

**Hohe Prävalenz depressiver Symptome und niedriges
Gesundheitsempfinden von Senioren mit geringer
sozialer Unterstützung in Hausarztpraxen**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. med.)

der Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

Bonn

Joana Léa Paños-Willuhn, geb. Giró Paños

aus Berlin

2026

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachterin: Univ.-Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann MPH (USA)
2. Gutachterin: Prof. Dr. Nadine Scholten

Tag der Mündlichen Prüfung: 27.01.2026

Aus dem Institut für Hausarztmedizin, Universitätsklinikum Bonn

Diese Doktorarbeit ist meinen Großeltern, meinen Eltern, meiner Schwester, meinem Mann und meinem Sohn gewidmet. Sie glauben an mich und unterstützen mich in allen Bereichen meines Lebens. Ich bin dankbar für jeden Tag, den ich mit Ihnen verbracht habe und noch verbringen werde.

Mein Sohn mein Held, mein Herz.

Familie und der Kreis nahestehender Personen sind im Leben kostbar.

Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis	07
1.	Einleitung	09
1.1	Soziale Unterstützung: Definition und Theorien	09
1.2	Soziale Unterstützung und Gesundheit: Empirische Erkenntnisse	11
1.3	Soziale Unterstützung in einer alternden Bevölkerung	12
1.4	Die Rolle von Hausärzt*innen bei der sozialen Unterstützung von Senioren	13
1.5	Fragestellung und Ziel der Studie	14
2.	Material und Methoden	16
2.1	DEGS1: Daten, Studienpopulation, Variablen	17
2.2	GPCare-1: Daten, Studienpopulation, Variablen	20
2.3	Statistische Verfahren	22
3.	Ergebnisse	24
3.1	DEGS1-Studie: Soziodemografische, medizinische und gesundheitsbezogene Charakteristika	24
3.1.1	Vergleich von Senioren mit geringer versus höherer sozialer Unterstützung	26
3.2	GPCare-1-Studie: Soziodemografische, medizinische und gesundheitsbezogene Charakteristika	27
3.2.1	Vergleich von Senioren mit geringerer versus höherer sozialer Unterstützung	30
3.2.2	Einschätzungen der hausärztlichen Kommunikation zu psychosozialen Belastungen durch Patient*innen	31
4.	Diskussion	33
4.1	Zusammenfassung der Studienergebnisse	33
4.2	Assoziationen von sozialer Unterstützung, depressiven Symptomen und subjektiver Gesundheit	33
4.3	Detektion von psychosozialen Themen und Kommunikationserfahrungen von Patient*innen	37
4.4	Stärken und Limitationen der Studie	42

4.5	Schlussfolgerung und Perspektiven	42
5.	Zusammenfassung	45
6.	Abbildungsverzeichnis	47
7.	Tabellenverzeichnis	48
8.	Literaturverzeichnis	49
9.	Erklärung zum Eigenanteil	58
10.	Veröffentlichungen	59
11.	Danksagung	60

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Varianzanalyse (ANalysis Of VAriance)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BSSS	Berliner Social-Support-Skalen
CHT-Program	Community Health Team Program
DEGS1	German Health Interview and Examination Survey for Adults 2008-2011
DUFSS	Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire
EHIS	European Health Interview Survey
F-SozU	Fragebogen zur sozialen Unterstützung
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GMS-AGECAT	Geriatric Mental State Examination - Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy
GPCare-1	General Practice Care-1-Studie
HÄ	Hausarzt*innen / Hausärztinnen und Hausärzte
HRQL	Health-related quality of life
IPVZ	Integrierten Primärversorgungszentren
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
o.g.	oben genannten
OSSS	Oslo Social Support Scale
ÖGGG	Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
PHQ	Patient Health Questionnaire

PORT Zentren	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
RKI	Robert Koch-Institut
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
SES	Socioeconomic status
SGB	Sozialgesetzbuch
SSQ	Social Support Questionnaire
SSSN-IMIAS	Skala für soziale Unterstützung und Netzwerke - International Mobility in Aging Study
vs.	versus
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Mathematische Notationen

M	Mittelwert
---	------------

1. Einleitung

1.1 Soziale Unterstützung: Definition und Theorien

Soziale Unterstützung ist ein komplexes Konstrukt, für das in der Literatur verschiedene Theorien existieren (Cohen und Wills, 1985; Schwarzer und Knoll, 2007). Sie hat einen erheblichen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit eines Menschen im Verlauf seines Lebens (Bøen et al., 2012). Dabei spielen unter anderem die Fähigkeit eines Individuums, bestehende soziale Unterstützung aufrechtzuerhalten, und die Wahrnehmung dieser Unterstützung als positiv zu empfinden eine wichtige Rolle (Vonneilich und Franzkowiak, 2022). Betrachtet man die soziale Unterstützung genauer, so bilden die sozialen Kontakte als Interaktion zwischen Individuen (Vonneilich und Franzkowiak, 2022) das Fundament und können als psychosoziale Ressource fungieren. Besonders in gesundheitlich belastenden Situationen greift der Mensch auf die zwischenmenschlichen Kontakte seines sozialen Netzwerks zurück (Moak und Agrawal, 2009).

Für den Forschungszweck dieser Arbeit wird das Konstrukt der sozialen Unterstützung nach Cohen und Wills verwendet, das in strukturelle und funktionale Unterstützung unterteilt wird (Cohen und Wills, 1985; Kocalevent et al., 2018; Lett et al., 2009). Die strukturelle Unterstützung beschreibt die Größe des sozialen Netzwerkes einer Person, also die Anzahl der Personen im Umfeld, sowie die Häufigkeit zwischenmenschlicher Kontakte innerhalb dieses Netzwerks (Lett et al., 2009; Lett et al., 2005). Ergänzt wird dieses Modell durch das Konzept der funktionalen Unterstützung (Barrera, 1986; Lakey und Cohen, 2000), das die subjektive Qualität der Unterstützung und deren Wahrnehmung durch die Empfänger beschreibt (Knoll und Schwarzer, 2005; Uchino et al., 1996). Darüber hinaus umfasst die funktionale Unterstützung auch die subjektive Erfahrung, also die Erwartungen einer Person an die Unterstützung aus ihrem sozialen Netzwerk, etwa durch Familie, Freunden oder Nachbarn (Grav et al., 2011; Kocalevent et al., 2018).

Die Literatur zeigt, dass die funktionale Unterstützung entscheidend von der Art der Unterstützung und der subjektiven Beurteilung des Individuums abhängt. Dabei geht es um das individuell empfundene ausreichende Maß an Unterstützung durch Familie,

Freunde oder andere Personen, das eine bestimmte Funktion erfüllen soll (Grav et al., 2011; Kocalevent et al., 2018). Die funktionale Unterstützung wird in die Komponenten instrumentelle, emotionale, informationelle, bewertende und materielle Unterstützung unterteilt (Cohan und Hoberman, 1983; Cohan und Wills, 1985; Grav et al., 2011; Schulz und Schwarzer, 2004). Im Rahmen der vorliegenden Studie liegt der Fokus auf der instrumentellen und emotionalen Unterstützung. Dabei umfasst die instrumentelle Unterstützung beispielsweise finanzielle Hilfe und praktische Alltagsunterstützung (Schulz und Schwarzer, 2004), während emotionale Unterstützung Empathie sowie das Gefühl von Verständnis beschreibt (Grav et al., 2011). Borgmann et al. (2017) erweitern die Definition der emotionalen Unterstützung um die Dimensionen Zuneigung, Fürsorge und das subjektiv wahrgenommene Verstandensein durch andere (Borgmann et al., 2017). Eine Zusammenfassung der verschiedenen Aspekte der sozialen Unterstützung ist in Abb. 1 dargestellt.

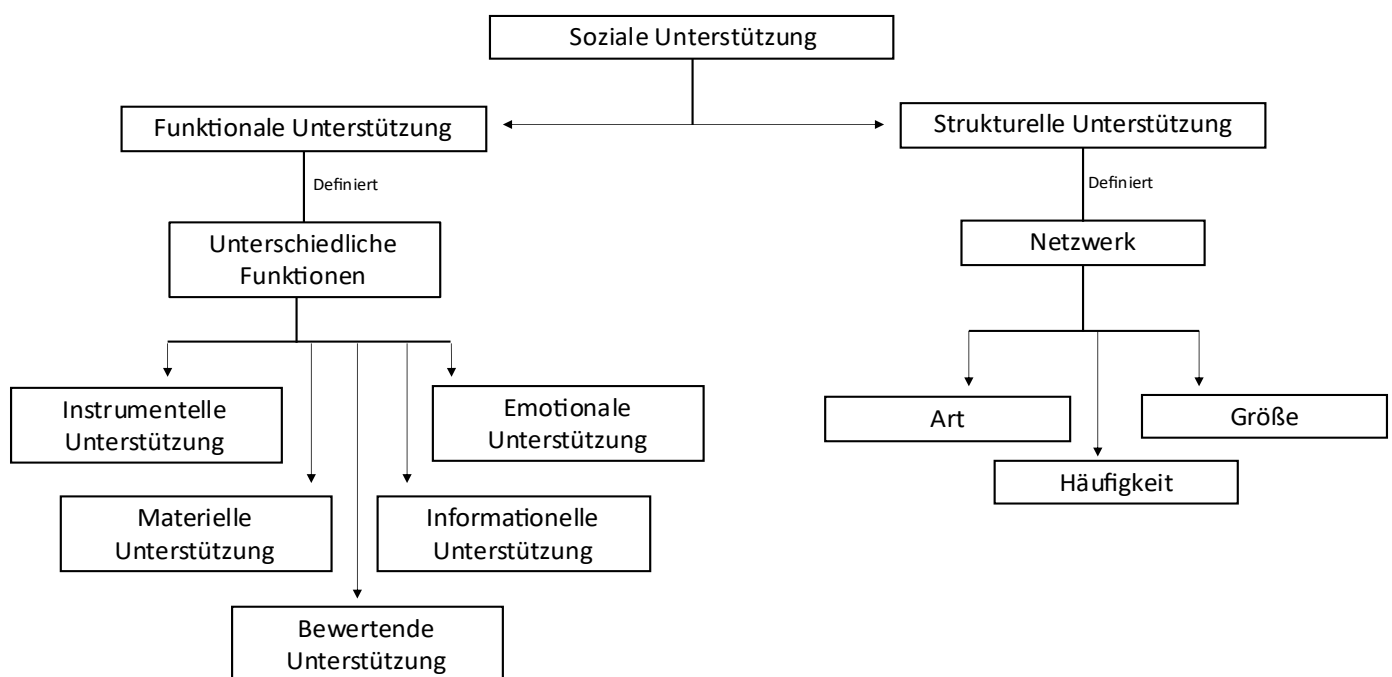


Abb. 1: Eigene Darstellung der sozialen Unterstützung auf der Grundlage von Cohan und Hoberman, 1983; Cohan und Wills, 1985; Grav et al., 2011 und Schulz und Schwarzer, 2004

Weitergehende Theorien befassen sich mit den Zusammenhängen zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit. Bøen et al. (2012) untersuchen den Einfluss von

psychischer Belastung und sozialer Unterstützung anhand von zwei Kausalmodellen. Dieser Ansatz ähnelt dem Puffermodell von Cohen und Wills (1985), bei dem soziale Unterstützung Puffer-Effekte aufweist (Cohen und Hoberman, 1983; Cohen und Wills, 1985). Beide Modelle unterscheiden zwei Aspekte: Der sogenannte „direkte Effekt“ besagt, dass soziale Beziehungen unabhängig von der Lebenssituation einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben. Der „indirekte Effekt“ hingegen beschreibt eine Stresspufferwirkung, bei der soziale Beziehungen besonders förderlich für Menschen sind, die zusätzlichen Stressoren ausgesetzt sind, wie z.B. negativen Lebensereignissen (Bøen et al., 2012).

1.2 Soziale Unterstützung und Gesundheit: Empirische Erkenntnisse

Eine starke soziale Unterstützung kann im gesamten Leben, besonders jedoch am Ende des Lebens, eine wichtige schützende Ressource darstellen (Kocalevent et al., 2018; Strine et al., 2008). Als Pufferfunktion (Cohen und Hoberman, 1983; Cohen und Wills, 1985) bietet sie eine protektiv gesundheitsfördernde Wirkung (Cohrdes und Bretschneider, 2018; Holt-Lunstad et al., 2010). In ihrer Studie aus dem Jahr 2022 zeigen Cihlar et al. (2023), dass soziale Unterstützung eine moderierende Rolle einnimmt, indem sie die negative Beziehung zwischen Vulnerabilität und Lebenszufriedenheit signifikant abschwächt. Dabei kann soziale Unterstützung umso stärker wirken, je höher die Vulnerabilität eines Individuums ist (Cihlar et al., 2023), was mit einer geringeren Morbidität und Mortalität assoziiert wird (Holt-Lunstad et al., 2010).

Individuen mit niedriger sozialer Unterstützung weisen häufiger ein geringeres allgemeines Wohlbefinden auf (Bøen et al., 2012; Glaesmer und Grande et al., 2011; Wilkinson und Marmot, 2003), erleben höheren psychischen Stress und haben ein erhöhtes Risiko für schwere Depressionen (Bøen et al., 2012; Glaesmer und Riedel-Heller et al., 2011; van Lente et al., 2012). Zudem wird eine geringere soziale Unterstützung mit einer erhöhten Prävalenz chronischer Krankheiten in Verbindung gebracht (Wilkinson und Marmot, 2003). Ein Review von Lett et al. aus dem Jahr 2005 ergab, dass das Mortalitätsrisiko von Patienten mit einer niedrigeren sozialen Unterstützung, sowohl bei nachgewiesener Koronaren Herzkrankheit (KHK) als auch bei gesunden Menschen, 1,5- bis 2,0-fach höher ist. Zhang et al. (2007) beschäftigten sich in diesem Zusammenhang mit einer weiteren chronischen Erkrankung, dem Diabetes mellitus. Sie untersuchten in

ihrer Studie mit 1.431 Teilnehmern die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Sterberisiko bei Diabetes mellitus. Die Ergebnisse zeigten, dass ein höheres Maß an sozialer Unterstützung mit einem verringerten Sterberisiko verbunden war. Das durchschnittliche Überleben lag bei 3,7 Jahren. Im Vergleich zu Personen mit niedrigem Unterstützungsniveau war das Sterberisiko bei denen mit mittlerem Unterstützungsniveau um 41 % (Hazard Ratio = 0,59, 95 % CI: 0,39–0,91) und bei denen mit hohem Unterstützungsniveau um 55 % (Hazard Ratio = 0,45, 95 % CI: 0,21–0,98) reduziert (Zhang et al., 2007).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist darauf hin, dass die Altersgruppe der älteren Menschen (65 Jahre oder älter) häufiger mit physischen und psychischen Herausforderungen, konfrontiert sind, die eine frühzeitige Diagnose und angemessene Behandlung erfordern (WHO Fact sheets, 2017). Etwa 15 % der Erwachsenen im Alter von 60 Jahren und älter leiden an einer mentalen Störung (WHO Fact sheets, 2017). Darüber hinaus verstärken depressive Symptome und kognitive Beeinträchtigungen in Kombination mit anderen Einschränkungen, insbesondere im Alter, die zukünftige zu erwartende körperliche Gebrechlichkeit (Ding et al., 2017).

