



OBSAN BERICHT

12/2020

Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2020 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Olivier Pahud



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autor

Olivier Pahud, Obsan

Unter Mitarbeit von

Tamara Bonassi, BAG

Projektleitung Obsan

Olivier Pahud, Obsan

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 12/2020

Zitierweise

Pahud, O. (2020). *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2020 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 12/2020)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,

obsan@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 45

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

iStock.com/Matjaz Slanic

Titelseite

Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,

order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60

Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2020

Wiedergabe unter Angabe der Quelle

für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2010

ISBN

978-2-940670-03-1

[Korrigierte Version vom 14.12.2020,](#)
[Berichtigungen siehe Erratum letzte Seite](#)



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2020 der
amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag
des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autoren
Herausgeber

Olivier Pahud
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3	6 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	42
Zusammenfassung	4	7 Literaturverzeichnis	44
Résumé	6	8 Anhang	46
1 Einführung und Methodik	8	8.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2020	46
1.1 Allgemeine Informationen	8	8.2 Informationen zu Kern- und Co-Finanzierung	50
1.2 Stichproben	8		
1.3 Nutzen und Grenzen der Analysen	10		
1.4 Tabellen zum Bericht	10		
2 Gesundheitszustand	12		
2.1 Körperlicher und psychischer Gesundheitszustand	12		
2.2 Konsum rezeptpflichtiger Medikamente	19		
3 Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen	21		
3.1 Hausarztpraxen und ambulante Gesundheitszentren	21		
3.2 Ambulante und stationäre Spitalaufenthalte (inklusive Notaufnahme)	26		
4 Qualität und Koordination in der Versorgung	28		
4.1 Globale Bewertung des Gesundheitssystems	28		
4.2 Verfügbarkeit und Wartezeiten	30		
4.3 Koordination zwischen Leistungserbringern	34		
4.4 Wahrgenommene Ineffizienz und medizinische Fehler	35		
5 Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen	36		
5.1 Krankenversicherungsmodelle und selbstgetragene Kosten	36		
5.2 Finanzielle Herausforderungen und Schwierigkeiten	39		

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
bzw.	beziehungsweise
CWF	Stiftung Commonwealth Fund
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
HMO	Health Maintenance Organization
IHP	International Health Policy Survey
KI	Konfidenzintervall
N / n	Ausgangsstichprobe / Nettostichprobe oder Teilstichprobe
Obsan	Schweizerische Gesundheitsobservatorium
SILC	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen
SRPH	Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen
AU	Australien
CA	Kanada
CH	Schweiz
DE	Deutschland
FR	Frankreich
NL	Niederlande
NO	Norwegen
NZ	Neuseeland
SE	Schweden
UK	Grossbritannien
US / USA	Vereinigte Staaten von Amerika

Zusammenfassung

Seit 2010 nimmt die Schweiz an den jährlich stattfindenden, internationalen gesundheitspolitischen Befragungen des Commonwealth Fund (CWF) teil. In der Schweiz wird das Projekt durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geleitet und die Auswertungen sowie die Berichterstattung werden jeweils auf Mandatsbasis durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) erbracht. Die Erhebung 2020 bezieht sich wie bereits in den Jahren 2010, 2013 und 2016 auf die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren und deren Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Folglich sind sowohl internationale wie auch zeitliche Vergleiche möglich. In der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass die Befragungen weltweit während der Covid19-Pandemie stattgefunden haben (vgl. Kapitel 1.3 – Nutzen und Grenzen der Analysen).

Der vorliegende Bericht fasst die gestellten Fragen zu vier **Themenfeldern** zusammen: Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen, Qualität und Koordination in der Versorgung sowie Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen. Nachfolgend wird ein Auszug der wichtigsten Ergebnisse erläutert.

