

**Arbeitslosigkeit und Zufriedenheit mit
Hausarztkommunikation**
**Ergebnisse einer bundesweiten Studie und einer Befragung
in Hausarztpraxen**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. med.)
der Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Nur Ikar
aus Mogadischu/Somalia
2025

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachterin: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann MPH (USA)
2. Gutachterin: Prof. Dr. Britta Hänisch

Tag der Mündlichen Prüfung: 10.04.2025

Aus dem Institut für Hausarztmedizin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
1. Deutsche Zusammenfassung	6
1.1. Einleitung	6
1.1.1. Arbeitslosigkeit, Zahlen und Definition	6
1.1.2. Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit	6
1.1.3. Hausärztliche Möglichkeiten bei Arbeitslosigkeit	7
1.1.4. Fragestellung	8
1.2. Material und Methoden	9
1.2.1. Studiendesign	9
1.2.2. Stichprobe und Instrumente DEGS1	9
1.2.3. Stichprobe und Instrumente GPCare-1	10
1.2.4. Acht Fragen zur Arzt-Patient*in-Kommunikation	11
1.2.5. Analysen	12
1.2.6. Ethik	13
1.2.7. Verfügbarkeit der Daten	14
1.3. Ergebnisse	14
1.3.1. DEGS1: Soziodemografische Daten und Gesundheitsergebnisse der Teilnehmenden im erwerbsfähigen Alter	14
1.3.2. GPCare-1-Studie: Merkmale der Patient*innen Population im erwerbsfähigen Alter	17
1.3.3. Kommunikationserfahrungen der Patienten mit ihrem Hausarzt (GPCare-1)	19
1.4. Diskussion	21
1.4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	21
1.4.2. Interpretation der Ergebnisse	22

1.4.3. Stärken und Schwächen	25
1.4.4. Schlussfolgerung	26
1.5. Zusammenfassung	26
1.6. Literaturverzeichnis der deutschen Zusammenfassung	27
2. Veröffentlichung	32
3. Erklärung zum Eigenanteil	33

Abkürzungsverzeichnis

DEGS1.....	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
GPCare-1.....	General Practice Care-1-Studie

1. Deutsche Zusammenfassung

1.1. Einleitung

1.1.1. Arbeitslosigkeit, Zahlen und Definition

Arbeitslosigkeit kann Menschen, unabhängig von Bildungsniveau oder Alter, direkt oder indirekt betreffen (Berth et al., 2003). Mit einer Zunahme der Arbeitslosigkeit in der Corona-Krise waren im Jahr 2022 in Deutschland rund 2,42 Millionen Menschen arbeitslos gemeldet (Statista, 2023), von denen etwa 1 Million länger als ein Jahr arbeitslos waren und daher als "Langzeitarbeitslose" eingestuft wurden (Statistisches Bundesamt, 13.03.2019). Weltweit waren im Jahr 2022 mehr als 205 Millionen Menschen von Arbeitslosigkeit betroffen (Statista, 01.05.2023).

Grundlage für die Arbeitslosenstatistik ist die Definition der Arbeitslosigkeit im Sozialgesetzbuch, wonach Menschen drei Kriterien erfüllen müssen, um als arbeitslos zu gelten. So stehen arbeitslose Personen (vorübergehend) nicht in einem Beschäftigungsverhältnis oder suchen eine versicherungspflichtige Beschäftigung und sind dafür bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet. (Bundesagentur für Arbeit; Hartmann, 2009).

1.1.2. Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit hat vielfältige unmittelbare und langfristige Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Menschen, sowohl auf die physische als auch auf die psychische Gesundheit. So konnte die GEDA-Studie 2009 (Gesundheit in Deutschland aktuell) übereinstimmend mit anderen Studien zeigen, dass Arbeitslose auch immaterielle Verluste als Belastung empfinden (Kroll und Lampert, 2011). Der fehlende Kontakt zu Kolleg*innen, der Verlust von sozialem Status und Zeitstrukturen werden als besonders problematisch empfunden (Creed und Macintyre, 2001; Janlert und Hammarström, 2009).

Eine häufig berichtete Lebensveränderung ist die Verschlechterung des Lebensstils nach Eintreten einer Arbeitslosigkeit. Arbeitslose Personen neigen dazu, mehr zu rauchen,

Alkohol zu konsumieren und weniger körperlich aktiv zu sein (Kroll et al., 2016). Darüber hinaus wird Arbeitslosigkeit mit unterschiedlichen negativen Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit in Verbindung gebracht, wie z. B. mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II und onkologischen Erkrankungen (Berth et al., 2003; Zenger et al., 2013; Varanka-Ruuska et al., 2018; Berth et al., 2008). Im „Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE; n = 11 462) wiesen 39 % der arbeitslosen 50- bis 64-Jährigen einen schlechten Gesundheitszustand auf, und 48 % hatten eine chronische Krankheit, die signifikant mit ihrer Arbeitslosigkeit zusammenhing (Alavinia und Burdorf, 2008).

Auch die mentale Gesundheit kann bei Arbeitslosigkeit stark leiden. So zeigte eine Meta-Analyse von 237 Querschnitts- und 87 Längsschnittstudien, dass die Prävalenz von psychischen Störungen bei Arbeitslosen mit 34 % deutlich höher liegt als bei Erwerbstätigen mit 16 % (Paul und Moser, 2009). Diese negativen Auswirkungen auf die Gesundheit fallen noch stärker aus, wenn Menschen langzeitarbeitslos sind (Herbig et al., 2013).

1.1.3. Hausärztliche Möglichkeiten bei Arbeitslosigkeit

Hausärzt*innen sind die ersten Ansprechpartner*innen in Gesundheitsfragen für ihre Patienten*innen und deren Angehörige und kennen diese meist lange und gut. Bei einem Krankheitsverdacht führen sie die notwendige Primärdiagnostik durch und sind somit in einer optimalen Position, um das Bewusstsein für gesundheitliche Probleme bei einer Arbeitslosigkeit zu schärfen und eine möglichst frühe Diagnosestellung zu ermöglichen. Daher haben Hausärzt*innen das Potenzial, eine zentrale Rolle in der ganzheitlichen Betreuung von Arbeitslosen zu spielen, die eine Hochrisikogruppe für Gesundheitsprobleme darstellen (Harris und Harris, 2009). Dabei sind sie bereits mit den Herausforderungen vertraut, die diese Gruppe besonders betreffen. So ergab eine Umfrage unter Hausärzt*innen in Norddeutschland, dass sie mit psychosozialen Belastungen wie Armut (53,4 %) und Belastungen im Berufsleben (43,7 %) mindestens dreimal pro Woche aufgesucht werden (Zimmermann et al., 2018).

Obwohl die allgemeine schlechtere Lage der Arbeitslosen weitgehend erforscht und belegt wurde, ist wenig über den Zugang von Arbeitslosen zur hausärztlichen Versorgung bekannt. Ebenfalls wenig erforscht ist wie die Qualität der hausärztlichen Betreuung aus Sicht der Patient*innen wahrgenommen wird.

1.1.4. Fragestellung

In dieser Arbeit wird untersucht, ob Arbeitslosigkeit einen Zusammenhang mit der Häufigkeit an Hausarztbesuchen aufweist und inwieweit sich dies auf die Kommunikationserfahrungen der Patient*innen mit ihrem Hausarzt/ ihrer Hausärztin auswirkt. Dabei werden zwei Hypothesen aufgestellt:

Forschungshypothese 1: Personen, die arbeitslos sind, besuchen ihren Hausarzt/ ihre Hausärztin häufiger als Personen, die erwerbstätig sind.

Zur Überprüfung der ersten Hypothese werden bevölkerungsbasierte DEGS1-Sekundärdaten verwendet. Die abhängige Variable ist die Häufigkeit der Hausarztbesuche in den letzten 12 Monaten.

Forschungshypothese 2: Arbeitslose Menschen berichten weniger positive Kommunikationserfahrungen mit ihrem Hausarzt/ ihrer Hausärztin als erwerbstätige.

Forschungshypothese 3: Arbeitslose Menschen zeigen eine geringere Bereitschaft, hausärztliche Unterstützung anzunehmen als erwerbstätige.