1.3 Soziale Unterstützung in einer alternden Bevölkerung

In der Literatur werden ältere Menschen meist unter dem Begriff „Senioren“ zusammengefasst, obwohl eine einheitliche rechtlich verbindliche Definition fehlt (Drucksache, B. 16/10155, 2008). In dieser Studie wird der Begriff „Senioren“ synonym für alle Teilnehmenden im Alter von 65 Jahren und älter verwendet, unabhängig vom Geschlecht. Zudem werden auch die Begriffe ältere Menschen oder ältere Patient*innen verwendet.

Der Prozess der Langlebigkeit verändert auch den gesundheitlichen Versorgungsbedarf. Laut Prognosen des United Nations Department of Economic and Social Affairs wird bis 2050 jeder vierte Einwohner Europas und Nordamerikas der älteren Bevölkerungsgruppe angehören (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022). Das Statistische Bundesamt berechnete für das Jahr 2022, dass

Menschen zwischen 60 und 80 Jahren einen Anteil von 22,2 % der Gesamtbevölkerung ausmachen (Statistische Bundesamt, Destatis, 2022).

Mit steigendem Alter kann die Anbindung an familiäre und freundschaftliche Netzwerke infolge gesundheitlicher Einschränkungen, dem Verlust nahestehender Personen sowie abnehmender psychophysischer Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt werden (Cihlar et al., 2023; Kocalevent et al., 2018; Sonnenberg et al., 2013; WHO, 2002). Die daraus resultierende Verringerung sozialer Unterstützung, häufig als „verkleinerter sozialer Pool“ bezeichnet, beeinträchtigt die soziale Integration und erhöht das Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation (WHO, 2002). Altersassoziierte Beeinträchtigungen wie funktionelle Abhängigkeiten, Behinderungen und erhöhte Komorbiditätsrate verstärken diese Entwicklung zusätzlich (Ding et al., 2017). Soziale Unterstützung gilt im höheren Lebensalter als zentrale Ressource zur Bewältigung altersbedingter Herausforderungen, ist unter den Bedingungen schwindender Netzwerke jedoch schwerer aufrechtzuerhalten (Kocalevent et al., 2018; Sonnenberg et al., 2013; WHO, 2002). Diese Entwicklung stellt nicht nur für ältere Menschen, sondern auch für das Gesundheitssystem, insbesondere im hausärztlichen Kontext, eine zunehmende Herausforderung dar (O’Conor et al., 2019).

Eine ausreichende soziale Unterstützung hingegen ist mit einem besseren psychischen Wohlbefinden (Cohrdes und Bretschneider, 2018; Wilkinson und Marmot, 2003) und einer Stärkung des Selbstwertgefühls assoziiert (Cohen und Hoberman, 1983). Zudem fördert sie die Selbstwirksamkeit (Holt-Lunstad et al., 2010). Diese psychische Stärkung durch die soziale Unterstützung als Ressource, die eine Pufferwirkung bietet, kann sogar zu einem besseren Gesundheitsverhalten führen und somit die Gesundheit insgesamt verbessern (Bøen et al., 2012; Strine et al., 2008).

1.4 Die Rolle von Hausärzt*innen bei der sozialen Unterstützung von Senioren

Hausärzt*innen (HÄ) fungieren oft als primäre Anlaufstelle für die sozialen, psychischen und physischen Bedürfnisse älterer Menschen (Höhne et al., 2009; WONCA Europe, 2023). Als langjährige Bezugspersonen begleiten sie ihre Patient*innen durch verschiedene Lebensphasen und Ereignisse, wie etwa den Verlust von Lebenspartner*innen oder körperliche Einschränkungen, die zu reduzierter Mobilität und sozialer Teilhabe führen können.

Die Kenntnis der individuellen Lebensumstände ermöglicht es HÄ, therapeutische Maßnahmen optimal auf die Bedürfnisse ihrer Patient*innen abzustimmen. Dadurch werden Kommunikationsfähigkeiten und Handlungsoptionen erforderlich, wie sie in den Kernkompetenzen der „European Definition of General Practice / Family Medicine“ formuliert sind (WONCA Europe, 2023). Besonders hervorgehoben wird dabei das ärztliche Gespräch. Es wird als „einzigartiger Konsultationsprozess“ beschrieben, der durch effektive Kommunikation geprägt ist, über die Zeit eine vertrauensvolle Beziehung aufbaut und selbst eine therapeutische Wirkung entfalten kann (WONCA Europe, 2023). Ommen et al. (2011) betonen, dass ausreichend Zeit für Gespräche und die partizipative Entscheidungsfindung über die Behandlung eingeplant werden muss, basierend auf einer entsprechenden Vertrauensebene zwischen HÄ und Patient*innen (Ommen et al., 2011). Höhne et al. (2009) erweiterten das Berufsbild von HÄ um den Begriff des „Gatekeepers“, da diese als erste und oftmals auch als einzige medizinische Anlaufstelle für Patient*innen fungieren. Sie sollen in ihrer Funktion und mit ihren Tools mangelnde soziale Unterstützung identifizieren und über die Inanspruchnahme weiterer medizinischer Fachbereiche entscheiden (Höhne et al., 2009). Die Umsetzung bezüglich der Implementierung von Unterstützungsmaßnahmen bei psychosozialen Problemen bleibt jedoch eine zeitliche und qualitative Herausforderung für HÄ (Ashcroft et al., 2018).

Auffallend in der Literaturrecherche war die begrenzte Verfügbarkeit von Daten aus der Perspektive der Senioren hinsichtlich ihrer hausärztlichen Kontakte. Es existieren nur wenige Studien zur Detektion von psychosozialen Problemen durch HÄ und zur Qualität der Kommunikation aus der Perspektive der Patienten. Dies bildet den Ansatz für die vorliegende Arbeit.

1.5 Fragestellung und Ziel der Studie

Diese Studie untersucht, inwieweit der Grad der sozialen Unterstützung bei Senioren in Verbindung mit depressiven Symptomen und dem subjektiven Gesundheitsempfinden steht, sowohl allgemein als auch differenziert im hausärztlichen Kontext. Auf Grundlage der dargestellten theoretischen Konzepte und des aktuellen Forschungsstandes wurden folgende Forschungshypothesen formuliert:

Forschungshypothese 1: Ältere Menschen, die eine geringe soziale Unterstützung erfahren, haben eine schlechtere subjektive Gesundheit als solche mit umfangreicherer sozialer Unterstützung.

Forschungshypothese 2: Ältere Menschen, die wenig soziale Unterstützung erfahren leiden häufiger unter depressiven Symptomen als solche mit umfangreicherer Unterstützung.

Forschungshypothese 3: Ältere Patient*innen mit niedriger sozialer Unterstützung machen die Kommunikationserfahrung, dass ihre psychosozialen Probleme nur selten von HÄ thematisiert werden.

2. Material und Methoden

Die Studie verwendet zunächst bevölkerungsrepräsentative Daten des RKI (DEGS1), um Assoziationen zwischen sozialer Unterstützung und den o.g. Gesundheitsindikatoren subjektive Gesundheit und depressive Symptomatik auf Populationsebene zu analysieren (Hypothesen 1 und 2). Danach werden Primärdaten des Instituts für Hausarztmedizin des Universitätsklinikums Bonn aus der sogenannten GPCare-1-Studie integriert, um zusätzlich die tatsächlichen Kommunikationserfahrungen von Patient*innen im hausärztlichen Setting zu beschreiben (Hypothese 3). Dieser sog. dual-data approach war sinnvoll, da in den DEGS1-Daten keine Daten zur Qualität der hausärztlichen Kommunikation über psychosoziale Bedarfe von Senioren erhoben wurden. Die Studie wurde im Kontext des Promotionsprogramms „The questions rarely asked“: bio-psycho-soziale Aspekte der hausärztlichen Patientenbehandlung“, durchgeführt, das im Jahr 2020 vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn initiiert wurde. Das Forschungsprojekt war eine multidimensionale Studie, die die Detektion und Behandlung psychosozialer Faktoren von Patient*innen in der hausärztlichen Versorgung untersuchte. Als Teil dieses Forschungsprojekts liegt der Fokus dieser Arbeit auf der Analyse des psychosozialen Faktors der sozialen Unterstützung im Alter.

DEGS1- und GP-Care-1- Studienpopulation

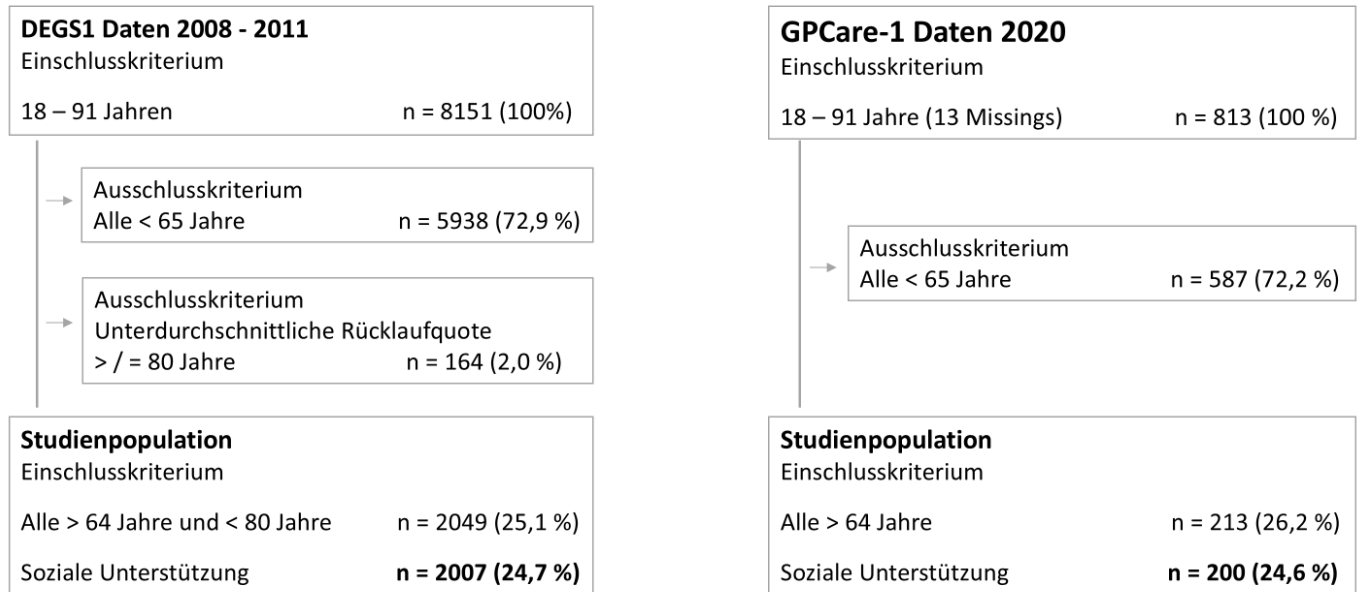


Abb.2: Übersicht der DEGS1- und GP-Care-1-Studienpopulation

2.1 DEGS1: Daten, Studienpopulation und Variablen

Die Sekundärdaten für den ersten Studienteil stammen von der Deutschen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts.

Die DEGS1 ist eine repräsentative Erhebung für die deutsche Bevölkerung. Sie ist Teil der deutschen Gesundheitsberichterstattung und wurde vom Robert Koch-Institut (RKI) von 2008 bis 2011 durchgeführt (Kurth, 2012). Der dieser Arbeit zugrunde liegende DEGS1-Datensatz wurde vom Forschungsdatenzentrum "Gesundheitsmonitoring" am Robert Koch-Institut (RKI) zur Verfügung gestellt, das vom Deutschen Datenforum nach einheitlichen und transparenten Standards akkreditiert ist (<http://www.ratswd.de/en/data-infrastructure/rdc>). Detaillierte Informationen zum Zugang, Antragsformulare und Richtlinien können unter datennutzung@rki.de angefordert werden. Außerdem sind ausführliche Informationen zum Konzept und Design von DEGS1 veröffentlicht (Kamtsiuris et al., 2013; Kurth, 2012; Scheidt-Nave et al., 2012). Die Erhebung des DEGS1 war mit den Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder abgestimmt und im September 2008 von der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin

genehmigt worden (Nr. EA2/047/08). Alle Teilnehmenden der DEGS1 hatten eine schriftliche Einverständniserklärung abgegeben.

Die DEGS1-Daten wurden zwischen November 2008 und Dezember 2011 erhoben. Dies umfasst standardisierte computergestützte persönliche Interviews, selbst ausgefüllte Fragebögen sowie standardisierte Untersuchungen und medizinische Labortests (Gößwald et al., 2012; Gößwald, 2013; Scheidt-Nave et al., 2012). Der Grunddatensatz umfasst insgesamt $n = 8.515$ Probanden (100 %). Die öffentlich zugänglichen Daten beschreiben die deutsche Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren ($n = 7.987$). Personen ab 80 Jahren wurden aufgrund einer im Vergleich unterdurchschnittlichen Rücklaufquote ($n = 164$) ausgeschlossen (Kamtsiuris et al., 2013).

Für die hier vorliegende Analyse wurden alle unter 65-Jährigen aus dem Datensatz entfernt ($n = 5.938$; 72,9 %), so dass der Analysedatensatz insgesamt $n = 2.049$ Personen im Alter von 65 - 79 Jahren umfasste. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass die Probanden die Items zu sozialer Unterstützung ausgefüllt haben mussten ($n = 2.007$ Personen). Veröffentlichte umfragespezifische Gewichtungsfaktoren wurden bei der statistischen Analyse verwendet, um repräsentative Daten und Rückschlüsse auf die deutsche Allgemeinbevölkerung zu ermöglichen (Kamtsiuris et al., 2013; Scheidt-Nave et al., 2012).