In der Schweiz zeigt sich seit 2010 die gute Bewertung der **selbst wahrgenommenen Gesundheit** unverändert hoch und entspricht im Jahr 2020 im internationalen Vergleich dem ersten Rang. Allerdings leiden im selben Zeitraum auch immer wie mehr Personen an mindestens einer **chronischen Erkrankung**: 2020 sind es bereits die Hälfte aller Befragten. Am häufigsten leidet die Wohnbevölkerung der Schweiz an Bluthochdruck und psychischen Erkrankungen wie Angstzuständen und Depressionen. Bei sieben von acht abgefragten chronischen Erkrankungen weist die Schweiz einen international vergleichsweise niedrigen Anteil aus.

Sorgen können die Gesundheit einer Person beeinträchtigen, gerade wenn diese ein existenzielles Bedürfnis betreffen und chronischer Natur sind. Ein Drittel der Wohnbevölkerung der Schweiz macht sich Sorgen finanzieller Natur und im internationalen Vergleich ist in der Schweiz generell ein hohes Ausmass an Sorge zu verzeichnen. Im soziodemografischen Profil wird der Einfluss der sozioökonomischen Ausgangslage (z.B. Einkommen) als Gesundheitsdeterminante besonders gut ersichtlich.

In der Schweiz konsumiert die Hälfte der Befragten mindestens ein **rezeptpflichtiges Medikament** und in der Überprüfung der Multimedikation zeigen sich Unterschiede in den Sprachregionen: Im Vergleich mit der französischen Schweiz werden in den beiden

anderen Sprachregionen alle eingenommen Medikamente häufiger durch eine Gesundheitsfachperson überprüft.

Neun von zehn Personen in der Schweiz suchen für ihre medizinische Versorgung normalerweise dieselbe Ärztin bzw. denselben Arzt oder dasselbe Gesundheitszentrum auf (im Bericht **Hausarztpraxis** genannt). In den letzten 10 Jahren ist eine Abnahme der Praxistreue festzustellen sowie eine kritischere Bewertung des Verlaufs der Konsultation bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt. Allerdings wird die erhaltene medizinische Betreuung in den Hausarztpraxen äusserst positiv bewertet.

Die von 2010 auf 2016 beobachtete Zunahme der **Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen** (z.B. Konsultation bei einer Spezialistin bzw. Spezialisten, stationäre Spitalaufenthalte, planbare Operationen und Besuche in der Notfallaufnahme) hat sich 2020 stabilisiert und ist teilweise wieder leicht gesunken. Über ein Drittel der Notfallbesucherinnen und -besucher geben an, die notfallmässig behandelte Beschwerde hätte auch durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt behandelt werden können, wenn sie verfügbar gewesen wären.

In der Schweiz beurteilen neun von zehn Befragten die **Leistungen des Gesundheitssystems** als sehr gut oder gut, was im internationalen Vergleich dem ersten Rang entspricht. Die mit Abstand schlechteste Bewertung der Leistungen ist in den USA zu finden.

Für die Wohnbevölkerung der Schweiz ist es wieder leichter geworden, medizinische **Versorgung ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten** zu erhalten. Nicht ganz die Hälfte der Befragten gibt an, dass es sehr schwierig oder ziemlich schwierig ist, am Abend, am Wochenende oder an Feiertagen medizinischen Versorgung zu erhalten, ohne Notfallangebote mitzuzählen.

Trotz zunehmender **Wartezeiten** schneidet die Schweiz im internationalen Vergleich gut ab. Insgesamt belegt sie einen der vorderen Ränge, was die kurzen Wartezeiten (von weniger als einem Monat) auf einen Termin bei einer Spezialistin bzw. bei einem Spezialisten oder auf eine planbare Operation anbelangen. Obwohl sich die Wartezeit insgesamt verlängert hat, ist in der Schweiz nur eine Verschiebung hin zu den mittleren Wartezeiten (von ein bis zwei Monaten) zu beobachten, während in vielen der anderen Länder eine Verschiebung hin zu den längeren Wartezeiten (von über zwei Monaten) stattgefunden hat.