Die zweite und dritte Forschungshypothese werden anhand der Daten aus der GPCare-1-Patientenbefragung untersucht. Die jeweils abhängige Variable ist hier die von Patient*innen berichtete Kommunikationserfahrung **und Präferenz** beim Hausarzt/ bei der Hausärztin.

1.2. Material und Methoden

1.2.1. Studiendesign

Diese Studie basiert auf Daten aus zwei Erhebungen: Die bevölkerungsrepräsentative „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1), durchgeführt vom Robert-Koch-Institut (RKI) (Scheidt-Nave et al., 2012; Kamtsiuris et al., 2013) sowie die Patient*innenbefragung General Practice Care-1 (GPCare-1), durchgeführt vom Institut für Hausarztmedizin, Universitätsklinikum Bonn.

1.2.2. Stichprobe und Instrumente DEGS1

Die DEGS1-Erhebung wurde von November 2008 bis 2011 durchgeführt. Sie umfasste standardisierte computergestützte persönliche Interviews, selbst ausgefüllte Fragebögen sowie standardisierte Untersuchungen und zusätzliche medizinische Tests. Die Zielgruppe war die deutsche Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren. Es liegen Daten von 8151 Teilnehmer*innen vor. In diese Analyse wurden alle Personen im erwerbsfähigen Alter 18 bis 64 Jahre einbezogen (n = 5659).

Für die Analyse wurden soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl der minderjährigen Personen im Haushalt sowie Bildung und derzeitiger Beschäftigungsstatus herangezogen. Der sozioökonomische Status (SES) wurde anhand von Informationen über Bildung, Beschäftigungsstatus und Einkommen berechnet. Anschließend wurde die Variable in drei Gruppen klassifiziert: niedriger, mittlerer und hoher SES (Lampert et al., 2013). Die soziale Unterstützung wurde anhand der Oslo-3-Skala für soziale Unterstützung (Oslo-3) ermittelt und in drei Kategorien unterteilt (Dalgard et al., 1995; Kocalevent et al., 2018).

Auch DEGS1-Messungen zum Gesundheitsverhalten wie das derzeitige Rauchen sowie zu Vorerkrankungen wie das Vorhandensein einer chronischen Krankheit und einer ärztlich diagnostizierten Depression, die mit Ja oder Nein beantwortet wurden, wurden analysiert. Depressive Symptome wurden zusätzlich anhand der Ergebnisse des 2-Fragen-Fragebogens zur Patientengesundheit (PHQ-2). Für die weitere Analyse wurde ein dichotomisierter Score berechnet (Score 0-2: keine depressiven Symptome/Scores 3

bis 6: depressive Symptome) (Löwe et al., 2005; Kroenke et al., 2003). Der chronische Stress in den letzten drei Monaten wurde mit dem Trierer Inventar für chronischen Stress (TICS-SSCS) gemessen (Becker et al., 2004). Eine Frage zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand beantworteten die Teilnehmer*innen auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Diese wurde für die Analysen dichotomisiert (sehr guter/guter Gesundheit versus mittelmäßiger/schlechter/sehr schlechter Gesundheitszustand).

Die hausärztlichen Kontakte wurden anhand der Antworten auf zwei Fragen analysiert: zum einen, ob ein Teilnehmer/ eine Teilnehmerin angab, einen Hausarzt/ eine Hausärztin zu haben, und zum anderen, wie häufig die Teilnehmer*innen in den letzten 12 Monaten den Hausarzt/ die Hausärztin aufsuchte.

1.2.3. Stichprobe und Instrumente GPCare-1

Ziel der General Practice Care-1-Studie (GPCare-1) ist es, die DEGS1-Ergebnisse zum Zugang zur hausärztlichen Versorgung durch die wahrgenommene Qualität der Kommunikation zwischen Patienten*innen und ihrem Hausarzt/ ihre Hausärztin zu ergänzen.

Die Datenerhebung erfolgte von Juni bis August 2020 in 12 Lehrpraxen, die der Universität Bonn angegliedert sind. Die Praxen wurden anhand soziodemografischer regionaler Merkmale (z. B. % Arbeitslose, % Personen im erwerbsfähigen Alter) ausgewählt, die über öffentlich zugängliche Statistiken erhoben wurden (Statista GmbH, 05.08.2021). Die durchschnittliche Arbeitslosenquote der Praxisregionen lag leicht über dem bundesweiten Vergleichswert (6,7 % vs. 5,9 %), hatte aber eine geringere Spannweite (3,6 bis 9,2 % vs. 3,6 bis 11,2 %). Der Durchschnitt der Personen im erwerbsfähigen Alter lag nahe am nationalen Durchschnitt.

Die Rekrutierung der Patient*innen erfolgte in den Praxen. Hierfür wurden alle erwachsenen Patient*innen in der regulären Sprechstundenzeit zur Teilnahme eingeladen. Der Fragebogen konnte auf Englisch, Arabisch, Türkisch oder Deutsch ausgefüllt werden. Jeder Patient/ jede Patientin wurde über den Inhalt der Studie, die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Anonymität der Daten informiert. Für diese Analyse

wurden die Daten von Patient*innen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) verwendet (n = 587 von 813).

Im GPCare-1-Fragebogen wurden die Standardinstrumente (OSLO-Skala zur sozialen Unterstützung (Kocalevent et al., 2018), TICS-Inventar zu chronischem Stress (Becker et al., 2004) und PHQ2 (Kroenke et al., 2003) zu depressiven Symptomen) identisch zum DEGS-1 verwendet, während die anderen DEGS1-Items modifiziert und hauptsächlich vereinfacht wurden.

Die GPCare-1-Analysen umfassten soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht, derzeitige berufliche Situation und Anzahl der im Haushalt lebenden Personen.

Auch hier wurden Teilnehmer*innen zu ihrer Gesundheit gefragt. So wurde der allgemeine Gesundheitszustand im Einklang mit der DEGS1-Studie erhoben. Die Antworten auf einer sechsstufigen Likert-Skala wurden im Anschluss dichotomisiert (ausgezeichnet/sehr guter/guter Gesundheitszustand versus mittelmäßiger/schlechter/sehr schlechter Gesundheitszustand). Auch das Vorhandensein von chronischen Krankheiten wurde erfragt.

Zur Frage nach den Kontakten mit dem Hausarzt/ der Hausärztin gehörten die Dauer des Kontakts mit dem derzeitigen Hausarzt/ der derzeitigen Hausärztin mit den Antwortoptionen weniger als 1 Jahr, 1 bis 2 Jahre, 3 bis 5 Jahre, mehr als 5 Jahre sowie Kontakte mit dem Hausarzt/ der Hausärztin auf der Basis von zwei Fragen: (a) ob ein Teilnehmer/ eine Teilnehmerin angab, einen Hausarzt/ eine Hausärztin zu haben, und (b) wie oft der Teilnehmer/ die Teilnehmerin den Hausarzt/ die Hausärztin in den letzten 12 Monaten aufgesucht hatte.

1.2.4. Acht Fragen zur Arzt-Patient*in-Kommunikation

Da es in deutscher Sprache kein validiertes Screening-Instrument für die Arzt-Patient*in-Kommunikation über soziale Probleme gibt, wurden acht Fragen aus bereits vorhandenen Fragebögen entwickelt: die Patient Reactions Assessments (PRAD) (Brenk-Franz et al., 2016), die Medical Interview Satisfaction Scale (MISS) (Wolf et al., 1978), das Patient Requests Form (Valori, R., Woloshynowych, M., Bellenger, N., Aluvihare, V., & Salmon,

P., 1996) und der Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) (van der Feltz-Cornelis et al., 2004). Mit den ersten vier Fragen wurden die Erfahrungen der Patient*innen mit ihrem Hausarzt/ ihrer Hausärztin erfasst, die nächsten vier Fragen bezogen sich auf die Kommunikationspräferenzen der Patient*innen. Alle Fragen wurden anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (stimme überhaupt nicht zu bis stimme voll zu) erstellt. Bei den Antwortoptionen wurde eine Dichotomisierung vorgenommen (stimme voll zu/stimme zu bzw. neutral/stimme nicht zu/stimme überhaupt nicht zu). Der Fragebogen wurde von 40 Proband*innen aus der deutschen Allgemeinbevölkerung getestet und anschließend optimiert. Die acht Items des Fragebogens zu den Kommunikationserfahrungen und -präferenzen der Patient*innen sind in Abb. 2 dargestellt.