Im Folgenden werden die verwendeten Variablen aus DEGS1 kurz skizziert:

- Das Alter wurde in Jahren angegeben.
- Das Geschlecht war unterteilt in die Kategorien „männlich“ und „weiblich“.
- Der sozioökonomische Status, kurz SES, wurde als multidimensionaler Parameter auf der Grundlage von Bildung, Beschäftigungsstatus und Einkommen berechnet. Anschließend wurde er in einen niedrigen und einen höheren sozioökonomischen Status dichotomisiert. Einzelheiten können in Lampert et al. (2013) mit dem Titel „Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) (Lampert et al., 2013), eingesehen werden.
- Die Haushaltgröße wurde durch die Anzahl der Personen im Haushalt definiert.

- Die wahrgenommene soziale Unterstützung wurde mit der Oslo Social Support Scale (OSSS-3) gemessen. Mit den Antworten auf drei Fragen, die anhand einer 5-Punkte-Likert-Skala beantwortet wurden, konnte ein Gesamtwert berechnet werden, um die soziale Unterstützung dadurch zu operationalisieren (Kocalevent et al., 2018). Die Items sind:
 - Zwei Items der Skala beziehen sich auf die emotionale Unterstützung:
 - Anzahl nahestehender Personen, auf die man sich verlassen kann;
 - Grad des Interesses und der Anteilnahme durch andere Menschen an dem, was der/die Befragte tun.
 - Das dritte Item konzentriert sich auf die instrumentelle Unterstützung:
 - Wie leicht ist die Verfügbarkeit von praktischer Hilfe bei Bedarf.

Die Ergebnisse umfassten ursprünglich die Kategorien „niedrige“ (3-8 Punkte), „mäßige“ (9-11) und „hohe (12-14 Punkte) soziale Unterstützung“. In dieser Arbeit wurden diese Ergebnisse in „niedrige“ (3-8 Punkte) und „höhere (9-14 Punkte) soziale Unterstützung“ dichotomisiert. Dabei wird die „höhere Unterstützung“ als eine Kombination der beiden Variablen „mittlere und hohe soziale Unterstützung“ berechnet.

- Zur Messung des subjektiv empfundenen allgemeinen Gesundheitszustands wurde die fünfstufige Likert-Skala dichotomisiert. Hierfür wurden auf der einen Seite die Variablen „sehr guter“ zusammen mit „gutem“ Gesundheitszustand und auf der anderen Seite „mittlerer, schlechter und sehr schlechter“ Gesundheitszustand zusammengefasst.
- Mit dem Item „chronischen Erkrankung“ wurden dauerhafte Gesundheitsprobleme erfasst, die eine regelmäßige Überprüfung des Erkrankungsstatus und der Behandlung benötigen. Der Umstand mindestens an einer chronischen Krankheit zu leiden war mit „ja“ oder „nein“ kategorisiert.
- Depressive Symptome wurden mit Hilfe der validierten und von der geriatrischen Leitlinie 2022 als zeitökonomisches Messinstrument bezeichnet 2-Item-Kurzversion PHQ-2 des Depressionsmoduls des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) gemessen, welcher die letzten 2 Wochen als Zeitraum erfasst (Arroll et al., 2010; Kroenke et al., 2003; Krupp, 2022).

- Erhoben wurde auch, ob die Teilnehmenden in den letzten 12 Monaten einen Hausarztbesuch in Anspruch genommen hatten (Dichotomisierung der Beantwortung in: „ja“ / „nein“).
- Ergänzend war auch die Anzahl der Kontakte mit der Hausärztin / dem Hausarzt in den letzten 12 Monaten durch Befragung der Teilnehmenden erfasst worden.

2.2 GPCare-1: Daten, Studienpopulation, Variablen

Da in der DEGS1 keine Informationen zum hausärztlichen Setting und zur Qualität der hausärztlichen Kommunikation erhoben worden waren, wurde für die vorliegende Studie zusätzlich Daten aus dem GPCare-1 (General Practice Care-1-Studie) analysiert und mit den DEGS1-Ergebnissen verglichen.

Die Studie wurde vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn von Juni bis August 2020 in 12 Praxen des angeschlossenen Praxisnetzes in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz durchgeführt. Um eine breite Vielfalt der Studienteilnehmenden zu gewährleisten, wurden für die Rekrutierung die Hausarztpraxen anhand regionaler soziodemografischer Merkmale wie Altersverteilung, Migrationshintergrund, Arbeitslosenquote und Einkommensniveau ausgewählt.

Teilnahmeberechtigt waren Patient*innen, ab 18 Jahre, die über ausreichende Sprachkenntnisse verfügten und geistig in der Lage waren, den zweiseitigen Fragebogen in deutscher, englischer, arabischer oder türkischer Sprache selbstständig auszufüllen. Die Patient*innen wurden über den anonymen Ansatz, den Datenschutz und die Freiwilligkeit der Studie informiert. Die GPCare-1-Daten können auf begründete Anfrage beim Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn, Deutschland, erfragt werden.

Die Ethikkommission der Universität Bonn prüfte das Studienprotokoll im Juni 2020 und erhob keine ethischen oder berufsrechtlichen Einwände gegen die GPCare-1-Studie (Nr. 215/20). Die Studie ist im Deutschen Register für Klinische Studien registriert (DRKS00022330).

Die Daten der GPCare-1-Studie stammten aus einem selbst konstruierten Fragebogen für Patient*innen in der hausärztlichen Primärversorgung. Sie inkludieren Patient*innen aus Hausarztpraxen, die zu ihren Kommunikationserfahrungen mit ihren HÄ sowie zu ihren medizinischen und gesundheitsbezogenen Charakteristika befragt wurden. Für die

vorliegende Arbeit wurden die Daten aller Patient*innen im Alter von 65 Jahren und älter (n = 213) sowie die gefilterten Daten zur sozialen Unterstützung (n = 200) ausgewertet.

Im Folgenden sind die verwendeten Variablen aus GPCare-1 kurz skizziert:

- Um einen besseren Vergleich mit den DEGS1-Daten zu ermöglichen, wurden die Variablen Alter, Haushaltsgröße, soziale Unterstützung, allgemeiner Gesundheitszustand, chronische Krankheiten und depressive Symptome im Fragebogen des GPCare-1 entsprechend wie die Variablen des DEGS1 formuliert.
- Dem Aspekt Geschlecht (Frau oder Mann) wurde eine dritte Antwortmöglichkeit „divers“ hinzugefügt.
- Die Teilnehmenden wurden nach dem höchsten erreichten Bildungsgrad befragt. Dieser wurde in die drei Kategorien eingeteilt: „niedrige Bildung“ (keine Schulbildung/Sekundarschule bis zur 9. Klasse/Sekundarschule bis zur 10. Klasse), „mittlere Bildung“ (Abitur/Berufsschule) und „hohe Bildung“ (Universitätsabschluss) unterteilt.
- Außerdem wurde nach der Dauer ihrer Betreuung durch den jeweiligen HÄ gefragt. Die Antwortoptionen umfassten „weniger als ein Jahr“, „1 bis 2 Jahre“, „3 bis 5 Jahre“ und „mehr als 5 Jahre“. Die Ergebnisse wurden für diese Analyse in „bis zu 5 Jahre“ und „mehr als 5 Jahre“ dichotomisiert.

Aufgrund mangelnder validierter Screening-Instrumente in deutscher Sprache, welche die subjektiv empfundene Qualität der hausärztlichen Kommunikation über psychosoziale Probleme erfasst, wurden vier entsprechende Fragen entwickelt. Sie wurden unter Berücksichtigung bestehender internationaler Fragebögen konstruiert, darunter das Patient Reactions Assessments Instruments (PRAD) (Brenk-Franz et al., 2016), die Medical Interview Satisfaction Scale (MISS) (Wolf et al., 1978), das Formular für Patientenfragen (Valori et al., 1996) und der Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) (Van der Feltz-Cornelis et al., 2004). Die vier entwickelten Fragen dienen dazu, die Erfahrungen der Patient*innen mit ihren HÄ zu quantifizieren und sind wie folgt formuliert:

- Mein Arzt fragt mich nach persönlichen Belastungen.

- Mein Arzt nimmt sich Zeit für mich und meine Anliegen.
- Mein Arzt vermittelt mir ein gutes Gefühl beim Gespräch über sensible Themen.
- Ich fühle mich durch meinen Arzt ernstgenommen.

Für alle Fragen wurde ein fünfstufiges Antwortformat vom Typ Likert verwendet. Die Antworten wurden für die Analyse dichotomisiert in „stimme voll zu / stimme zu“ und in „neutral / stimme nicht zu / stimme überhaupt nicht zu“. Vor Beginn der Studie wurde die Validität der Fragebögen an vierzig Personen aus der deutschen Allgemeinbevölkerung getestet und anschließend sprachlich geringfügig angepasst.

2.3 Statistische Verfahren

Zur Prüfung der in Kapitel 1.5 aufgestellten Hypothesen, wurden den Daten des DEGS1 als auch des GPCare-1 nur die Teilnehmergruppe im Alter von 65 Jahren und älter betrachtet. Zum Vergleich von Personen mit niedrigerer und höherer sozialer Unterstützung wurden diese Daten teilweise dichotomisiert ausgewertet.

Für die erste und zweite Hypothese, dass eine geringere soziale Unterstützung mit einer schlechteren subjektiven Gesundheit und mehr depressiven Symptomen einhergeht, wurden die DEGS1- und GP-Care-1-Studienpopulationen hinsichtlich subjektiver Gesundheit und depressiver Symptome (PHQ-2) untersucht.

Die in Abschnitt 2.2 dargestellten Fragen zur subjektiv wahrgenommenen Qualität der hausärztlichen Kommunikation in Bezug auf psychosoziale Problemlagen dienen der Überprüfung von Hypothese 3, der zufolge psychosoziale Themen bzw. sogenannte ‚questions rarely asked‘ im hausärztlichen Setting als zu selten adressiert wahrgenommen werden.

Für die DEGS1-Daten wurden deskriptive Statistiken mit absoluten und relativen Häufigkeitsverteilungen für die verschiedenen Items berechnet. Zum Vergleich von den Teilnehmenden mit geringer bzw. höherer sozialer Unterstützung wurde die Chi-Quadrat-Statistik für kategoriale Daten verwendet, während der t-Test zum Vergleich von Mittelwerten für numerische Daten eingesetzt wurde. Die Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test überprüft, die Varianzheterogenität mit dem Welch-Test. Die GPCare-1-Daten wurden nach demselben Ansatz ausgewertet und analysiert.

Die Datenqualität war insgesamt gut. Fehlende Werte sind unter den Tabellen aufgeführt, wenn diese bei einem Item mehr als 1,5 % betragen. Alle Prozentangaben sind als gültige Prozent ohne Berücksichtigung fehlender Werte berechnet.

Alle statistischen Analysen wurden mit dem Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 25.0 für Windows (IBM Corp., Armonk, NY, USA) durchgeführt. Die statistische Signifikanz wurde auf $p < 0,05$ (zweiseitig) festgelegt.

3. Ergebnisse

3.1 DEGS1-Studie: Soziodemografische, medizinische und gesundheitsbezogene Charakteristika

Der Datensatz umfasste alle Senioren im Alter 65 bis 79 Jahre aus der DEGS1-Stichprobe des Robert Koch-Instituts, dies war 25,7 % der Gesamtstichprobe (n = 2.049 von 7.987). Die soziodemographischen und medizinischen Charakteristika sind in Tabelle 1 aufgeführt. Das Durchschnittsalter der Studiengruppe betrug 71 Jahre (Mittelwert (M) 71,28 mit einer Standardabweichung (SD) von 3,81. Insgesamt waren 54 % (n = 1.049) weiblich, während der Anteil männlicher Teilnehmender 46 % (n = 1.000) betrug. Das Bildungsniveau wurde zur Klassifizierung des sozioökonomischen Status (SES) verwendet. Fast 60 % der Teilnehmenden (58,8 %, n = 1.222) hatten einen mittleren sozioökonomischen Status. Die Mehrheit lebte mit einer oder mehreren Personen zusammen (77,3 %, n = 1.574), während 22,7 % (n = 450) allein lebten.

Insgesamt schätzten 44,4 % (n = 863) ihren Gesundheitszustand als mittel bis sehr schlecht ein. Mehr als jeder zweite Befragte litt unter mindestens einer chronischen Erkrankung (55,5 %, n = 1.074) und 7,2 % (n = 122) zeigten depressive Symptome. In den letzten 12 Monaten konsultierten 83,5 % (n = 1.636) eine Hausarztpraxis, wobei im Durchschnitt vier Besuche stattfanden (M 4,06, SD 4,85).

Von den 2.049 älteren Teilnehmenden beantworteten 2.007 (97,7 %) die Frage zur sozialen Unterstützung. Somit wiesen lediglich 2 % der Studienpopulation fehlende Werte auf. Diese niedrige Rate stellt bei der insgesamt großen Population kein Risiko für Verzerrung dar.

Für die Auswertungen der Frage nach der sozialen Unterstützung (n=2007) sind im Folgenden die relativen Prozentwerte dargestellt. Bezüglich der sozialen Unterstützung beurteilten 14,6 % der Senioren (n = 293) ihre Unterstützung als gering, während die meisten (85,4 %; n = 1.714) eine höhere Unterstützung angaben.

