Besonderer Dank gilt dem Robert Koch-Institut, Berlin, für die freundliche Bereitstellung des Datensatzes und zusätzlicher Informationen zur DEGS1-Erhebung. Mein Dank gilt den Praxen des Forschungspraxennetzwerks des Instituts für Hausarztmedizin des Universitätsklinikums Bonn und ihren Patienten für die Teilnahme an der Studie. Die Studie wurde im Rahmen des Dissertationsprogramms des Instituts für Hausarztmedizin durchgeführt, das freundlicherweise von der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn unterstützt wurde.