1.2.5. Analysen

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS 25.0 durchgeführt, wobei die statistische Signifikanz auf $p \leq 0,05$ (zweiseitiger Test) festgelegt wurde. Alle Analysen der DEGS1-Daten wurden mit den vom Robert-Koch-Institut zur Verfügung gestellten erhebungsspezifischen Gewichtungsfaktoren gewichtet (Scheidt-Nave et al., 2012).

Der relative Anteil der fehlenden Angaben lag bei allen Variablen unter 5,0 %, außer bei der Zahl der Minderjährigen im Haushalt (6,0 % fehlende Angaben) und bei chronischen Krankheiten (5,7 % fehlende Angaben). Fehlende Angaben unterschieden sich nicht nach Alter, Geschlecht oder Beschäftigungsstatus, mit Ausnahme der fehlenden Werte für chronische Krankheiten bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Hintergrund (niedrig: 6,0 %; mittel: 5,7 %, hoch: 4,0 %; $p = 0,038$).

Teilnehmer*innen wurden von den Analysen ausgeschlossen, wenn Daten für mindestens eine relevante Variable fehlten. Vergleiche zwischen den Gruppen mit und ohne aktuellen Arbeitslosenstatus wurden mittels Chi-Quadrat-Tests für kategoriale Daten und t-Tests für numerische Daten durchgeführt.

Mittels multivariater Analysen wurden die Auswirkungen unter anderem von chronischen Krankheiten, chronischem Stress, depressiven Symptomen, Alter und Arbeitslosigkeit auf

die Anzahl der Arztkontakte in den letzten 12 Monaten geschätzt; dabei wurden alle statistischen Anforderungen überprüft und eingehalten.

Die Datenauswertung der GPCare-1-Studie umfasste auch Chi-Quadrat-Tests für kategoriale Daten und T-Tests für numerische Daten, die nach erwerbstätigen und arbeitslosen Patienten stratifiziert wurden. Teilnehmer*innen, die keine Angaben zum Beschäftigungsstatus machten (n = 54), wurden von den Analysen ausgeschlossen. Andere fehlende Daten zu soziodemografischen und gesundheitlichen Variablen lagen unter 5,0 %, mit Ausnahme von chronischem Stress (9,7 %) und depressiven Symptomen (6,7 %).

Die Fehlendenquote bei Fragen zu Kommunikationserfahrungen und -präferenzen lag bei bis zu 10,0 %. Die fehlenden Fälle unterschieden sich nicht in Bezug auf wichtige soziodemografische Merkmale und wurden aus den Analysen ausgeschlossen, wenn die Daten für mindestens eine relevante Variable fehlten.

1.2.6. Ethik

Die DEGS1-Erhebung wurde mit den Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder abgestimmt Landesbeauftragten für den Datenschutz abgestimmt und von der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin im September 2008 genehmigt (Nr. EA2/047/08). Die Teilnehmer*innen gaben vor der Befragung und Untersuchung eine schriftliche der Befragung und Untersuchung. In der GPCare-1-Studie erhielten die Patient*innen schriftliche und mündliche Informationen über Studienverfahren, die Vertraulichkeit und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert.

Außerdem wurden sie über den anonymen Studienansatz und darüber informiert, dass die Rücksendung des Fragebogens ihre informierte Zustimmung bedeutet. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn im Juni 2020 genehmigt (Nr. 215/20). Die GPCare-1-Studie ist im Deutschen Register für klinische Studien registriert (DRKS00022330).

Beide Studien wurden in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki von 1964 und ihren späteren Änderungen oder vergleichbaren ethischen Standards durchgeführt.

1.2.7. Verfügbarkeit der Daten

Der diesem Artikel zugrundeliegende DEGS1-Datensatz wurde vom Forschungsdatenzentrum "Gesundheitsberichterstattung" des Robert Koch-Instituts (RKI) erstellt, das vom Deutschen Datenforum nach einheitlichen und transparenten Standards akkreditiert ist (<http://www.ratswd.de/de/daten-infrastruktur/rdc>). Die Daten sind auf Anfrage für interessierte Wissenschaftler für anonyme wissenschaftliche Sekundäranalysen zugänglich. Detaillierte Informationen zum Zugang, Antragsformulare und Richtlinien finden sich unter datennutzung@rki.de.

Der Datensatz der GPCare-1-Patient*innen studie wird auf begründeten Antrag am Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Bonn, Deutschland, zur Verfügung gestellt.

1.3. Ergebnisse

1.3.1. DEGS1: Soziodemografische Daten und Gesundheitsergebnisse der Teilnehmenden im erwerbsfähigen Alter

In der DEGS1-Studie waren von den 5938 Teilnehmer*innen im erwerbsfähigen Alter (18-64 Jahre) insgesamt 372 zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos ("derzeit arbeitslos").

Im Vergleich zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Personen gab es keinen signifikanten Unterschied in der Geschlechterverteilung (arbeitslos: 47,1 % vs. erwerbstätig: 49,5 % weiblich) oder im Alter (Mittelwert = 42,34, SD $\pm$ 12,74 vs. Mittelwert = 41,53, SD $\pm$ 13,14).

Arbeitslose unterschieden sich signifikant von Erwerbstätigen in Bezug auf gesundheitsbezogene Merkmale, z. B. höheren chronischen Stress (18,9 % vs. 10,3 %, $p < 0.001$), eine höhere Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit (36,7 %

vs. 23,4 %, $p < 0.001$) und Depressivität mit einem höheren Mittelwert im PHQ-2 (Mittelwert = 1,47, SD $\pm 1,46$ vs. Mittelwert = 0,98, SD $\pm 1,11$, $p < 0.001$).

Hinsichtlich der Frage, ob sie einen Hausarzt/ eine Hausärztin hatten, unterschieden sich die Gruppen nicht, jedoch arbeitslose Teilnehmer*innen hatten ihren Hausarzt/ ihre Hausärztin in den letzten 12 Monaten signifikant häufiger aufgesucht (Mittelwert = 4,50, SD $\pm 7,51$ vs. Mittelwert = 2,86, SD $\pm 3,99$, $p < 0.001$) (Tab. 1, Abb. 1). Hiermit wird Forschungshypothese 1 bestätigt.

Tab. 1: DEGS1: Merkmale der Teilnehmer*innen (18-64 Jahre): insgesamt und geschichtet nach Beschäftigungsstatus (n = 5659). Die Ergebnisse basieren auf gewichteten Daten der DEGS (modifiziert nach Ikar et al., 2022)