Tab. 1: DEGS1: Teilnehmende über 64 Jahre: Soziodemografische und medizinische Merkmale. Gesamtstichprobe und Vergleich nach sozialer Unterstützung, gewichtet

	Studienpopulation n = 2.049		Subpopulation mit niedriger sozialer Unterstützung n = 293 (14,6 %)		Subpopulation mit höherer sozialer Unterstützung n = 1.714, (85,4 %)		p-value
Variable	n*	%*	n*	%*	n*	%*	
Alter (M und SD)	71,28	3,81	71,70	3,73	71,17	3,81	0,048
Geschlecht							
Weiblich	1.049	54,0	160	57,9	868	53,3	0,253
Männlich	1.000	46,0	133	42,1	846	46,7	
SES							
- Niedrig	391	26,8	88	38,1	293	24,2	<0,001
- Mittel	1.222	58,8	167	54,5	1.045	59,8	
- Hoch	410	14,4	37	7,4	371	15,9	
Haushaltsgröße							0,029
Allein lebend	450	22,7	86	28,3	356	21,2	
Lebt mit ein oder mehr Personen	1.574	77,3	206	71,7	1.354	78,8	
Gesundheits- indikatoren							
Subjektiver Gesundheitszustand (mittel/schlecht/sehr schlecht)	863	44,4	164	58,6	685	41,8	<0,001
Hat chronische Erkrankung(en) +	1.074	55,5	170	62,0	892	54,7	0,063

	Studienpopulation n = 2.049		Subpopulation mit niedriger sozialer Unterstützung n = 293 (14,6 %)		Subpopulation mit höherer sozialer Unterstützung n = 1.714, (85,4 %)		p-value
Hat depressive Symptome (PHQ-2) ++	122	7,2	42	16,3	79	5,6	<0,001
Hausarztkontakt							
Inanspruchnahme einer Hausärztin /einem Hausarzt in den letzten 12 Monaten (Ja) +++	1.636	83,5	233	84,0	1.397	83,6	0,910
Anzahl der Hausarztkontakte in den letzten 12 Monaten (M, SD) ++++	4,06	4,85	4,36	6,90	4,02	4,38	0,345

* % und n sind angegeben, wenn nicht anders gekennzeichnet
Fehlende Werte (über 1,5 %) Studienpopulation / Subpopulation: + n=105 (5,1 %) / n = 90 (4,5 %); ++ n=91 (4,4 %) / n = 61 (3,0 %); +++ 102 (5,0 %) / 83 (4,1 %); ++++ 191 (9,3 %) / 167 (8,3 %).

3.1.1 Vergleich von Senioren mit geringer versus höherer sozialer Unterstützung

Zur besseren Übersichtlichkeit und zur Gewährleistung einer einheitlichen Darstellung werden die in Klammern berichteten Ergebnisse durchgehend in der Reihenfolge „geringe“ versus „höhere soziale Unterstützung“ angegeben. Diese Darstellungsweise gilt auch für die nachfolgenden Abschnitte.

Die Studiengruppe mit geringer sozialer Unterstützung wies signifikant häufiger ($p < 0,001$) einen niedrigeren sozioökonomischen Status (SES) auf (geringe soziale Unterstützung n = 88 (38,1 %) vs. höhere soziale Unterstützung n = 293 (24,2 %)).

Außerdem lebte die Gruppe mit geringer sozialer Unterstützung mit einem p-Value von 0,029 signifikant häufiger allein (n = 86 (28,3 %) vs. n = 356, (21,2 %)). Zudem litt diese Studiengruppe signifikant häufiger unter depressiven Symptomen (n = 42 (16,3 %) vs. n = 79 (5,6 %); $p < 0,001$) und stufte ihren allgemeinen Gesundheitszustand signifikant

häufiger als mittel bis sehr schlecht ein (58,6 % (n = 164) vs. 41,8 % (n = 685); $p < 0,001$). Die Prävalenz an mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden und die beiden Variablen in Bezug auf den Hausarztkontakt (siehe Tabelle 1) unterschieden sich nicht signifikant zwischen den beiden Studiengruppen mit niedrigerer gegenüber denen mit höherer sozialer Unterstützung (chronische Erkrankung $p = 0,063$; Hausarztkontakt $p = 0,910$ / $p = 0,345$).

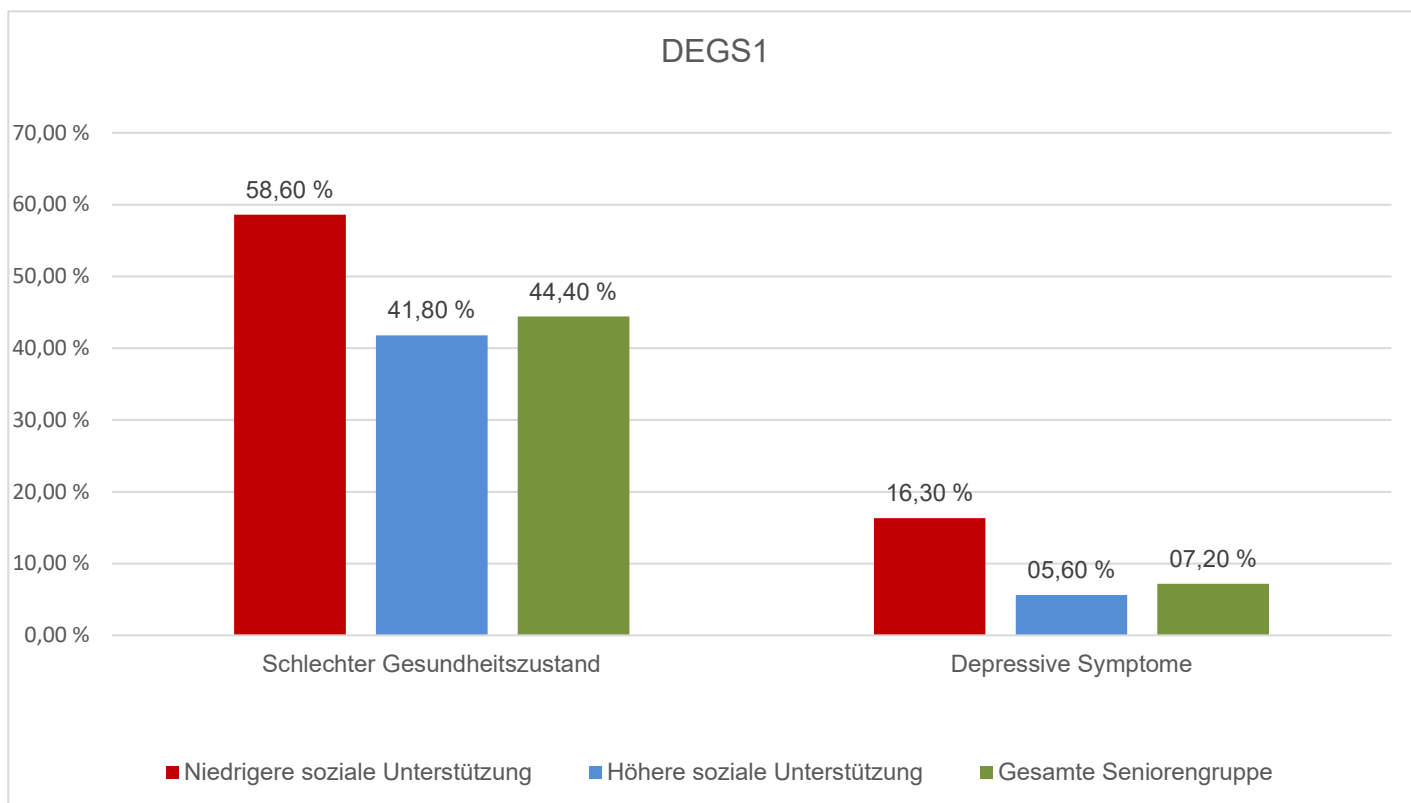


Abb. 3: DEGS1: Darstellung der Ergebnisse der Senioren für die Verteilung von sozialer Unterstützung bei schlechtem Gesundheitszustand sowie bei depressiven Symptomen

3.2 GPCare-1-Studie: Soziodemografische, medizinische und gesundheitsbezogene Charakteristika

Es wurden die Daten aller älteren Personen im Alter von 65 bis 91 Jahre aus der GPCare-1-Stichprobe analysiert, insgesamt 26,2 % (n = 213 von 813). Die Details sind in Tabelle 2 dargestellt. Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Befragten betrug 75 Jahren (M 74,74, SD 6,18) und 56,3 % (n = 120) gaben das Geschlecht weiblich an. Nahezu 50 % (47,8 %, n = 98) verfügten über einen mittleren Bildungsabschluss. Hier sollte erwähnt

werden, dass versucht wurde den SES bei den Studienteilnehmenden abzufragen und dieser ursprünglich mit Einkommen und Bildung gemessen werden sollte. Da für den Faktor Einkommen nicht genügend Rücklauf existierte (ca. 25 %), wurde für die Analyse der Bildungsstatus verwendet.

Die Mehrheit der Befragten lebte mit einer oder mehreren Personen zusammen (67,8 %, n = 137), während 32,2 % (n = 65) allein lebten. Mehr als 40 % stufen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als mäßig bis sehr schlecht ein (42,6 %, n = 89), und 88,5 % (n = 185) hatten mindestens eine chronische Krankheit. Depressive Symptome wurden von 16,3 % (n = 27) der Senioren angegeben. Darüber hinaus gaben die meisten Patient*innen an, seit mehr als 5 Jahren bei ihrer Hausärztin / ihrem Hausarzt zu sein (80,6 %, n = 166). Eine geringe soziale Unterstützung war bei 18 % der Stichprobe (n = 36) festzustellen.

Tab 2: GPCare-1: Soziodemografische und gesundheitliche Merkmale der älteren Teilnehmenden (Gesamtstichprobe stratifiziert nach niedriger und höherer sozialer Unterstützung)

Variable	Studienpopulation n = 213		Subpopulation mit niedriger sozialer Unterstützung n = 36 (18 %)		Subpopulation mit höherer sozialer Unterstützung n = 164 (82 %)		p-value
	n*	%*	n*	%*	n*	%*	
Alter (M, SD)	74,74	6,18	73,67	6,34	74,79	6,21	0,330
Geschlecht							0,572
Weiblich	120	56,3	19	52,8	95	57,9	
Männlich	93	43,7	17	47,2	69	42,1	
Bildungsstatus +							
- Niedrig	63	30,7	11	33,3	50	31,3	0,640

	Studienpopulation n = 213		Subpopulation mit niedriger sozialer Unterstützung n = 36 (18 %)		Subpopulation mit höherer sozialer Unterstützung n = 164 (82 %)		p-value
- Mittel	98	47,8	17	51,5	74	46,3	
- Hoch	44	21,5	5	15,2	36	22,5	
Haushaltsgröße ++							0,417
Allein lebend	65	32,2	13	39,4	51	32,1	
2 oder mehr Personen im Haushalt	137	67,8	20	60,6	108	67,9	
Gesundheits- indikatoren							
Mittlere bis sehr schlechte subjektive Gesundheit	89	42,6	23	63,9	64	39,3	0,007
Mindestens eine chronische Erkrankung +++	185	88,5	31	86,1	143	88,3	0,719
Prävalente depressive Symptomatik (PHQ-2) ++++	27	16,3	16	57,1	11	8,3	<0,001
Anzahl der Jahre bei der Hausärztin / dem Hausarzt +++++							
Bis zu 5 Jahre	40	19,4	9	26,5	29	18,1	0,265
Mehr als 5 Jahre	166	80,6	25	73,5	131	81,9	

* % und n werden angegeben, wenn nicht anders gekennzeichnet

Fehlende Werte (über 1,5 %) Studienpopulation / Subpopulation: + n = 8 (3,8 %) / n = 7 (3,5 %); ++ n = 11 (5,2 %) / n = 8 (4 %); +++ nur Studienpopulation n = 4 (1,9 %); +++++ nur Subpopulation n = 40 (20 %); +++++ n = 7 (3,3 %) / n = 6 (3 %)

3.2.1 Vergleich von Senioren mit geringerer versus höherer sozialer Unterstützung

Die stratifizierte Auswertung der Subpopulationen von Senioren mit niedriger im Vergleich zu höherer sozialer Unterstützung ergab keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Haushaltsgröße und Anzahl der Behandlungsjahre durch die Hausärztin / den Hausarzt.

Teilnehmende mit geringer sozialer Unterstützung lebten seltener mit einer weiteren Person im Haushalt (60,6 %, n = 20 vs. 67,9 %, n = 108; p = 0,417). Außerdem schätzten sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als mäßig/schlecht/sehr schlecht ein (63,9 %, n = 23 vs. 39,3 %, n = 64; p = 0,007). Während die Prävalenz unter mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden in den Subpopulationen ähnlich war (86,1 %, n = 31 vs. 88,3 %, n = 143; p = 0,719), war die Prävalenz depressiver Symptome bei denjenigen mit geringer sozialer Unterstützung deutlich höher (57,1 %, n = 16 vs. 8,3 %, n = 11; p < 0,001). Die meisten Patient*innen waren über 5 Jahre bei ihrer Hausärztin / ihrem Hausarzt in ärztlicher Betreuung (73,5 %, n = 25 vs. 81,9 %, n = 131; p = 0,265).

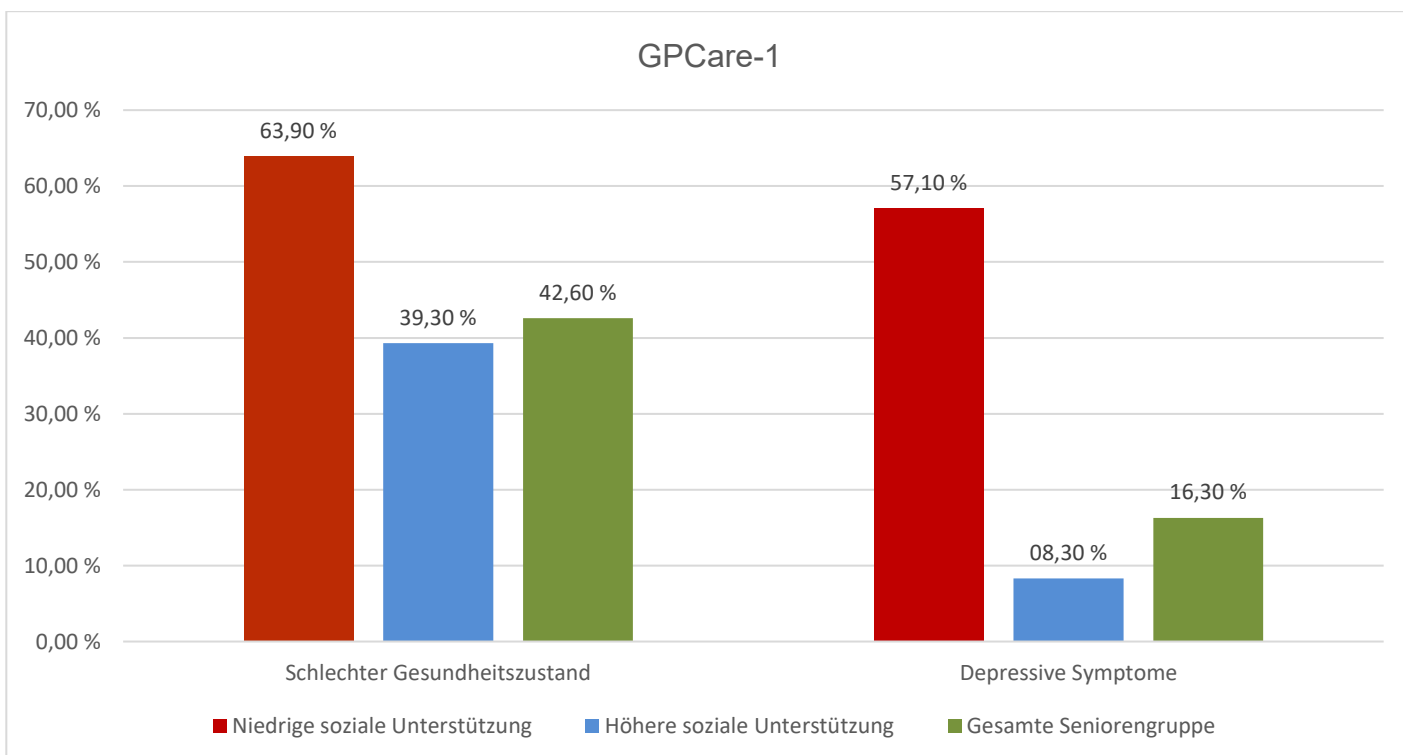


Abb.4: GPCare-1: Darstellung der Ergebnisse der älteren Patient*innen für die Verteilung von sozialer Unterstützung bei schlechtem Gesundheitszustand sowie bei depressiven Symptomen

3.2.2 Einschätzungen der hausärztlichen Kommunikation zu psychosozialen Belastungen durch Patient*innen

In der Studienpopulation berichteten 60,4 % (n = 113) der Teilnehmenden, dass ihr Arzt sie nach persönlichen Belastungen fragte. Die Prävalenz der anderen drei Variablen zu den Kommunikationserfahrungen der Patient*innen war sogar noch höher: „Mein Arzt nimmt sich Zeit für mich und meine Anliegen“ 69,7 % (n = 129), „vermittelt mir ein gutes Gefühl beim Gespräch über sensible Themen“ 70,9 % (n = 129), und „ich fühle mich durch meinen Arzt ernstgenommen“ 78,1 % (n = 150).