Die Nutzung von **eHealth** in der Kommunikation mit den Hausarztpraxen (z.B. Anforderung einer Rezeptverlängerung) fällt im internationalen Vergleich äusserst gering aus, was in der Schweiz vor allem auf das begrenzte eHealth-Angebot zurückzuführen ist.

Seit 2010 ist eine Zunahme von **Versicherungsmodellen** mit eingeschränkter Arztwahl auf Kosten der Standardmodelle mit ordentlicher oder freiwählbarer Franchise zu beobachten. Ein Viertel der Wohnbevölkerung in der Schweiz bezieht Prämienverbilligungen.

Die Schweiz ist das Land mit den höchsten **Out-of-pocket-Zahlungen**: Über die Hälfte der befragten Personen tätigten für ihre Familie Gesundheitsausgaben im Gegenwert von mindestens 1000 US Dollar, welche nicht durch eine Versicherung gedeckt sind.

Der **Verzicht auf medizinische Leistungen** aus Kostengründen ist in den letzten 10 Jahren gerade bei Personen mit tertiärem Bildungsabschluss stark gestiegen, während sich der Verzicht bei Personen mit tieferen Bildungsabschlüssen auf dem Niveau von 2016 stabilisiert hat. Es ist unter anderem davon auszugehen, dass in den letzten Jahren eine Sensibilisierung bezüglich der Kosten-Nutzen-Abschätzung stattgefunden hat. Weiterführende Analysen und eine Abgrenzung gegenüber Armutsindikatoren sind notwendig.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass in der IHP-Befragung von 2020 einmal mehr die **sozioökonomische Ausgangslage** als eine entscheidende Gesundheitsdeterminante identifiziert werden kann.

Résumé

Depuis 2010, la Suisse participe chaque année à l'enquête internationale sur la politique de santé de la fondation Commonwealth Fund. En Suisse, ce projet est conduit par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et les analyses et le rapport sont réalisés sous mandat par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Comme en 2010, 2013 et 2016, l'enquête de 2020 porte sur l'expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé. Par conséquent, des comparaisons tant internationales que temporelles sont possibles. Lors de l'interprétation des résultats, il convient de noter que les enquêtes ont été menées dans les différents pays durant la pandémie de Covid19 (voir le chapitre 1.3 - Avantages et limites des analyses).

Le présent rapport reprend les questions posées dans quatre **domaines**: l'état de santé, le recours aux services de santé, la qualité et la coordination des soins ainsi que les dépenses de santé et les défis financiers. Les résultats les plus importants sont présentés dans ce qui suit.

Depuis 2010 en Suisse, l'**état de santé auto-évalué** est considéré comme bon par une part élevée de répondants et cette part est la plus élevée en comparaison internationale en 2020. Cependant, durant la même période, de plus en plus de personnes souffraient d'au moins une **maladie chronique** : en 2020, la moitié des personnes interrogées étaient touchées. En Suisse, la population résidente souffre le plus souvent d'hypertension artérielle et de maladies psychiques telles que l'anxiété et la dépression. Pour sept des huit maladies chroniques étudiées, la Suisse présente une proportion relativement faible en comparaison internationale.

Les **inquiétudes** peuvent affecter la santé d'une personne, surtout si elles concernent un besoin existentiel et sont de nature chronique. Un tiers de la population résidant en Suisse est préoccupée par les questions financières et, en comparaison internationale, la Suisse est généralement très préoccupée. Dans le profil sociodémographique, l'influence de la situation socio-économique (par exemple le revenu) comme déterminant de la santé est particulièrement évidente.

En Suisse, la moitié des personnes interrogées consomment au moins un **médicament sur ordonnance** et l'examen de la polymédication révèle des différences selon les régions linguistiques : Par rapport à la Suisse romande, il est plus fréquent dans les deux autres régions linguistiques qu'un professionnel de la santé contrôle l'ensemble des médicaments.