Variablen ^a	Gesamtbevölkerung (erwerbsfähiges Alter) (n = 5659)			Arbeitslose (n = 372)			Beschäftigte (n = 5287)			p-Wert*
	n	%	95% CI	n	%	95% CI	n	%	95% CI	
Weibliches Geschlecht	2987	49.3	47.7–50.9	189	47.1	40.6–53.7	2798	49.5	47.8–51.2	0.498
Alter (Mittelwert, SD)	47.43 (16.69)		47.02–47.83	42.34 (12.74)		40.58–44.10	41.53 (13.14)		41.14–41.92	0.225
SES										
Niedrig	795	17.2	15.8–18.7	175	54.0	47.1–50.7	620	14.5	13.1–16.0	< 0.001
Mitte	3393	61.0	59.2–62.6	175	41.0	34.4–47.9	3218	62.4	60.7–64.2	
Hoch	1468	21.8	20.1–23.7	22	5.0	2.7–9.1	1446	23.1	21.3–25.0	
Verheiratet/in Partnerschaft	3534	60.0	58.1–61.9	171	45.4	38.5–52.6	3363	61.1	59.2–63.0	< 0.001
Kinder unter 18 Jahren										
Nichts	3648	64.9	63.0–66.8	268	70.6	63.8–76.6	3380	64.5	62.5–66.4	0.189
1–2	1626	32.3	30.5–34.2	80	27.6	21.7–34.5	1546	32.7	30.8–34.6	
3 +	128	2.8	2.2–3.4	5	1.8	0.6–4.8	123	2.8	2.3–3.5	
Soziale Unterstützung										
Niedrig	587	10.4	9.4–11.6	83	24.6	19.1–31.0	504	9.4	8.4–10.5	< 0.001
Mitte	2797	49.8	48.1–51.5	197	48.2	41.5–54.9	2600	49.9	48.2–51.6	
Hoch	2257	39.8	38.0–41.5	92	27.3	21.1–34.4	2165	40.7	38.9–42.5	
Chronischer Stress										
Niedrig	2914	51.2	49.5–52.9	144	36.8	31.0–43.0	2770	52.3	50.5–54.1	< 0.001
Mitte	2119	37.9	36.2–39.6	158	44.3	37.4–51.5	1961	37.4	35.7–39.1	
Hoch	603	10.9	9.9–12.0	65	18.9	13.5–25.7	538	10.3	9.3–11.4	
Gesundheit										
Rauchen	1824	34.3	32.5–36.2	181	52.9	46.3–59.5	1643	32.9	31.2–34.8	< 0.001

Guter allgemeiner Gesundheitszustand	4480	79.7	78.4–81.0	220	58.4	52.0–64.5	4260	81.3	80.0–82.5	< 0.001
Chronische Krankheit	1437	24.3	22.9–25.9	132	36.7	30.9–43.0	1305	23.4	21.9–25.0	< 0.001
Diagnostizierte Depression	640	11.1	10.1–12.2	82	23.8	18.1–30.6	558	10.1	9.1–11.2	< 0.001
Depressive Symptome (Mittelwert, SD)	0.99 (1.15)		0.96–1.03	1.47 (1.46)		1.27–1.68	0.98 (1.11)		0.95–1.02	< 0.001
Hat einen Hausarzt	5088	89.1	87.6–90.3	341	90.3	84.7–93.9	4747	89.0	87.5–90.3	0.607
Hausarztbesuche während 12 Monaten (Mittelwert, SD)	3.19 (4.61)		3.02–3.36	4.50 (7.51)		3.28–5.73	2.86 (3.99)		2.69–3.02	< 0.001

* Die Signifikanzwerte wurden anhand von Chi-Quadrat-Tests für kategoriale Daten und t-Tests für numerische Daten ermittelt.

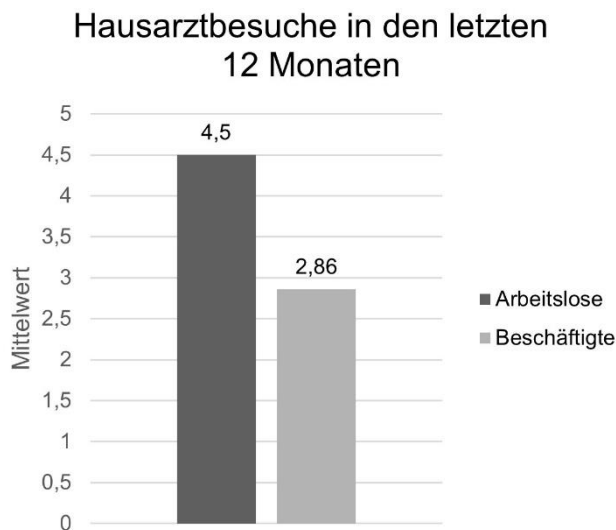


Abb. 1: DEGS1-Umfrage: Häufigkeit der GP-Kontakte in den letzten 12 Monaten (n = 5659) (modifiziert nach Ikar et al., 2022)

Mit Hilfe einer multiplen linearen Regression wurde der Zusammenhang zwischen Beschäftigungsstatus und Hausarztbesuchen untersucht, unter Kontrolle der Drittvariablen. In das Modell gingen die Variablen Alter (über/unter 50 Jahre), Erwerbstätigkeit, chronischer Stress, depressive Symptome, Anzahl der Kinder und chronische Krankheit (ja/nein) ein. Die erklärte Varianz durch das Modell betrug $R^2 = 0,115$ bei n = 4965 Teilnehmern. Auf Multikollinearität der unabhängigen Variablen hin

wurde geprüft, wobei keine der inkludierten Variablen den Wert des Varianzinflationsfaktors von 1,6 überschritt. Zu den Variablen, die in signifikantem Zusammenhang mit einer höheren Zahl von Hausarztbesuchen standen, gehörten ein höheres Alter, mehr depressive Symptome und das Vorliegen einer chronischen Krankheit. (Tab. 2)

Tab. 2: DEGS1: Regressionsmodell zu Faktoren, die Hausarztbesuche (in den letzten 12 Monaten) beeinflussen (modifiziert nach Ikar et al., 2022)

Hausarztbesuche in den letzten 12 Monaten (n = 4965)				
Parameter	B	SE	95% CI	p-Wert
Konstante	2.519	0.432	1.666–3.372	< 0.001
Alter < 50 Jahren (Ref.: 50 und älter)	-0.504	0.205	(-0.908) – (-0.100)	0.015
Erwerbstätige (Ref.: Arbeitslose)	-0.451	0.388	(-1.216) – 0.314	0.246
Chronischer Stress (TICS-SSCS)	0.015	0.010	(-0.006) – 0.035	0.153
Depressive Symptome (PHQ-2)	0.428	0.096	0.239 – 0.617	< 0.001
Anzahl der Kinder im Haushalt	-0.093	0.064	(-0.220) – 0.034	0.150
Chronische Erkrankung (Ref.: kein)	2.607	0.234	2.146 – 3.068	< 0.001

1.3.2. GPCare-1-Studie: Merkmale der Patient*innen Population im erwerbsfähigen Alter

An der GPCare-1-Studie nahmen insgesamt 813 Patient*innen teil. Für diese Analyse wurden die Daten aller Personen im erwerbsfähigen Alter (n = 587) ausgewertet. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer*innen lag bei 43 Jahren, die Mehrheit war weiblich (60,6 %, n = 350), und 7,3 % (n = 39) waren derzeit arbeitslos (Tab. 3).

Tab. 3: GPCare-1: Merkmale der Patient*innen population im erwerbsfähigen Alter, stratifiziert nach Beschäftigungsstatus (n = 587) (modifiziert nach Ikar et al., 2022). ^a Statistische Tests basieren auf n = 533 Gesamtteilnehmer*innen, da n = 54 ihren Beschäftigungsstatus nicht gemeldet haben.

Variable	Alle Patienten < 65 Jahre (n = 587) ^a		Arbeitslose (n = 39)		Beschäftigte (n = 494)		p-Wert
	n	%	n	%	n	%	
Geschlecht (weiblich)	350	60.6	12	30.8	300	61.7	< 0.001
Alter (Mittelwert, SD)	43.22	14.01	42.38	12.12	42.97	14.20	0.803
Bildungsniveau							
Niedrig	180	32.0	17	48.6	142	29.8	0.062
Mittel	237	42.1	10	28.6	206	43.3	
Hoch	146	25.9	8	22.9	128	26.9	
In Partnerschaft	410	70.1	23	59.0	346	70.3	0.138
Soziale Unterstützung							
Niedrig	120	21.3	12	35.3	96	20.1	0.022
Mitte	294	52.2	19	55.9	252	52.7	
Hoch	149	26.5	3	8.8	130	27.2	