Die nach niedriger bzw. höherer sozialer Unterstützung stratifizierte Auswertung ergab, dass nur eine der vier Fragen, „mein Arzt fragt mich nach persönlichen Belastungen“, in der Subpopulation der Patient*innen mit niedriger sozialer Unterstützung signifikant seltener von den älteren Personen bejaht wurde (45,5 %, n = 15 vs. 63,4 %, n = 92; p = 0,034). Für die anderen drei Variablen wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden.

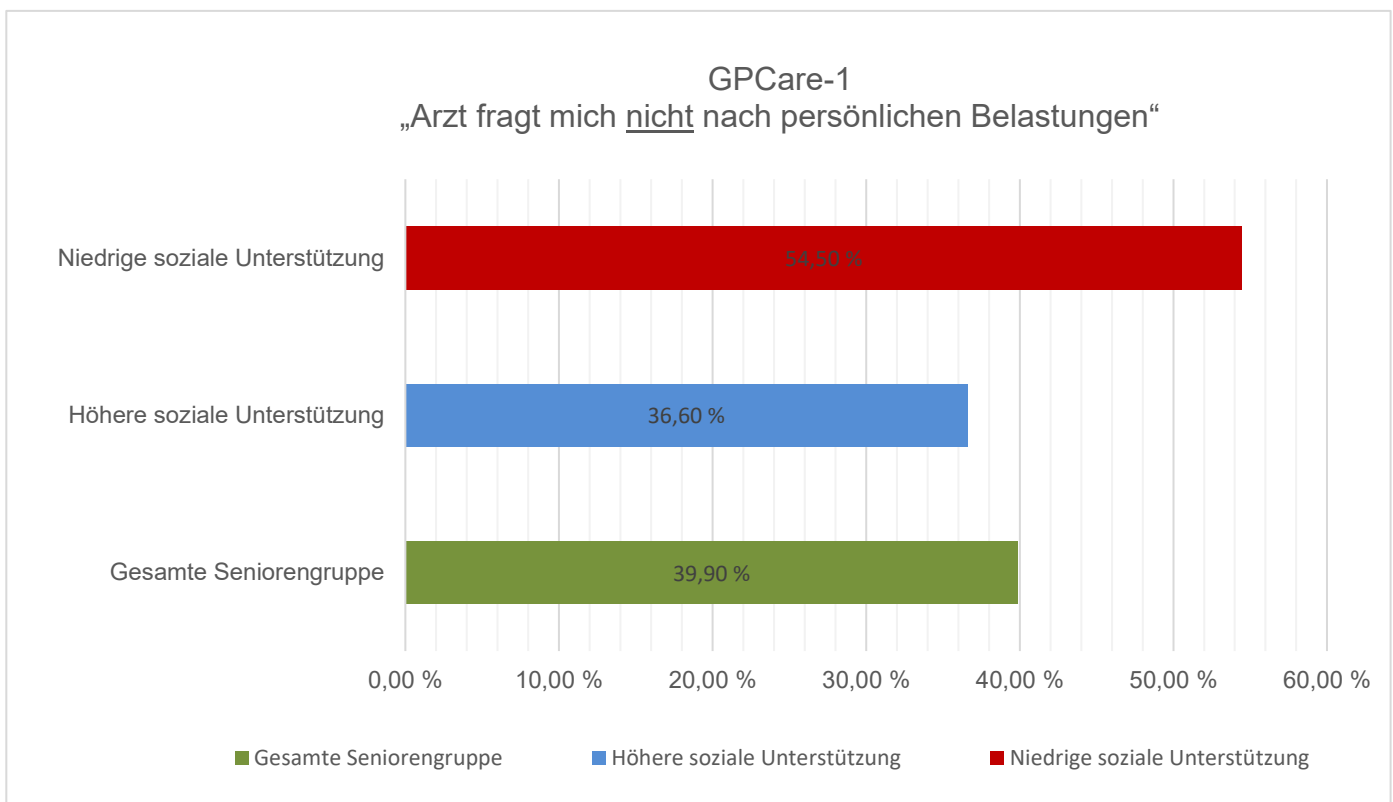


Abb.5: GPCare-1: Darstellung der Ergebnisse für die Verteilung von sozialer Unterstützung bei der Kommunikationserfahrung „Arzt fragt mich nicht nach persönlichen Belastungen“

Tab 3: GPCare-1: Kommunikationserfahrungen der Teilnehmenden mit ihren HÄ insgesamt und stratifiziert nach niedriger und höherer sozialer Unterstützung

	Studienpopulation n = 213		Subpopulation mit niedriger sozialer Unter- stützung n = 36		Subpopulation mit höherer sozialer Unter- stützung n = 164		p-value
	n*	%*	n*	%*	n*	%*	
Kommunikationserfahrung (Zustimmung)							
Mein Arzt fragt mich nach persönlichen Belastungen	113	60,1	15	45,5	92	63,4	0,034
Mein Arzt nimmt sich Zeit für mich und meine Anliegen	129	69,7	20	64,5	104	70,7	0,354
Mein Arzt vermittelt mir ein gutes Gefühl beim Gespräch über sensible Themen	129	70,9	19	63,3	105	72,4	0,166
Ich fühle mich durch meinen Arzt ernstgenommen	150	78,1	25	73,5	119	79,3	0,662

*% und n werden angegeben, wenn nicht anders gekennzeichnet.

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Diese Studie zeigt, dass eine niedrige soziale Unterstützung sowohl bei Senioren in der Allgemeinbevölkerung als auch im hausärztlichen Setting ein weit verbreitetes soziales Problem darstellt. In der repräsentativen DEGS1-Studie wiesen 14,6 % der älteren Teilnehmenden eine niedrige soziale Unterstützung auf, während der Anteil in der GPCare-1-Studie mit etwa 18 % etwas höher lag. Diese quantitativen Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz sozialer Unterstützung in der Patientenversorgung. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden aus der nationalen und internationalen Literatur (Borgmann et al., 2017; Sonnenberg et al., 2013; Zhang et al., 2007).

Die bivariaten Analysen ergaben signifikante Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Faktoren wie Haushaltsgröße (DEGS1), subjektiver Gesundheit (DEGS1 und GPCare-1) sowie depressiver Symptomatik (DEGS1 und GPCare-1). Zudem wurden psychosozialen Faktoren aus der Perspektive der Patient*innen im hausärztlichen Setting erfasst und die damit verbundenen Kommunikationspräferenzen analysiert. Dabei wurde deutlich, dass Senioren mit niedriger sozialer Unterstützung seltener die Erfahrung machten, im hausärztlichen Gespräch nach ihren persönlichen Belastungen gefragt zu werden. Gerade jene, die potenziell am meisten Unterstützung benötigen, erleben somit weniger Raum, ihre individuellen Sorgen und Belastungen zu äußern, was auf eine wichtige Versorgungslücke im hausärztlichen Kontext hinweist. Für die Variablen „Mein Arzt nimmt sich Zeit für mich und meine Anliegen“, „vermittelt mir ein gutes Gefühl beim Gespräch über sensible Themen“ und „ich fühle mich ernst genommen“ wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Subpopulationen festgestellt. Dennoch verneinten durchschnittlich 27 % der Befragten die Frage, ob sie von ihren HÄ nach persönlichen Belastungen gefragt worden seien, wobei dieser nicht unerhebliche Anteil auf ein mögliches Kommunikationsdefizit im hausärztlichen Gespräch hinweisen könnte.

4.2 Assoziationen von sozialer Unterstützung, depressiven Symptomen und subjektiver Gesundheit

Der Begriff Gesundheit umfasst nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten und Behinderung, sondern insbesondere auch das körperliche, geistige und soziale

Wohlbefinden (WHO, 1948). In diesem Zusammenhang wird der subjektive Gesundheitszustand häufig anhand der Selbsteinschätzung beurteilt (Lampert et al., 2018), was auch in der vorliegenden Studie der Fall ist. Laut der GEDA 2014/2015-EHIS bewerteten 54,3 % der Frauen und 50,2 % der Männer im Alter von 65 Jahren und älter in Deutschland ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ (Lampert et al., 2018). Dies deutet auf eine weit verbreitete Unzufriedenheit hin, die von den Betroffenen häufig als Belastung wahrgenommen wird (Lampert et al., 2018; Machón et al., 2017). Die Querschnittsstudie von Machón et al. (Machón et al., 2017) mit $n = 800$ Proband*innen (≥ 65 Jahre), die einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und subjektiver Gesundheit untersuchte zeigte, dass etwa 67 % der älteren Erwachsenen mit geringer sozialer Unterstützung ihre Lebensqualität als schlecht bewerteten (Machón et al., 2017). In der Literatur wird dies weiter auch mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten depressiver Symptome (Strine et al., 2008) und für ungesunde Verhaltensweisen wie Rauchen und Adipositas in Verbindung gebracht (Strine et al., 2008). Ein Review von Holt-Lunstad et al. (2010) mit 308.849 Teilnehmern aus 148 Studien ergab ebenfalls, dass fehlende soziale Unterstützung ein Risikofaktor für schlechte Gesundheit und sogar Mortalität ist. Interessanterweise ergab der Faktor „alleinlebend“ keinen vergleichbar starken Zusammenhang (Holt-Lunstad et al., 2010), was durch die vorliegende Analyse nur zum Teil unterstützt wird: Während im DEGS1 die Gruppe mit geringer sozialer Unterstützung signifikant häufiger allein lebte (28,3 % ($n = 86$) vs. 21,2 % ($n = 356$); $p = 0,029$), zeigte die GPCare-1 keine signifikanten Ergebnisse ($p = 0,417$).

Bezüglich der Resilienz wurde in einer Studie von Weitzel et al. (2023) mit insgesamt $n = 2.410$ Seniorinnen und Senioren ab 65 Jahren ein signifikanter Zusammenhang zwischen besserer sozialer Unterstützung, einem größeren sozialen Netzwerk und höherer Resilienz im Alter festgestellt (Weitzel et al., 2023). Insgesamt bestätigen die DEGS1- und GPCare-1-Studien diesen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Unterstützung: In der DEGS1-Analyse litten 58,6 % der Teilnehmenden mit geringer sozialer Unterstützung unter einer schlechten Gesundheitswahrnehmung (58,6 %, $n = 164$ vs. 41,8 %, $n = 685$, $p < 0,001$). In der GPCare-1-Studie war der Anteil mit 63,9 % sogar noch höher (63,9 %, $n = 23$ vs. 39,3 % $n = 64$, $p = 0,007$). Dies bestätigt die in

Abschnitt 1.5 aufgestellte Hypothese 1, dass geringe soziale Unterstützung mit einer schlechten Gesundheit korreliert.

Der Anteil depressiver Symptome bei älteren Patient*innen mit wahrgenommener geringer sozialer Unterstützung lag in Hausarztpraxen bei nahezu 60 % (57,1 %, n = 16), was einen deutlichen Gegensatz zu denjenigen darstellt, die eine ausreichende Unterstützung angaben (8,3 %, n = 11, $p < 0,001$). Die Betroffenen bewerteten ihre Gesundheit als schlecht: im DEGS1 gaben 58,6 % ($p < 0,001$) und im GPCare-1 63,9 % ($p = 0,007$) eine negative Einschätzung an. Diese Ergebnisse weisen auf eine starke Assoziation zwischen geringer sozialer Unterstützung und depressiven Symptomen hin, wodurch die zuvor aufgestellte Hypothese 2 bezüglich depressiver Symptome bestätigt werden kann.

Diese Ergebnisse stimmen mit der bestehenden Literatur überein, die die Bedeutung sozialer Unterstützung für die psychische Gesundheit unterstreicht (Bøen et al., 2012; Weitzel et al., 2023). Erwähnenswert ist die prospektive Kohortenstudie von Conde-Sala et al. aus dem Jahr 2018, die auf Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe basiert und eine Stichprobenanzahl von n = 31.491 Proband*innen (≥ 65 Jahre) umfasst. Die Studie beschäftigte sich mit der Prävalenz depressiver Symptome in Europa sowie den damit verbundenen Risikofaktoren (Conde-Sala et al., 2019). Depressive Symptome wurden dabei mit dem EURO-D erfasst (Conde-Sala et al., 2019). Die Ergebnisse ergaben, dass die Prävalenz in den Kontinentalgebieten (Schweiz, Luxemburg, Österreich, Deutschland, Belgien, Frankreich) bei 27,3 % lag (Conde-Sala et al., 2019). Zudem ergab die Studie, dass depressive Symptome unter anderem mit einer geringeren selbst eingeschätzten Gesundheit und gleichzeitig bestehender Einsamkeit assoziiert sind (Conde-Sala et al., 2019).