Chronischer Stress (Mittelwert, SD)	18.88	10.20	21.10	10.83	18.91	10.22	0.251
Chronischer Stress							
Niedrig	126	24.3	5	16.1	111	24.9	0.412
Mitte	211	40.7	12	38.7	179	40.1	
Hoch	182	35.1	14	45.2	156	35.0	
Jemals erlebter Arbeitsplatzverlust /Arbeitslosigkeit	186	33.2	27	75.0	140	29.5	< 0.001
Derzeit durch Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit belastet	37	20.0	14	53.8	21	15.0	< 0.001
Jemals erlebte finanzielle Probleme	205	36.5	22	57.9	169	35.5	0.006
Derzeit durch finanzielle Probleme belastet	52	25.4	9	40.9	38	22.5	0.059
Gesundheit							
Gute allgemeine Gesundheit	338	58.5	16	43.2	292	59.5	0.006
Mindestens eine chronische Krankheit	349	62.4	30	78.9	291	61.7	0.034
Depression	103	18.4	9	23.7	83	17.5	0.344
Depressive Symptome (Mittelwert, SD)	1.85	1.66	2.60	1.87	1.85	1.67	0.011
Jahre mit aktuellem GP							
< 1 Jahr	64	11.1	6	15.4	54	11.1	< 0.001
1–2 Jahre	71	12.3	12	30.8	55	11.3	
3–5 Jahre	96	16.7	10	25.5	79	16.2	
> 5 Jahre	345	59.9	11	28.2	299	61.4	
Kommunikationserfahrungen von Patienten mit Hausärzten							
Mein Arzt fragt mich nach Stress, der durch persönliche Belastungen verursacht wird	249	50.6	17	48.6	232	50.8	0.802
Mein Arzt gibt mir genug Platz, um persönliche Belastungen zu beschreiben	290	59.1	15	42.9	275	60.3	0.043
Mein Arzt gibt mir das Gefühl, über sensible Themen zu sprechen	311	64.4	15	44.1	296	65.9	0.010
Ich habe das Gefühl, dass mein Arzt meine Probleme sehr ernst nimmt	339	69.0	17	48.6	322	70.6	0.007
Kommunikationspräferenzen							
Ich bevorzuge es, persönliche Belastungen ohne Hilfe meines Arztes zu überwinden	250	51.0	11	32.4	239	52.4	0.024
Wenn ich mit meinem Arzt über persönliche Belastungen spreche, fühle ich mich unwohl	169	34.7	12	35.3	157	34.7	0.940
Ich würde es vorziehen, dass mein Arzt mich direkt nach persönlichen Stämmen fragt	199	40.5	16	45.7	183	40.1	0.517
Ich würde es vorziehen, dass der Arzt mir einen Fragebogen zu meinen persönlichen Belastungen gibt	134	27.2	17	48.6	117	25.5	0.003

Bei den arbeitslosen Patient*innen war die Prävalenz des männlichen Geschlechts höher (arbeitslos: 69,2 % vs. erwerbstätig: 38,3 %, n = 186), die soziale Unterstützung geringer (35 % vs. 20,1 %), die Prävalenz eines guten allgemeinen Gesundheitszustands geringer

(43,2 % vs. 59,5 %) und das Vorliegen mindestens einer chronischen Erkrankung (78,9 % vs. 61,7 %). Sie hatten auch einen höheren PHQ-2-Score (Mittelwert = 2,6, SD $\pm$ 1,87 vs. Mittelwert = 1,85, SD $\pm$ 1,67).

Die überwiegende Mehrheit der berufstätigen Patienten*innen ist seit mehr als 5 Jahren bei ihrem derzeitigen Hausarzt*innen (61,4 %, n = 299), bei den Arbeitslosen waren es 28,2 % (n = 11).

1.3.3. Kommunikationserfahrungen der Patienten mit ihrem Hausarzt (GPCare-1)

Unter den Patient*innen im arbeitsfähigen Alter gaben 50,6 % an, dass ihr Hausarzt/ ihre Hausärztin nach persönlichen Problemen fragt, und 69,0 % fühlten sich ernst genommen.

Allerdings gaben arbeitslose Patient*innen eine deutlich geringere Zufriedenheit mit der Betreuung durch den Hausarzt/ die Hausärztin an: "Mein Arzt gibt mir genügend Raum, um persönliche Belastungen zu schildern" (arbeitslos: 42,9 % vs. erwerbstätig: 60,3 %; p = 0,043), "Ich fühle mich wohl dabei, mit meinem Arzt über sensible Themen zu sprechen" (44,1 % vs. 65,9 %; p = 0,010), "Mein Arzt nimmt meine Probleme sehr ernst" (48,6 % vs. 70,6 %; p = 0,007) (Abb. 2). Diese Befunde bestätigen Forschungshypothese 2.

Kommunikationserfahrungen der Patient*innen, stratifiziert nach Beschäftigungsstatus

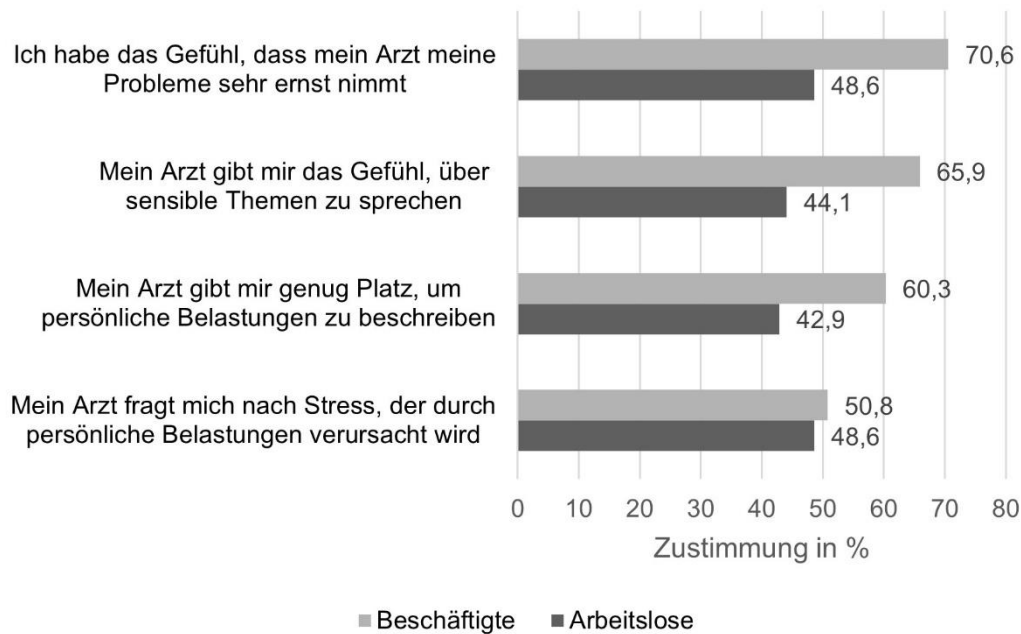


Abb. 2: GPCare-1-Studie: Kommunikationserfahrungen der Patient*innen (n = 587) stratifiziert nach aktuellem Beschäftigungsstatus (modifiziert nach Ikar et al., 2022)

Während 52,4 % der erwerbstätigen Patienten*innen bevorzugten, persönliche Belastungen ohne einen Hausarzt*innen zu bewältigen, war die Prävalenz unter den Arbeitslosen signifikant niedriger (32,4 % vs. 52,4 %; $p = 0,024$). (Abb. 3). Hierdurch wird Forschungshypothese 3 widerlegt.