Ein kleines soziales Netzwerk und eine mangelhafte soziale Integration können die Erholung von psychischen Störungen insgesamt erschweren (Caple et al., 2023). Bøen et al. zeigten im Jahr 2012 die Verbindung zwischen sozialer Unterstützung und depressiven Symptomen. Von den insgesamt n = 2.387 älteren Teilnehmenden (≥ 65 Jahre), die in Oslo lebten, litten 25 % mit mangelnder sozialer Unterstützung signifikant unter depressiven Symptomen (Bøen et al., 2012). Soziale Unterstützung als eine

schützende Ressource (Borgmann et al., 2017; Bøen et al., 2012; Cohen und Hoberman, 1983; Cohen und Wills, 1985), sollte daher im Gesundheitssystem stärker gefördert werden. Im Rahmen des Konzepts der Ressourcenstärkung in der modernen Medizin spielt soziale Unterstützung zudem eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens (Bøen et al., 2012; Weitzel et al., 2023).

Das RKI 2019 wies in seiner Studie „Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2“ nach, dass speziell die Depression bei älteren Menschen gut diagnostiziert werden kann (Hapke et al., 2019). Allerdings weist die Literatur darauf hin, dass sich die Art der depressiven Symptome im Alter im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen verändert (Gallo et al., 2005). Laut Jeste et al. sollten daher für ältere Menschen die Messinstrumente zur Erfassung von Depressivität angepasst werden (Jeste et al., 2005). Im Alter treten verstärkt Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit oder körperliche Beschwerden auf (Gallo et al., 2005). Diese Veränderungen führen dazu, dass die klassischen Diagnosekriterien für Depressionen nach International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10) oft nicht ausreichen, um eine Depression zu diagnostizieren, obwohl die betroffenen Personen Anzeichen wie gedrückte Stimmung und Freudlosigkeit zeigen (Wolter et al., 2016). Infolgedessen können sie durch das diagnostische Raster fallen, obwohl eine therapeutische Intervention notwendig wäre (Wolter et al., 2016). Besonders viele ältere Menschen sind von dieser Form der Depression betroffen, die als „subsyndromale Depression“ bezeichnet wird (Wolter et al., 2016). In der vorliegenden Studie wurde daher die kurze Version des PHQ-9, das PHQ-2, als Messinstrument gewählt. Die erwähnte Definition der subsyndromalen Depression stützt die Annahme, dass die Erfassung depressiver Symptome bei älteren Menschen besonders wichtig ist und der Schweregrad dieser Symptome oft unterschätzt wird (Niklewski und Baldwin, 2003).

Zusammenfassend sind biopsychosoziale Faktoren für die ältere Generation, insbesondere im hausärztlichen Setting, von großer Bedeutung. Die Förderung von Selbstwirksamkeit und Ressourcenstärkung sollte ein zentrales Ziel der Betreuung und

Gesundheitsförderung darstellen (Cohen und Hoberman, 1983; Steinbeisser et al., 2024; Weitzel et al., 2023). HÄ übernehmen als erste Anlaufstelle für ältere Menschen eine besonders entscheidende Funktion bei der Erhebung der sozialen Unterstützung (Höhne et al., 2009). Es wird deutlich, dass die frühzeitige Erkennung psychosozialer Probleme wie geringer sozialer Unterstützung im Zusammenhang mit depressiven Symptomen und Gesundheitswahrnehmung ein wichtiges Thema der Fachliteratur und der Allgemeinmedizin ist. Daher sind Verbesserungen der diagnostischen und therapeutischen Strategien zur Identifikation depressiver Symptome sowie eines schlechten subjektiven Gesundheitszustands notwendig, um die HÄ in der Unterstützung älterer Patient*innen zu stärken.

4.3 Detektion von psychosozialen Themen und Kommunikationserfahrungen von Patient*innen

In dieser Studie wurden die psychosozialen Faktoren aus der Sicht der Patient*innen in Hausarztpraxen erfasst und die damit verbundenen Kommunikationspräferenzen hinsichtlich der Wahrnehmung der Qualität der hausärztlichen Kommunikation analysiert. Über die Hälfte der Teilnehmenden mit geringer sozialer Unterstützung (54,5 %) gab an, dass die HÄ nicht nach psychosozialen Problemen fragten. Das Fehlen gezielter Nachfragen zu psychosozialen Problemen könnte auf eine unzureichende Identifikation sozialer Teilhabe oder anderer psychosozialer Herausforderungen sowie auf das Fehlen effektiver Lösungsansätze seitens der HÄ hinweisen. Jedoch stärkt ein frühzeitiges Ansprechen solcher Themen das Vertrauen und die Wertschätzung zwischen Patient*innen und HÄ und kann somit die Grundlage für eine erfolgreiche medizinische Behandlung bilden (Ommen et al., 2011). Diese Ergebnisse bestätigen die dritte Hypothese.

Bei den Fragen „nimmt sich Zeit für mich und meine Anliegen“, „vermittelt mir ein gutes Gefühl beim Gespräch über sensible Themen“ und „fühle mich ernst genommen“, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit niedriger und höherer sozialer Unterstützung. Jedoch sollte die Nichtbeantwortung dieser Fragen durch 27 % der Senioren nicht unbeachtet bleiben, da dies auf mögliche Barrieren in der Studiendurchführung oder in der Kommunikation hinweist. Um langfristig die Qualität der

Versorgung sicher zu stellen, sind zu dieser Thematik weitere qualitative Studien erforderlich.

Laut der aktuellen Literatur, herrschen beim Thema Detektion von psychosozialen Problemen der geringen bzw. fehlenden sozialen Unterstützung im Zusammenhang mit depressiven Symptomen oder schlechter subjektiver Gesundheit von Patient*innen in Hausarztpraxen immer noch konträre Ergebnisse vor. Zimmermann et al. (2018) zeigten, dass HÄ häufig mit sozialen Problemen konfrontiert werden und diese auch wahrnehmen (Jobst und Joos, 2014; Zimmermann et al., 2018). Dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass sie unzureichende Unterstützung für die Behandlung der betroffenen Patient*innen erhalten (Zimmermann et al., 2018).

Eine Studie aus dem Jahr 2018 von Due et al. zeigte dagegen die Schwierigkeit psychosoziale Probleme, Einsamkeit und soziale Teilhabe in Hausarztpraxen zu erkennen (Due et al., 2018). Due et al. untersuchten beide Perspektiven, die der Patient*innen und die der HÄ. Die Korrelation zwischen den Antworten der Teilnehmenden und HÄ war gering, Kappa 0,04 bis 0,26 (Due et al., 2018). Nur ein Drittel der Patient*innen (29,7 %) mit geringer sozialer Teilhabe konnten von den HÄ korrekt identifiziert werden (Due et al., 2018). Die Ergebnisse dieser Studie wiesen auf, dass eine Fehleinschätzung sich verstärkte, wenn Patient*innen nicht allein lebten oder als sozial gut eingebunden wahrgenommen wurden (Due et al., 2018).

Obwohl psychosoziale Probleme grundsätzlich erkannt werden, belegen zahlreiche Studien, dass HÄ unsicher im Umgang mit solchen Themen sind (Knesebeck et al., 2010). Knesebeck et al. zeigten 2010, dass Unsicherheit vor allem in Bezug auf die Diagnosestellung psychosozialer Probleme herrscht. In der Studie gaben knapp 70 % der befragten Ärzt*innen an, die Diagnose Depression sicher gestellt zu haben, während etwa 30 % hierzu keine eindeutige Aussage treffen konnten (Knesebeck et al., 2010). Diese Unsicherheit könnte die Diskrepanz zwischen der ärztlichen Wahrnehmung laut Literatur und den in der vorliegenden Studie berichteten Erfahrungen der Patient*innen erklären.

Ein weiteres Hindernis scheint der Mangel an geeigneten und klaren Unterstützungssystemen für die Betroffenen mit psychosozialen Problemen zu sein. Die Vernetzung von HÄ mit sozialen Unterstützungsdiensten könnte dabei helfen, diese

Herausforderungen besser zu bewältigen. Zimmermann et al. stellten 2018 fest, dass sich für die in ihrer Studie skizzierten Probleme immerhin 22 - 30 % der HÄ eine Hotline wünschten, die sie bei diesen spezifischen Fragen anrufen können. Um zu erlernen mit den jeweiligen Problemen besser umgehen zu können, wünschten sich insgesamt 14 - 25 % eine Internetplattform und 14 - 20 % eine geeignete Schulung (Zimmermann et al., 2018). Dies zeigt, dass ein nennenswerter Teil der HÄ den Bedarf an zusätzlichen Informationen oder Koordinierung erkennt und Schulungen benötigt und diese sogar wünscht, um Unsicherheiten zu beseitigen.

Die Studie von Ashcroft et al. (2018) untersucht das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen. Befragt wurden dabei Sozialarbeiter*innen, die in den Family Health Teams in Ontario, Kanada, tätig sind. Die Autoren deckten auf, dass Ärzte oft nicht wissen, wie Sozialarbeit überhaupt zur Patientenversorgung beitragen kann. Schwierigkeiten und oft auch Misserfolge von Lösungsversuchen der psychosozialen Probleme der Patient*innen scheinen sich in organisatorischen Aspekten zu begründen (Ashcroft et al., 2018; Kriegel et al., 2020). Mithilfe eines stabilen Netzwerks an Unterstützungsangeboten können HÄ sinnvoll eine altersspezifisch angepasste Zuweisungsfunktion übernehmen (Höhne et al., 2009).

Im Folgenden werden verschiedene strukturelle Ansätze zu Netzwerkmodellen und Koordinationsmechanismen vorgestellt, die eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssystem fördern sollen und insbesondere für die Allgemeinmedizin von Relevanz sind (McMurray et al., 2021; Meier-Baumgartner und Dapp, 2001; Thapa et al., 2022).

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Sozialarbeit*innen verbessert die gesundheitlichen Ergebnisse der Patient*innen erheblich, wie der subjektiven Gesundheit, der Funktionsfähigkeit, des Selbstmanagements und Verringerung der psychosozialen Morbidität (McGregor et al., 2018). Ein Beispiel hierfür ist das multidisziplinäre Community Health Team-Programm (CHT) Thundermist von Thapa et al. (2022), das eine enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachkräften des Gesundheits- und Sektors fördert, um die Primärversorgung und soziale Unterstützung zu verbessern. Medizinische und nicht-medizinische Unterstützungsangebote werden somit strukturell miteinander verknüpft und koordiniert

bereitgestellt, um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen (Thapa et al., 2022). Thapa et al. kamen zu dem Schluss, dass ein maßgeschneiderter Ansatz für Patient*innen in der Primärversorgung von großer Bedeutung ist (Thapa et al., 2022).

Die aktuelle Literatur für Deutschland zeigt ebenfalls Ansätze für verschiedene Interventionsmaßnahmen in Form von Netzwerkmodellen, wie Social Prescribing Programme oder sogenannte integrierte Primärversorgungszentren (IPVZ).

Das Prinzip des Social Prescribing besteht darin, medizinische Behandlungen durch soziale Kontakte und Aktivitäten zu ergänzen (Herrmann und Napierala, 2024). Dabei überweisen Fachkräfte der Primärversorgung bestimmte Patient*innen an sogenannte Link Worker, die gezielt Maßnahmen zur Förderung sozialer Teilhabe vermitteln (Herrmann und Napierala, 2024). Integrierte Primärversorgungszentren (IPVZ) verfolgen das Ziel, medizinische und soziale Versorgung unmittelbar miteinander zu verknüpfen (Herrmann und Napierala, 2024). In Deutschland wird dieses Versorgungsmodell durch die sogenannten PORT Zentren (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) umgesetzt (Herrmann und Napierala, 2024).

Im Folgenden soll ein Modell exemplarisch näher betrachtet werden, das bereits im Jahr 2001 von Meier-Baumgartner und Dapp entwickelt wurde. Es beschreibt ein geriatrisches Netzwerk, in dem niedergelassene Ärzt*innen und geriatrische Kliniken über Koordinierungs- und Beratungsstellen miteinander vernetzt sind (Meier-Baumgartner und Dapp, 2001). Dieses geriatrische Netzwerk soll im Bereich der Vernetzung und Koordination unterstützend durch zwei Maßnahmen ansetzen (Meier-Baumgartner und Dapp, 2001). Es gibt mehrere Fragebögen, sogenannte Screenings, die den unterschiedlichen Gruppen (HÄ, Sozialpädagogen und Patient*innen) vorgelegt werden. Die Ergebnisse werden dem HÄ mitgeteilt und somit können die Therapievorschlüsse auf die Patient*innen zugeschnitten werden. Als letzten Schritt werden den HÄ eine enge Zusammenarbeit mit einem interdisziplinär arbeitenden Team der geriatrischen Klinik angeboten. Durch diese Synergie der Zusammenarbeit konnte ein besseres Netzwerk speziell an die individuelle Versorgung der Patient*innen angepasst und aufgebaut werden (Meier-Baumgartner und Dapp, 2001). Dennoch berichten Meier-Baumgartner und Dapp, dass es laut Einschätzungen der Sozialpädagogen den HÄ schwerfällt, über

die verschiedenen Institutionen und Einrichtungen Kenntnis zu erlangen und mit ihnen längerfristig in Verbindung zu stehen (Meier-Baumgartner und Dapp, 2001). Außerdem wird auch der Arbeitsaufwand der HÄ als Problem benannt, der einen Netzwerkaufbau nur erschwert zulässt (Meier-Baumgartner und Dapp, 2001).

Die Prävention und die Gesundheitsförderung gehören zu den Kernaufgaben der Hausarztmedizin, wie in der „European Definition of General Practice / Family Medicine“ von WONCA Europe (2023) festgelegt. Dazu zählen insbesondere die personenzentrierte Versorgung, die auf Kommunikation und partnerschaftlichem Handeln basiert, sowie die Koordination von Gesundheitsförderung, Prävention, Heilung, Pflege, Palliation und Rehabilitation. Ein ganzheitlicher Ansatz und gemeinschaftliche Orientierungen sind ebenfalls von zentraler Bedeutung. Diese grundlegenden Aufgaben der Hausarztmedizin sind somit klar definiert. Dennoch sind die Grundlagen der Arzt-Patienten-Kommunikation (Ommen et al., 2011) und die sogenannte Lotsenfunktion der HÄ oft schwer in die tägliche Praxis zu integrieren und erfordern eine grundlegende Optimierung (Höhne et al., 2009; Ommen et al., 2011).