Kommunikationspräferenzen von Patient*innen, stratifiziert nach Beschäftigungsstatus

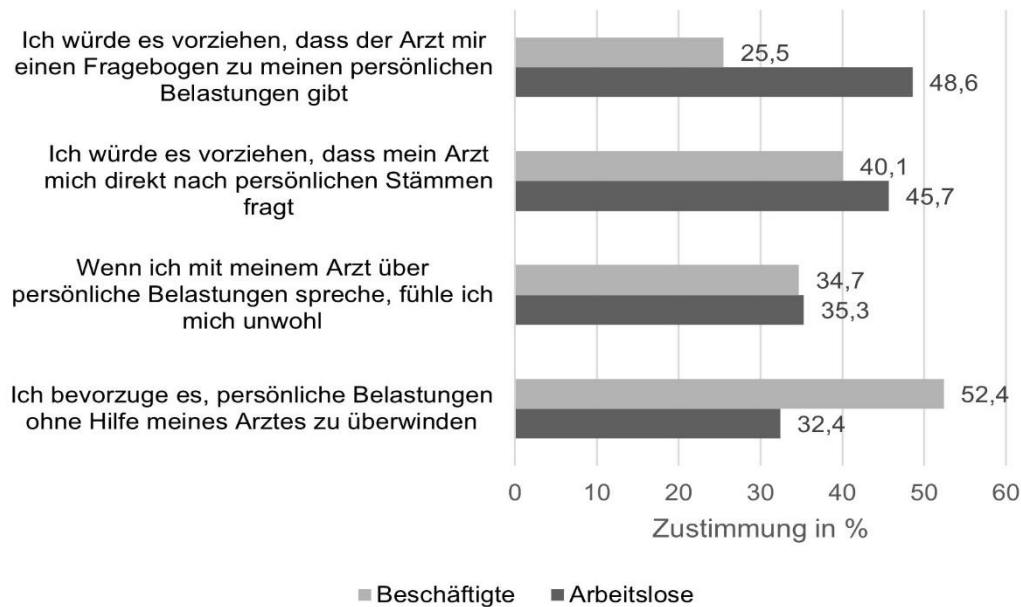


Abb. 3: GPCare-1-Studie: Kommunikationspräferenzen von Patient*innen (n = 587) stratifiziert nach aktuellem Beschäftigungsstatus (modifiziert nach Ikar et al., 2022)

1.4. Diskussion

1.4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Anhand repräsentativer DEGS1-Daten konnten wir zeigen, dass Arbeitslose in den vergangenen 12 Monaten ihren Hausarzt/ ihre Hausärztin deutlich häufiger aufsuchten als Erwerbstätige. Es bestand ein starker Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, höherem Alter und depressiven Symptomen. Trotz häufigerer Kontakte zeigen die GPCare-1-Daten, dass arbeitslose Patient*innen deutlich weniger zufrieden mit der Kommunikation mit ihrem Hausarzt*innen waren als berufstätige Patient*innen. Allerdings akzeptierten sie eher die Unterstützung des Hausarztes/ der Hausärztin bei der Bewältigung ihres Stresses. Diese Forschungsergebnisse über die Kommunikationserfahrungen der Patienten*innen sind für die (zukünftige) Qualität der hausärztlichen Versorgung von besonderer Bedeutung.

1.4.2. Interpretation der Ergebnisse

Wir hatten erwartet, dass jüngere Menschen in Arbeitslosigkeit schlechtere Gesundheitsoutcomes aufweisen, da beispielsweise Ergebnisse von Hurrelmann et al. (2009) zeigen, dass in jungen Familien mit Kindern Arbeitslosigkeit das Armutsrisiko erhöht (Hurrelmann und Richter, 2009). Doch obwohl unsere deskriptive Analyse auf Basis der DEGS1-Daten zeigte, dass die Prävalenz von erhöhtem chronischem Stress und Depressionen bei Arbeitslosen höher war als bei Erwerbstätigen, wies die Zahl der Kinder im Haushalt in unserer multivariaten Analyse keinen Zusammenhang mit der Zahl der Arztbesuche auf.

Es wurde jedoch festgestellt, dass Arbeitslosigkeit mit einer höheren Prävalenz von Familienkonflikten (Weber et al., 2007) verbunden ist und negative Auswirkungen auf die (psychische) Gesundheit von Ehepartner*innen und Familien hat (Marcus, 2013; Bünnings et al., 2017). Diese Erkenntnis unterstreicht die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes. Eine mögliche Lösung ist der von Harris und Harris (2010) beschriebene setting-basierte Ansatz, bei dem die hausärztliche Betreuung soll nicht nur auf Arbeitslose selbst beschränkt werden, sondern auch deren Angehörige einbeziehen, da sie auch von den gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit in der Familie betroffen sein können.

Wie wichtig Kommunikation und Vertrauen in der Arzt-Patient*in-Beziehung für das Erreichen von positiven Behandlungsergebnissen sind, ist bereits gut dokumentiert (Riedl und Schüßler, 2017; Stewart, 1995). Doch während sich die hausärztliche Forschung vor allem mit verschiedenen Risikogruppen für schlechte Behandlungsergebnisse befasst hat (z. B. Patient*innen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, Drogenabhängige, ältere Menschen, Migranten), wurde Arbeitslosigkeit in diesem Zusammenhang bisher nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Eine in 12/2021 durchgeführte PubMed-Suche ergab mehr als 11.000 Zitate für die Schlüsselwörter "Unemployment and health" (dt. Arbeitslosigkeit und Gesundheit), aber nur vier Zitate wurden identifiziert, wenn man "Unemployment and health and primary care" (dt. Arbeitslosigkeit und Gesundheit und hausärztliche Versorgung) kombiniert. Zwei dieser vier Veröffentlichungen befassen sich mit dem Umgang von Hausarzt*innen mit Patient*innen, die in Australien arbeitslos sind (Harris et al., 2010). Sie beobachteten mentale und körperliche Probleme wie

Schlafstörungen, Angstzuständen, Depressionen und eine Verschlechterung der kardiovaskulären Risikofaktoren bei diesen Arbeitslosen. Sie beschreiben auch die Notwendigkeit, in der Lage zu sein, wirksame Ansätze wie kognitive Verhaltensverfahren, motivierende Gesprächsführung und Zielvereinbarungen in Hausarztpraxen anzuwenden, in denen eine gute Kommunikation entscheidend ist. Die hausärztliche Versorgung sollte folgerichtig eine angemessene medizinische Versorgung, Ermutigung sowie soziale Beratung umfassen, um "den Verlust der persönlichen und sozialen Vorteile der Arbeit auszugleichen" (Harris et al., 2010).

Hausärzte und Hausärztinnen können somit nicht nur als eine der ersten Anlaufstellen in der Gesundheitsversorgung angesehen werden, sondern auch als eine Quelle des Vertrauens. Es wurde bereits gezeigt, dass Menschen ohne Arbeit häufiger pro Jahr ihren Hausarzt/ ihre Hausärztin aufsuchen als ihre erwerbstätigen Altersgenossen (Zimmermann et al., 2018). Aus diesem Grund ist es möglich, die Patient*innen bei einem dieser Besuche aufzufangen und eine Beratung, Unterstützung oder sogar Behandlungen anzubieten. Bei Verdacht auf eine Krankheit führen sie die notwendige Primärdiagnostik durch. Damit sind Hausärzte in einer optimalen Position, um bei (drohender) Arbeitslosigkeit auf gesundheitliche Probleme aufmerksam zu machen und frühestmöglich identifizieren und reagieren zu können.

Die Studie von Fong Ha et al. (2010) zeigt, dass die Kommunikation zwischen Arzt Ärzt*innen und Patient*innen ein wesentlicher Bestandteil des Prozesses der Gesundheitsfürsorge ist und zu besseren Gesundheitsergebnisse, Zufriedenheit, geringen Pflegekosten und einem besseren Patient*innen Verständnis von Diagnosen und Behandlung führt. Daher ist diese Kommunikation für eine erfolgreiche Arzt-Patienten-Beziehung unerlässlich (Ha und Longnecker, 2010). Diese Erkenntnis konnte in unsere GPCare-1-Studie ebenfalls aufgezeigt werden. Unter Menschen ohne Arbeit sind 32 % nicht bereit, hausärztliche Unterstützung anzunehmen. Herauszustellen ist, dass sowohl arbeitslose als auch berufstätige Patient*innen angaben, dass ihr Hausarzt/ ihre Hausärztin sie nach persönlichen Belastungen fragt. Arbeitslose Patient*innen gaben jedoch deutlich seltener an, dass sie in der Sprechstunde genügend Raum haben, sich wohl fühlen und persönliche Probleme ansprechen können, und dass ihr Hausarzt/ ihre Hausärztin ihre Probleme sehr ernst nimmt. Unsere GPCare-1-Ergebnisse zeigen

deutlich, dass arbeitslose Personen mit der Kommunikation mit dem Hausarzt/ der Hausärztin weniger zufrieden sind und dass sie sich mehr Hilfe beim Umgang mit psychosozialen Belastungen wünschen. Dies deutet darauf hin, dass die Risikogruppe zwar häufiger den Hausarzt/ die Hausärztin aufsucht, aber nicht das Gefühl hat, dass alle ihre Bedürfnisse berücksichtigt werden. Daher sollten psychosoziale Probleme vom medizinischen Personal offen angesprochen werden. Außerdem zeigten die Daten, dass Menschen ohne Arbeit im Gegensatz zu berufstätigen Patient*innen eher einen Fragebogen zu psychosozialen Belastungen wünschen. Diese Ergebnisse sprechen für eine stärkere Sensibilisierung der Ärzt*innen und zeigen die Notwendigkeit auf, ihnen praktische und umsetzbare Leitlinien für die Kommunikation mit und die Betreuung von arbeitslosen Patient*innen anzubieten. Dieser Bedarf wird durch unsere Ergebnisse aus der DEGS1 und durch andere Studien (Berth et al., 2003; Zenger et al., 2013; Varanka-Ruuska et al., 2018; Berth et al., 2008) gestützt, die eine höhere Prävalenz negativer gesundheitsbezogener Outcomes bei Arbeitslosen zeigten.

In Deutschland wurde ein integrierter Ansatz von Sozialhilfe- und Arbeitsvermittlungsdiensten implementiert, welcher die personenzentrierte Ausrichtung und das Engagement für Arbeitslose verbessert. Jedoch wurde hierbei kein systematischer Ansatz zur Befassung mit Gesundheitsfragen integriert. In unserem Gesundheitssystem könnte es folgerichtig von Vorteil sein, die Empfehlung von Harris und Harris aus dem Jahr 2009 umzusetzen, eine umfassende Betreuung anzubieten, die psychologische Aspekte, Gesundheits- und Sozialfragen durch einen interdisziplinären Ansatz mit Hausärzt*innen, Sozialarbeiter*innen und psychologischen Berater*innen einschließt.

In Deutschland wurde ein Ansatz zur Verbesserung der Sozialhilfe und der Arbeitsvermittlung eingeführt, jedoch ohne systematische Integration von Gesundheitsfragen. Um dies zu verbessern, empfahlen Harris und Harris (2009) eine umfassende Betreuung, die psychologische, gesundheitliche und soziale Fragen durch einen interdisziplinären Ansatz mit Hausärzt*innen, Sozialarbeiter*innen und Berater*innen für psychische Gesundheit abdeckt (Harris und Harris, 2009). Da Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen über deutlich weniger soziale Unterstützung berichten, ist dieser Ansatz wichtig. Folglich sollte die Forschung zur hausärztlichen

Versorgung die Bedürfnisse von Arbeitslosen als wichtige Zielgruppe einschließen (Harris et al., 2010). Eine offene und vertrauensvolle Kommunikation zwischen Arbeitslosen und ihren Hausärzt*innen ist von großer Bedeutung.

1.4.3. Stärken und Schwächen

Für unsere Analyse haben wir die DEGS1-Daten verwendet, eine große repräsentative Studie der deutschen Allgemeinbevölkerung, die alle sozialen Schichten und Altersgruppen abdeckt. Der GPCare-1-Fragebogen wurde in mehrere Sprachen übersetzt, um Patient*innen verschiedener ethnischer Gruppen in Hausarztpraxen erreichen zu können. Die GPCare-1-Studie untersuchte die psychosoziale Belastung von Patient*innen und verwendete damit einen für das deutsche Gesundheitssystem neuartigen Ansatz. Das Querschnittsdesign beider Studien erlaubte keine kausalen Aussagen zu den entdeckten Zusammenhängen.

Die COVID-19-Pandemie, die die Abläufe in Arztpraxen und die Patient*innen besuche durch Hygienekonzepte, Vorsichtsmaßnahmen und Infrastrukturanpassungen veränderte, könnte die Teilnahme und die Ergebnisse der GPCare-1-Studie beeinflusst haben. Dies könnte Hochrisikopatient*innen und/oder vorsichtige Patient*innen, die zusätzliche Kontakte eher vermeiden, überproportional betroffen haben. Darüber hinaus waren akut erkrankte Patient*innen möglicherweise nicht bereit oder in der Lage, an der Studie teilzunehmen.

Im Gegensatz zu den DEGS1-Daten, die repräsentativ sind und für die Analyse der Häufigkeit von Hausarztbesuchen verwendet wurden, sind die Ergebnisse der GPCare-1-Studie nicht auf die gesamtdeutsche Wohnbevölkerung zu übertragen. Aufgrund der eingeschränkten Generalisierbarkeit für den deutschlandweiten Kontext können die Ergebnisse der beiden Studien (DEGS1, GPCare-1) nicht direkt miteinander verglichen werden. Die Arbeitslosenquote in GPCare-1 weist mit 6,6 % ein vergleichbares Niveau auf wie das der deutschen Wohnbevölkerung.

In der GPCare-1-Studie war die absolute Zahl der arbeitslosen Teilnehmer*innen aufgrund der Stichprobengröße gering (GPCare-1; n = 39). Nichtsdestoweniger aber groß genug um valide und statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu zeigen.

1.4.4. Schlussfolgerung

Im Fokus unserer Studie stehen Menschen ohne Arbeit als Risikogruppe für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Die Feststellung, dass Arbeitslose häufiger den Hausarzt/ die Hausärztin aufsuchen, die Kommunikation aber tendenziell unbefriedigend ist, stellt eine Herausforderung für die Qualität der hausärztlichen Versorgung in Deutschland dar.

Hausärzt*innen sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass Patient*innen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen eine Risikogruppe darstellen. Sie sollten daher bereit sein, die angewendete Kommunikationsstrategie zu optimieren, um auf die Bedürfnisse dieser Risikogruppe adäquat eingehen zu können. Eine gezielte Verbesserung der Kommunikation und eine stärkere Sensibilisierung der Hausärzte für psychosoziale Belastungen könnten dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung für arbeitslose Patient*innen zu optimieren und ihre Lebensqualität zu steigern.

1.5. Zusammenfassung

Arbeitslosigkeit wird in zahlreichen internationalen Studien mit einer Reihe negativer gesundheitlicher Folgen in Verbindung gebracht, allerdings sind nur wenige Daten über die hausärztliche Versorgung in Deutschland für diese Risikogruppe verfügbar. Anhand von Daten aus zwei Erhebungen wurden sowohl die Häufigkeit von Hausarztkontakten in Deutschland in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus als auch die Unterschiede in den Erfahrungen der Patient*innen in der Kommunikation mit Hausärzt*innen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen untersucht.

Für die Untersuchung dieser Forschungsziele wurden zwei verschiedene Datensätze herangezogen. Auf Basis von Sekundärdaten des Deutschen Gesundheits-Survey für Erwachsene (DEGS1), einer bundesweiten repräsentativen Querschnittsstudie (n = 8151), wurde der Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und der Anzahl der Hausarztbesuche untersucht. Die General Practice Care-1-Studie (GPCare-1) ist eine Querschnittserhebung (n = 813), bei der Patient*innen aus regionalen Hausarztpraxen befragt wurden. Diese Studie untersuchte die Kommunikation der Patient*innen mit ihrem

Hausarzt/ ihrer Hausärztin. Hierfür wurden Primärdaten von Juni bis August 2020 erhoben.

In den beiden Studien wurde nur die Teilpopulation im erwerbsfähigen Alter (18-64 Jahre) für die statistischen Analysen berücksichtigt (DEGS1: n = 5659 von 8151, GPCare-1: n = 587 von 813).

In DEGS1 lag die Prävalenz der Arbeitslosigkeit bei 6,5 % (n = 372). Arbeitslose wiesen signifikant mehr Hausarztkontakte in den letzten 12 Monaten auf als Erwerbstätige (4,50 vs. 2,86, $p < 0,001$). Somit konnte die Forschungshypothese bestätigt werden, dass Personen, die arbeitslos sind, ihren Hausarzt häufiger besuchen als Personen, die erwerbstätig sind.