Die Verbindung von Kommunikationsqualität und sozialer Unterstützung aus der Perspektive der Patient*innen stellt eine bislang wenig untersuchte Dimension dar. Es bleibt zu klären, wie die Ausbildung und Unterstützung von HÄ verbessert werden können, um psychosoziale Probleme frühzeitig zu erkennen und angemessen zu behandeln. Gezielte Schulungen sowie ein stabiles Netzwerk von Unterstützungsdiensten könnten dazu beitragen, die personenzentrierte Kommunikation zu fördern und die Vernetzung mit sozialen Diensten zu verbessern. Diese Maßnahmen könnten organisatorische und diagnostische Lücken schließen und die Behandlungsergebnisse, insbesondere bei älteren Menschen, positiv beeinflussen.

Durch gezielte Befragung könnten HÄ potenziell einen indirekten oder sogar direkten Einfluss auf die Gesundheit älterer Menschen ausüben. In diesem Kontext könnte die Kombination der in der vorliegenden Studie eingesetzten Messinstrumente (Oslo Social Support Scale, PHQ-2 und der Frage nach dem subjektiven Gesundheitsempfinden) in Verbindung mit dem Fokus auf soziale Unterstützung einen vielversprechenden Ansatz für die ganzheitlichen Erfassung psychosozialer Probleme und deren Integration in den hausärztlichen Arbeitsalltag darstellen.

4.4 Stärken und Limitationen der Studie

Innovativ werden in der vorliegenden Studie Patient*innen 65 Jahre und älter mit niedriger gegenüber höherer sozialer Unterstützung im Hinblick auf die Arzt-Patienten-Kommunikation untersucht. Hierfür wurde die DEGS1 als bevölkerungsbasierte Studie verwendet, die repräsentative Ergebnisse für die deutsche Bevölkerung liefert. Einer der wichtigsten Bereiche dieser Arbeit gilt der näheren Betrachtung der Hausarztmedizin, hier erweitert GPCare-1 die Daten des DEGS1 mit Zahlen eines Querschnitts direkt aus dem hausärztlichen Setting.

Die Kommunikationserfahrungen mit HÄ wurden mit Hilfe eines quantitativen Ansatzes, in Form eines Fragebogens, gewonnen. In DEGS1 und in GPCare-1 wird die Oslo Social Support Scale verwendet, die eine hohe Vorhersagekraft und Validität sowie eine gute Konstruktivität aufweist (Bøen et al., 2012) und dafür bekannt ist, dass sie verschiedene Aspekte der sozialen Unterstützung erfasst (Kocalevent et al., 2018). Um viele Menschen erreichen zu können und mögliche Sprachbarrieren zu reduzieren wurde der GPCare-1-Fragebogen in den Sprachen Deutsch, Arabisch, Türkisch, und Englisch angeboten.

Der Anteil der älteren Studiengruppe in der GPCare-1-Studie war aufgrund des SARS-CoV-2-Lockdowns während der Datenerhebungsphase niedriger als erwartet. Außerdem wurde hier keine Altersbeschränkung vorgenommen, da der Rücklauf der älteren Menschen ab 79 Jahren ausreichend war, im Gegensatz zum DEGS1. Zudem könnte ein Selektionsbias durch die freiwillige Teilnahme der Hausarztpraxen bestehen. Trotz der Limitierungen, deren Einfluss auf die Analysen als gering eingeschätzt wird, liefern die Ergebnisse des GPCare-1-Datensatzes wichtige und aussagekräftige Tendenzen.

4.5 Schlussfolgerung und Perspektiven

Angesichts der erheblichen Auswirkungen der sozialen Belastung auf die Gesundheit und des fortschreitenden demographischen Wandels sind weitere Strategien erforderlich, um den Bedürfnissen von Senioren mit geringer sozialer Unterstützung in Hausarztpraxen und darüber hinaus besser gerecht zu werden. Laut dem Gesundheitsbericht des RKI von 2015 ist eine gute psychische Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass ältere Menschen ihren Alltag gut bewältigen, soziale Teilhabe erhalten und eine hohe Lebensqualität aufrechterhalten können (RKI, 2015). Zudem zeigt die Forschung, dass vulnerable ältere Erwachsene mit einem begrenzten oder instabilen sozialen Netzwerk

Schwierigkeiten haben, praktische Hilfe in Anspruch zu nehmen und zusätzlich auf externe soziale Unterstützung angewiesen sind, um ihre Lebenszufriedenheit zu steigern (Cihlar et al., 2023). Dies verdeutlicht den dringenden Forschungsbedarf zu Kommunikationstechniken in der medizinischen Versorgung, insbesondere im hausärztlichen Setting, der für viele ältere Menschen die erste und oft einzige Anlaufstelle im Gesundheitssystem ist.

Die Ergebnisse der Kommunikationsfragen bieten wertvolle Einblicke in die Primärversorgung älterer Patient*innen mit geringer sozialer Unterstützung. Sie empfinden, dass HÄ zu wenig nach psychosozialen Problemen fragen. Gleichzeitig zeigt die Untersuchung, dass sie die Hausarztpraxis jedoch nicht häufiger aufsuchen als Menschen mit höherer sozialer Unterstützung. Diese Ergebnisse legen nahe, dass gerade jene Patient*innen, die potenziell am stärksten auf Unterstützung angewiesen wären, häufig weniger Gelegenheit finden, ihre individuellen Sorgen und Belastungen zur Sprache zu bringen. Der Bedarf an gezielten Interventionen für Menschen mit geringer sozialer Unterstützung ist somit besonders hoch, zumal dieser Bedarf nicht allein über die Häufigkeit von Hausarztbesuchen erkennbar ist. In der Literatur wird sogar empfohlen, kostenlose Interventionen zu fördern, die die soziale Unterstützung zur Verbesserung der psychischen Gesundheit stärken (Bøen et al., 2012). Doch nicht nur für Interventionsansätze bedarf es weiterer Forschung, sondern auch für geeignete Messinstrumente, um geringe soziale Unterstützung bei älteren Menschen zuverlässig zu erfassen. Hier könnte das validierte Instrument OSSS-3 von Nutzen sein, wie die vorliegende Studie zeigt.

Angesichts der demografischen Veränderungen in unserer Gesellschaft wird die Notwendigkeit deutlich, die „questions rarely asked“ zu überdenken. Die vorliegende Studie könnte dazu beitragen, psychosoziale Aspekte, insbesondere das Thema soziale Unterstützung, schneller zu identifizieren und besser in den Alltag von HÄ zu integrieren. Dadurch könnte die Diskrepanz zwischen den Perspektiven von Patient*innen und Ärzt*innen verringert werden.

Ein multidisziplinäres Koordinationszentrum, wie das aus Deutschland vorgeschlagene Netzwerk für geriatrische Patient*innen von Meier-Baumgartner und Dapp oder Social

Prescribing Programme, könnten dazu beitragen, bestehende Informationslücken zu schließen und Unsicherheiten der HÄ im Umgang mit psychosozialen Problemen zu verringern. Ein solcher Ansatz könnte die Gesundheit der betroffenen Patientengruppe verbessern und indirekt das Mortalitätsrisiko senken (Holt-Lunstad et al., 2010). Weitere Forschung ist jedoch notwendig, da dieser Ansatz in Deutschland bislang nicht ausreichend umgesetzt oder wissenschaftlich evaluiert wurde. Ein standardisierter diagnostischer Ansatz, der die Ergebnisse dieser Studie und anderer relevanter Literatur berücksichtigt, könnte die Kommunikation zwischen HÄ und Patient*innen optimieren und das therapeutische Ergebnis verbessern. Dies würde auch die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen stärken, was wiederum positiv auf die Gesundheit und Compliance wirken würde (Ommen et al., 2011).

5. Zusammenfassung

Die wissenschaftliche Literatur belegt, dass eine niedrige soziale Unterstützung mit höherer Morbidität und sogar erhöhter Mortalität korreliert. Bei älteren Menschen ist das Risiko einer geringen sozialen Unterstützung aufgrund zunehmender funktioneller Einschränkungen und meist abnehmender sozialer Netzwerke deutlich höher. Angesichts des demographischen Wandels ist dies von besonderer Relevanz und erfordert auch weiterführende Forschungen im hausärztlichen Setting. HÄ spielen eine zentrale Rolle bei der Identifikation und Behandlung dieser Risikogruppen.

Diese Studie untersucht als eine der ersten den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und verschiedenen Gesundheitsindikatoren bei Senioren (65 Jahre und älter) mittels dual-data approach, d.h. bevölkerungsrepräsentative Daten (DEGS1) und Daten aus dem hausärztlichen Setting (GPCare-1). In beiden Datensätzen wurden Subgruppen von älteren Personen mit niedriger im Vergleich zu höherer sozialer Unterstützung unter Verwendung univariater und bivariater statistischer Analyseverfahren verglichen. Der DEGS1-Datensatz umfasste 2.049 Senioren. Eine geringe soziale Unterstützung stellte hier ein weitverbreitetes Phänomen dar: 14,6 % der Senioren erhielten nur wenig Unterstützung. Diese Gruppe wies im Vergleich zu Personen mit höherer Unterstützung eine signifikant höhere Prävalenz von schlechter subjektiver Gesundheit (58,6 % vs. 41,8 %) und depressiven Symptomen (16,3 % vs. 5,6 %) auf. Unter den Senioren der GPCare-1-Studie (n = 213 von 813) betrug die Prävalenz von geringer sozialer Unterstützung 18 %. Ähnlich wie im DEGS1-Datensatz hatten diese Patient*innen eine signifikant höhere Prävalenz von depressiven Symptomen (57,1 % vs. 8,3 %, $p < 0,001$) und berichteten von einer schlechteren subjektiven Gesundheit (63,9 % vs. 39,3 %, $p = 0,007$) im Vergleich zur Gruppe mit höherer sozialer Unterstützung. Besonders auffällig ist, dass Senioren mit geringer sozialer Unterstützung signifikant seltener angaben, von ihrem Arzt nach persönlichen Belastungen gefragt worden zu sein (45,5 % vs. 63,4 %, $p = 0,034$).

Diese Erkenntnisse sind von großer Relevanz, da sie einen bisher in der Literatur wenig beachteten Zusammenhang aufzeigen und neue Perspektiven für die ärztliche Betreuung von Senioren mit geringer sozialer Unterstützung eröffnen. Angesichts der wichtigen

Rolle, die soziale Unterstützung für die Gesundheit älterer Menschen spielt, vor allem im Kontext des demographischen Wandels, sind effektive Strategien zur Förderung der sozialen Unterstützung für Senioren nötig. Diese sollten insbesondere durch die hausärztliche Versorgung implementiert und begleitet werden.

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eigene Darstellung der sozialen Unterstützung auf der Grundlage von Cohan und Hoberman, 1983; Cohan und Wills, 1985; Grav et al., 2011 und Schulz und Schwarzer, 2004	10
Abbildung 2: Übersicht der DEGS1- und GP-Care-1-Studienpopulation	17
Abbildung 3: DEGS1: Darstellung der Ergebnisse der Senioren für die Verteilung von sozialer Unterstützung bei schlechtem Gesundheitszustand sowie bei depressiven Symptomen	27
Abbildung 4: GPCare-1: Darstellung der Ergebnisse der älteren Patient*innen für die Verteilung von sozialer Unterstützung bei schlechtem Gesundheitszustand sowie bei depressiven Symptomen	30
Abbildung 5: GPCare-1: Darstellung der Ergebnisse für die Verteilung von sozialer Unterstützung bei der Kommunikationserfahrung „Arzt fragt mich <u>nicht</u> nach persönlichen Belastungen“	31

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: DEGS1: Teilnehmende über 64 Jahre: Soziodemografische und medizinische Merkmale. Gesamtstichprobe und Vergleich nach sozialer Unterstützung, gewichtet	25
Tabelle 2: GPCare-1: Soziodemografische und gesundheitliche Merkmale der älteren Teilnehmenden (Gesamtstichprobe stratifiziert nach niedriger und höherer sozialer Unterstützung)	28
Tabelle 3: GPCare-1: Kommunikationserfahrungen der Teilnehmenden mit ihren HÄ insgesamt und stratifiziert nach niedriger und höherer sozialer Unterstützung	32

8. 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; Jul-Aug; 8 (4): 348 – 353

Ashcroft R, McMillan C, Ambrose-Miller W, McKee R, Brown JB. The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. *Health Soc Work* 2018; 43 (2): 109 – 117

Barrera M. Distinctions between Social Support Concepts, Measures and Models. *Am J Community Psychol* 1986; 14: 413 - 445

Bøen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr* 2012; 12: 27

Borgmann LS, Rattay P, Lampert T. Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *J Health Monit* 2017; 2 (4): 117 - 123

Brenk-Franz K, Hunold G, Galassi J P, Tiesler F, Herrmann W, Freund T, Steurer-Stey C, Djalali S, Sönnichsen A, Schneider N, Gensichen J. Quality of the physician-patient relationship - Evaluation of the German version of the Patient Reactions Assessment (PRA-D). *ZFA Z Allg Med* 2016; 92 (3): 103 – 108

Caple V, Maude P, Walter R, Ross A. An exploration of loneliness experienced by people living with mental illness and the impact on their recovery journey: An integrative review. *Psychiatric Ment Health Nurs* 2023; 30: 1170 – 1191

Cihlar V, Micheel F und Mergenthaler A. Multidimensional vulnerability among older adults in Germany. *Z Gerontol Geriatr* 2023; 56: 654 – 660

Cohen S und Hoberman H M. Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress¹. *J Appl Soc Psychol* 1983; 13 (2): 99 – 125

Cohen S und Wills T A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98 (2): 310 – 357

Cohrdes C und Bretschneider J. Can social support and physical activity buffer cognitive impairment in individuals with depressive symptoms? Results from a representative sample of young to older adults. *J Affect Disord* 2018; 239: 102 – 106

Conde-Sala J L, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Turró-Garriga O und Vilalta-Franch J. Course of depressive symptoms and associated factors in people aged 65+ in Europe: A two-year follow-up. *J Affect Disord* 2019; 245: 440 – 450

Ding YY, Kuha J, Murphy M. Multidimensional predictors of physical frailty in older people: identifying how and for whom they exert their effects. *Biogerontology* 2017 Apr; 18 (2): 237 – 252

Drucksache, B. 16/10155, 2008: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Sibylle Laurischk, Ina Lenke, Miriam Gruß, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP–Drucksache 16/8301–Seniorinnen und Senioren in Deutschland. Gesamtherstellung. Berlin: H. Heenemann GmbH & Co

Due TD, Sandholdt H, Siersma VD, Waldorff FB. How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness? *BMC Fam Pract* 2018; 19 (1): 34

WONCA Europe. The European definition of general practice / family medicine (2023 ed.). Brussels: WONCA Europe, 2023

WHO Fact sheets. Mental health of older adults. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> 2017. Abgerufen 03.03.2024

Fydrich T, Geyer M, Hessel A, Sommer G, Brähler E. Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 1999; Oct 45 (4): 212 – 216

Fydrich T, Sommer G, Tydecks S, Brähler E. Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Z Med Psychol* 2009; Jan 1; 18 (1): 43 – 48

Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Ford DE. Patient ethnicity and the identification and active management of depression in late life. *Arch Intern Med* 2005; Sep 26; 165 (17): 1962 – 1968

Glaesmer H, Grande G, Braehler E, Roth M. The German Version of the Satisfaction With Life Scale (SWLS). *Eur J Psychol Assess* 2011; 27 (2): 127 – 132

Glaesmer H, Riedel-Heller S, Braehler E, Spangenberg L, Luppá M. Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *Int Psychogeriatr* 2011; 23 (8): 1294 – 1300

Gößwald A, Lange M, Dölle R, Hölling H. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Gewinnung von Studienteilnehmenden, Durchführung der Feldarbeit und Qualitätsmanagement. *BGBG* 2013; 56 (5-6): 611 – 619

Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P, Kurth B - M. DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesweite Quer- und Längsschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. *BGBG* 2012; 55 (6-7): 775 – 780

Grav S, Hellzèn O, Romild U und Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *J Clin Nurs* 2011; 21 (1-2), 111 – 120

Hapke U, Cohrdes C und Nübel J. Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich– Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *J Health Monit* 2019; 4 (4), 62 – 70

Herrmann W J, Napierala H. Care Models for Psychosocial Problems in Primary Care—A Survey on Awareness and Health Policy Assessment. *Dtsch Arztebl Int* 2024 Nov 1;121(22):748 – 749

Holt-Lunstad J, Smith T B, Layton B. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine* 2010; Vol.7: e1000316

Höhne A, Jedlitschka K, Hobler D, Landenberger M. Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland. Der Hausarzt als Lotse? [General practitioner-centred health-care in Germany. The general practitioner as gatekeeper]. *Gesundh-Wes* 2009; Jul; 71 (7): 414 – 422

Jeste D V, Blazer D G und First M. Aging-Related Diagnostic Variations: Need for Diagnostic Criteria Appropriate for Elderly Psychiatric Patients. *Biol Psychiatry* 2005; 58 (4), 265 – 271

Jobst D und Joos S. Soziale Patienten Anliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Z Allg Med* 2014; 90: 12

Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R, Schaffrath Rosario A, Dahm S, Kuhnert R Kurth B – M. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *BGBG* 2013; 56 (5-6): 620 – 630

Knesebeck Ov, Bönte M, Siegrist J, Marceau L, Link C, McKinlay J. Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter--Einflüsse von Patienten- und Arztmerkmalen [Diagnosis and therapy of depression in the elderly--influence of patient and physician characteristics]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010; 60 (3-4): 98 – 103

Knoll N und Schwarzer R. Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie: Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 2005, 333 – 349

Kocalevent R-D, Berg L, Beutel M E, 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 (1): 31

Kriegel J, Rissbacher C, Pölzl A, Tuttle-Weidinger L, Reckwitz N. Levers for integrating social work into primary healthcare networks in Austria. *Health Policy* 2020; 124 (1): 75 – 82

Kroenke K, Spitzer R L and Williams J B W. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Med Care* 2003; Vol. 41 (No. 11): 1284 – 1292

Krupp S. AG Assessment der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. S1-Leitlinie Geriatisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline, Version 11.07.2022, AWMF-Register-Nr. 084-002LG

Kurth B M. Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). BGBG 2012; 55 (8): 980 –990

Lampert T, Kroll L E, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozioökonomischer Status und Gesundheit : Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). BGBG 2013; 56 (5-6): 814 – 821

Lett H S, Blumenthal J A, Babyak M A, Catellier D J, Carney R M, Berkman L F, Burg M M, Mitchell P, Jaffe A S, Schneiderman N. Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. Int J Behav Med 2009; 16 (3): 248 – 258

Lett H S, Blumenthal J A, Babyak M A, Strauman T J, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. Psychosom Med 2005; 67 (6): 869 – 878

Lakey B und Cohen S. Social Support and Theory. In S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Eds.). Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. New York: OUP 2000, 29 – 52

Lampert T, Schmidtke C, Borgmann L S, Poethko-Müller C und Kuntz B. Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. J Health Monit 2018; 3 (2): 64 – 71

Machón M, Larrañaga I, Dorronsoro M, Vrotsou K, Vergara I. Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. BMC Geriatr 2017; 17 (1): 19

McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. Health Soc Care Community 2018; 26 (1): 1 – 13

McMurray A, Ward L, Yang L R, Connor M, Scuffham P. The Gold Coast Integrated Care Programme: The Perspectives of Patients, Carers, General Practitioners and Healthcare Staff. *Int J Integr Care* 2021; 21(2):18

Meier-Baumgartner H P und Dapp U. Geriatrisches Netzwerk: Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle. Schriftenreihe BMFSFJ, Band 204, Kohlhammer 2001

Moak Z B, Agrawal A. The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *J Public Health*. 2009; 32 (2): 191 – 201

Niklewski G, Baldwin R. Depressive Erkrankungen. In: Förstl H (Hrsg): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie*, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2003, 436 – 448

O'Connor R, Benavente J Y, Arvanitis M, Curtis L M, Eldeirawi K, Hasnain-Wynia R, Federman A D, Hebert-Beirne J, Wolf M S. Perceived Adequacy of Tangible Social Support and Associations with Health Outcomes Among Older Primary Care Patients. *J Gen Intern Med* 2019 Nov; 34 (11): 2368 – 2373

Ommen O, Thuem S, Pfaff H, Janssen C. The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: a cross-sectional survey of 2,197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire. *Int J Public Health* 2011; 56 (3): 319 – 327

Robert Koch-Institut. 8.2 Wie gesund sind die ältere Menschen? In: RKI (Hrsg): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI und Destatis. Berlin: RKI, 2015, 413 – 414

Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A, Hölling H, Lange M, Busch M A Dahm S, Dölle R, Ellert U, Fuchs J, Hapke U, Heidemann C, Knopf H, Laussmann D, Mensink G B M, Neuhauser H, Richter A, Sass A - C, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H, Thamm M und 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

Schulz U und Schwarzer R. Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *J Soc Clin Psychol* 2004; 23. Jg., 5: 716 – 732

Schwarzer R und Knoll N. Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *Int J Psychol* 2007; 42 (4): 243 – 252

Sonnenberg C M, Deeg D J H, van Tilburg T G, Vink D, Stek M L, Beekman A T F. Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *Int Psychogeriatr* 2013; 25 (1): 61 – 70

Statistische Bundesamt, Destatis. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-altersgruppen-deutschland.html>. Abgerufen 16.04.2023

Steinbeisser K, Brembeck S, Anderle L und Boldt C. Angebote zur Prävention von sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen im ländlichen Raum. *Präv Gesundheitsf* 2024; 19: 141 – 150

Strine T W, Chapman D P, Balluz L, Mokdad A H. Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. *Soc Psychiat Epidemiol* 2008;43: 151 – 159

Thapa B B, Li X, Galárraga O. Impacts of community-based care program on health care utilization and cost. *Am J Manag Care* 2022 Apr; 28 (4): 187-191

Uchino B N, Cacioppo J T und Kiecolt-Glaser J K. The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychol Bull* 1996: 488 – 531

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3

van Lente E, Barry M M, Molcho M, Morgan K, Watson D, Harrington J, McGee H. Measuring population mental health and social well-being. *Int J Public Health* 2012; 57(2):421–430

Vonneilich N und Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i1110-3.0>. BZgA (Hrsg.) 2022. Abgerufen 15.05.2023

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 (1): 87 – 94

Van der Feltz-Cornelis C M, Van Oppen P, Van Marwijk H W J, 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 (2): 115–120

Weitzel E C, Glaesmer H, Hinz A, Zeynalova S, Henger S, Engel C, Löffler M, Reyes N, Wirkner K, Witte A V, Villringer A, Riedel-Heller S G und Löbner M. Soziodemografische und soziale Korrelate selbstberichteter Resilienz im Alter – Ergebnisse der populationsbasierten LIFE-Adult-Studie. *BGBG* 2023; 66: 402 – 409

WHO. Active Ageing: A POLICY FRAMEWORK: A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002. In: WHO/NMH/NPH/02.8. 2002, p. 28

WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. 1948. <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Abgerufen 12.01.2025

Wilkinson R und Marmot M. Social determinants of health. The solid facts: Second edition 2003: 22 –23

Wolf M H, Putnam S M, James S A, Stiles W B. The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *J Behav Med* 1978; 1(4): 391 – 401

Wolter D K. Depressionen im höheren Lebensalter, Teil 1 : Entstehung, klinische Symptome, Diagnose und Wechselwirkung zwischen Depression und Demenz

[Depression in old age, part 1 : Origin, clinical symptoms, diagnosis and interaction between depression and dementia]. *Z Gerontol Geriatr* 2016 Jun;49 (4): 335 – 348

Zhang X, Norris S L, Gregg E W und Beckles G. Social Support and Mortality Among Older Persons With Diabetes. *Diabetes Educ* 2007; 33 (2), 273 – 281

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; 31: 81 – 89

9. Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde im Institut für Hausarztmedizin unter Betreuung von Univ.-Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA) durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte durch im Promotionsprogramm 2020. Die Datenerhebung der GPCare-1-Studie erfolgte durch die Teilnehmenden des Promotionsprogramm 2020, Frau Hunzelar, Frau Offenberg, Frau Oberholz, Herrn Ikar, Herrn Bockheim, Herrn Gavrilov und mich. Die Sekundärdaten stammten von der Deutschen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts. Der DEGS1-Datensatz wurde vom Forschungsdatenzentrum "Gesundheitsmonitoring" am Robert Koch-Institut (RKI) freundlicherweise zur Verfügung gestellt, welches vom Deutschen Datenforum nach einheitlichen und transparenten Standards akkreditiert ist (<http://www.ratswd.de/en/data-infrastructure/rdc>).

Das Thema der Promotion habe ich selbst gewählt. Das Analysekonzept und die statistischen Analysen wurden, nach Einarbeitung durch das leitende Team des Promotionsprogramms 2020, von mir eigenständig begleitet von Beratung durch Frau Kasten, Frau Krumpholz, Herrn Dr. Welchowski und Frau Univ.-Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann durchgeführt.

Bei der abschließenden Überarbeitung dieser Arbeit verwendete ich zum Teil ChatGPT, um die Lesbarkeit und Sprache des Manuskripts zu verbessern. Nach der Verwendung dieses Tools habe ich die einzelnen Passagen überprüft und bearbeitet. Ich übernehme die volle Verantwortung für den Inhalt der veröffentlichten Dissertationsschrift.

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

10. Veröffentlichungen

Andere Fragestellungen der GPCare-1-Studie wurden durch andere Promovenden des Promotionsprogramms bearbeitet und veröffentlicht. Mein Thema war eigenständig, zugleich habe ich auch zu diesen Publikationen als Koautorin beigetragen. Es handelt sich um folgende Publikationen:

Offenberg L K, Sommer S T, Schmidt M, Kasten S, Bockheim F, Gavrilov B, Hunzelar C, Ikar N, Oberholz M P S, Paños-Willuhn J L, Weltermann B. Higher chronic stress and less satisfaction with GP communication in migrants with unemployment experience: data from the representative German DEGS1 and the GPCare-1 study. *BMC Prim. Care* 23, 89 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01691-1>

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. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10621-1>

Gavrilov B, Schmidt M, Kasten S, Sommer S, Hunzelar C, Bockheim F, Paños-Willuhn J, Offenberg L, Oberholz M, Ikar N, Weltermann B. More GP contacts and poorer health of informal caregivers with low socioeconomic status in Germany: results from the population-based DEGS1 and the cross-sectional GPCare-1 study. *BMJ Open.* 2021 Dec 30;11(12): e053146. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053146>

Sachschal J, Welchowski T, Offenberg L, Oberholz M, Gavrilov B, Ikar N, Hunzelar C, Bockheim F, Paños-Willuhn J, Weltermann B. Relationship between psychosocial problems and satisfaction with GP communication in German primary care practices: a structural equation model based on the cross-sectional GPCare-1 patient study. *BMJ Open.* 2025 May 7;15(5): e095489. doi: 10.1136/bmjopen-2024-095489

11. Danksagung

Besonderen Dank gilt dem Robert-Koch-Institut Berlin für die freundliche Bereitstellung des Datensatzes und zusätzlicher Informationen zur DEGS1-Erhebung. Ebenso danke ich den teilnehmenden Praxen des Forschungspraxenverbundes des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Bonn und ihren Patienten für die freundliche Teilnahme. Ich danke auch Herrn Dr. Thomas Welchowski vom Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie (IMBIE) in Bonn für seine wertvolle Beratung. Darüber hinaus sind vor allem die ehemaligen Mitarbeiterinnen Frau Stefanie Kasten und Frau Yelda Krumpholtz M. A. vom Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Bonn für die Mitarbeit und die Koordination des Revisionsprozesses zu danken. Die Studie wurde im Rahmen des Dissertationsprogramms des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin durchgeführt, das freundlicherweise von der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn unterstützt wurde.

Ein tief empfundener Dank gilt auch meiner Doktormutter Frau Univ.-Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA), die mich in allen Fragen und Belangen bis zur Vollendung dieser Dissertation unterstützend begleitet und beraten hat.

Weitere Veröffentlichungen

Estrada S, Lu R, Conjeti S, Orozco-Ruiz X, Panos-Willuhn J, Breteler MMB, Reuter M. FatSegNet: A fully automated deep learning pipeline for adipose tissue segmentation on abdominal dixon MRI. Magn Reson Med. 2020 Apr;83(4):1471-1483. <https://doi.org/10.1002/mrm.28022>

HEALTHMARK (Metabolic HEALTH through nutrition, microbiota and tryptophan bioMARKers) - Metabolische Gesundheit durch Ernährung, Mikrobiom und Tryptophan-Biomarker: Schlussbericht HEALTHMARK (DZNE): Laufzeit des Vorhabens: 01.03.2017-31.08.2020. Monique M.B. Breteler, S. Estrada, S. Conjeti, X. Orozco-Ruiz, J. Panos-Willuhn, M. Reuter, A. Anesi, J. Rupert, K. Oluwagbemigun, U. Nöthlings, F. Mattivi. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V., 2020