In der GPCare-1-Studie waren Arbeitslose (6,6 %, n = 39) signifikant weniger zufrieden mit der Kommunikation mit ihrem Hausarzt/ ihrer Hausärztin. Es zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen hinsichtlich der Aspekte, ob Patient*innen genügend Raum/ Zeit in der Sprechstunde erhalten, um ihre Belastungen zu schildern (42,9 % vs. 60,3 %, $p = 0,043$), das Gefühl haben, heikle Themen ansprechen zu können (44,1 % vs. 65,9 %, $p = 0,010$), und ob ihr Hausarzt/ ihre Hausärztin ihre Probleme sehr ernst nimmt (48,6 % vs. 70,6 %, $p = 0,007$). Die aufgestellte Forschungshypothese, dass arbeitslose Menschen über weniger positive Kommunikationserfahrungen mit ihrem Hausarzt berichten, wurde bestätigt. Dennoch waren Arbeitslose eher bereit, die Hilfe des Hausarztes/ der Hausärztin bei psychosozialen Belastungen anzunehmen als Erwerbstätige (67,6 % vs. 47,6 %, $p = 0,024$), wodurch die dritte Forschungshypothese widerlegt wurde.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass Hausärzt*innen sich noch stärker darüber bewusst sein sollten, dass Patient*innen mit Arbeitslosigkeit mehr Unterstützung bei der Bewältigung ihrer belastenden Situation benötigen und auch wünschen.

1.6. Literaturverzeichnis der deutschen Zusammenfassung

Alavinia SM, Burdorf A. Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. Arch Environ Occup Health 2008; 82: 39–45

Becker P, Schulz P, Schlotz W. Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. Eur J Health Psychol 2004; 12: 11–23

Berth H, Forster P, Balck F, Brahler E, Stobel-Richter Y. Unemployment, job insecurity and the need for psychosocial support. Gesundheitswesen 2008; 70: 289–294

Berth H, Forster P, Brahler E. Unemployment, job insecurity and their consequences for health in a sample of young adults. Gesundheitswesen 2003; 65: 555–560

Brenk-Franz K, Hunold G, Galassi JP, Tiesler F, Herrmann W, Freund T, Steurer-Stey C, Djalali S, Sönnichsen A, Schneider N, Gensichen J. Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung–Evaluation der deutschen Version des Patient Reactions Assessment Instruments (PRA-D). ZFA (Stuttgart) 2016; 92: 103–108

Bundesagentur für Arbeit. Arbeitslosigkeit Definition. Verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Definitionen/Arbeitslosigkeit-Unterbeschaefigung/Arbeitslosigkeit-Nav.html> (Zugriffsdatum: 01.05.2023)

Bünnings C, Kleibrink J, Weßling J. Fear of Unemployment and its Effect on the Mental Health of Spouses. Health Econ 2017; 26: 104–117

Creed PA, Macintyre SR. The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. J Occup Health Psychol 2001; 6: 324–331

Dalgard OS, Bjørk S, Tambs K. Social support, negative life events and mental health. Br J Psychiatry 1995; 166: 29–34

Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. Ochsner J 2010; 10: 38–43

Harris E, Harris MF. Reducing the impact of unemployment on health: revisiting the agenda for primary health care. Med J Aust 2009; 191: 119–122

Harris MF, Harris E, Shortus TD. How do we manage patients who become unemployed? Med J Aust 2010; 192: 98–101

Hartmann M. Umfassende Arbeitsmarktstatistik 2009: 6–14

Herbig B, Dragano N, Angerer P. Health in the long-term unemployed. Dtsch Arztebl Int 2013; 110: 413–419

Hurrelmann K, Richter M. Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden 2009

Ikar N, Sommer S, Schmidt M, Löwe C, Kasten S, Gavrilov B, Hunzelar C, Bockheim F, Paños-Willuhn J, Offenberg L, Oberholz M, Weltermann B. Unemployed individuals contact GPs more frequently but report lower satisfaction: results of the population-based DEGS1 and the GPCare-1 patient survey. *Scientific reports* 2022; 12: 6670

Janlert U, Hammarström A. Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 2009; 9: 235

Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R, Schaffrath Rosario A, Dahm S, Kuhnert R, Kurth BM. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 620–630

Kocalevent R-D, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, Nater U, Brähler E. Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol* 2018; 6: 31

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003; 41: 1284–1292

Kroll LE, Lampert T. Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany, 2009. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 47–52

Kroll LE, Müters S, Lampert T. Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2016; 59: 228–237

Lampert T, Kroll L, Müters S, Stolzenberg H. Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 631–636

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

Marcus J. The effect of unemployment on the mental health of spouses - evidence from plant closures in Germany. *J Health Econ* 2013; 32: 546–558

Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav* 2009; 74: 264–282

Riedl D, Schüßler G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Z Psychosom Med Psychother* 2017; 63: 131–150

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 GBM,

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

Statista. Arbeitslosenzahl weltweit bis 2024 | Statista. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76156/umfrage/anzahl-der-arbeitslosen-weltweit/> (Zugriffsdatum: 01.05.2023)

Statista A. 2023. Arbeitslosenzahl in Deutschland bis 2023 | Statista. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1223/umfrage/arbeitslosenzahl-in-deutschland-jahresdurchschnittswerte/> (Zugriffsdatum: 01.05.2023)

Statistiken zum Arbeitsmarkt in Deutschland. Verfügbar unter <https://de.statista.com/themen/5602/arbeitsmarkt-in-deutschland/#dossierKeyfigures> (Zugriffsdatum: 20.12.2021)

Statistisches Bundesamt. Arbeitslose in Deutschland insgesamt. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Konjunkturindikatoren/Arbeitsmarkt/arb110.html#241568> (Zugriffsdatum: 01.05.2023)

Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes. Can Med Assoc J 1995; 152

Valori, R., Woloshynowych, M., Bellenger, N., Aluvihare, V., & Salmon, P... The Patient Requests Form: a way of measuring what patients want from their general practitioner. J Psychosom Res 1996; 40: 87–94

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

Varanka-Ruuska T, Rautio N, Lehtiniemi H, Miettunen J, Keinänen-Kiukaanniemi S, Sebert S, Ala-Mursula L. The association of unemployment with glucose metabolism: a systematic review and meta-analysis. Switzerland

Weber A, Hörmann G, Heipertz W. Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. Dtsch Arztebl 2007; 104: A 2957–62

Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. J Behav Med 1978; 1: 391–401

Zenger M, Hinz A, Petermann F, Brahler E, Stobel-Richter Y. Health and quality of life within the context of unemployment and job worries. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2013; 63: 129–137

Zimmermann T, Mews C, Kloppe T, Tetzlaff B, Hadwiger M, Knesebeck O von dem, Scherer M. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2018; 131-132: 81–89

2. Veröffentlichung

Ikar N, Sommer S, Schmidt M, Löwe C, Kasten S, Gavrilov B, Hunzelar C, Bockheim F, Paños-Willuhn J, Offenberg L, Oberholz M, Weltermann B. Unemployed individuals contact GPs more frequently but report lower satisfaction: results of the population-based DEGS1 and the GPCare-1 patient survey. *Sci Rep.* 2022 Apr 23;12(1):6670. doi: 10.1038/s41598-022-10621-1.

3. Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde im Rahmen des Promotionsprogramms 2020 am Institut für Hausarztmedizin unter der Betreuung von Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann durchgeführt.

Die Konzeption der Studie sowie die Datenerhebung erfolgten in Zusammenarbeit mit den weiteren Teilnehmenden des Promotionsprogramms: Maja Oberholz, Florian Bock, Carmen Hunzeler, Joana Paños-Wiluhn und Boris Gavrilov. Die Gruppe wurden von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Instituts, Samira Sommer und Stefanie Kasten angeleitet und von Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, Institutsleitung, betreut.

Die statistische Auswertung erfolgte zunächst eigenständig und wurde von Manuela Schmidt, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Hausarztmedizin, korrigiert und verbessert.

Die erste Version des Manuskripts habe ich selbst verfasst. Stefanie Kasten und Benjamin Aretz, wissenschaftliche Mitarbeiter des Instituts, sowie Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, Institutsleitung, haben das Manuskript korrigiert und hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse überarbeitet.

Ich versichere, die Dissertationsschrift selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.