En Suisse, neuf personnes sur dix consultent généralement le même médecin ou le même centre médical (appelé dans le rapport « **cabinet médical** »). Au cours des dix dernières années, une diminution de la fidélité aux cabinets médicaux a été observée, ainsi qu'une évaluation plus critique du déroulement de la consultation avec le médecin de premier recours. Cependant, les soins reçus dans les cabinets médicaux sont jugés extrêmement positivement.

L'augmentation du **recours aux structures de soins** (par exemple, la consultation d'un spécialiste, les hospitalisations, les opérations planifiables et le recours aux urgences) observée entre 2010 et 2016 s'est stabilisée en 2020 et a même légèrement diminué dans certains cas. Plus d'un tiers des personnes ayant eu recours aux urgences déclarent que le cas traité aurait pu l'être par leur médecin de premier recours s'il avait été disponible.

En Suisse, neuf personnes interrogées sur dix jugent les **services fournis par le système de santé** comme très bons ou bons, ce qui place la Suisse en tête en comparaison internationale. C'est aux États-Unis que les services sont de loin les moins bien évalués.

En Suisse, il est redevenu plus facile d'accéder à des **soins médicaux en dehors des heures d'ouverture habituelles**. Près de la moitié des personnes interrogées déclarent qu'il est assez difficile ou très difficile d'obtenir des soins médicaux le soir, le week-end ou les jours fériés, sans tenir compte des services d'urgence.

Malgré l'augmentation des **délais d'attente**, la Suisse obtient de bons résultats en comparaison internationale. Globalement, elle se classe parmi les premiers pays en termes de délais d'attente courts (moins d'un mois) pour un rendez-vous avec un spécialiste ou pour une opération programmée. Bien que le temps d'attente global ait augmenté, en Suisse, seul un glissement vers des temps d'attente moyens (d'un à deux mois) est constaté, alors que dans de nombreux autres pays, on relève un glissement vers des temps d'attente plus longs (de plus de deux mois).

Le recours à la **cyber-santé** pour la communication avec les cabinets médicaux (par exemple pour demander une prolongation d'ordonnance) est extrêmement faible en comparaison internationale, ce qui, en Suisse, est principalement dû à une offre limitée en cyber-santé.

Depuis 2010, on observe une augmentation **des modèles d'assurance** avec un choix limité de médecins au détriment des modèles standards avec une franchise normale ou optionnelle. Un quart de la population résidant en Suisse privilégie les réductions de primes.

La Suisse est le pays où les paiements directement effectués par les répondants (**out-of pocket**) sont les plus élevés : Plus de la moitié des personnes interrogées ont dépensé l'équivalent d'au moins 1000 dollars US en soins de santé pour leur famille non-couverts par leur assurance.

Au cours des dix dernières années, le **renoncement aux services de santé** pour des raisons financières a fortement augmenté, en particulier chez les personnes ayant terminé des études supérieures, tandis qu'il s'est stabilisé au niveau de 2016 chez celles ayant un niveau d'éducation inférieur. Cela pourrait s'expliquer par une sensibilisation à l'évaluation coûts-bénéfices ces dernières années. Des analyses plus approfondies et la distinction avec les indicateurs de pauvreté sont nécessaires.

En conclusion, on peut dire que l'enquête IHP de 2020 identifie une fois de plus la **situation socio-économique** de départ comme un déterminant important en matière de santé.

1 Einführung und Methodik

1.1 Allgemeine Informationen

Dieser Bericht erstellt ein Porträt der Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Schweizer Gesundheitssystem. Die Basis hierfür liefern die Ergebnisse der internationalen Befragung *International Health Policy (IHP) Survey* des Commonwealth Fund (CWF), einer gemeinnützigen Stiftung mit Sitz in den USA. Seit 1998 lässt der CWF international vergleichbare Befragungen zu gesundheitspolitischen Themen durchführen. Die Befragungen beziehen sich abwechselungsweise auf eine der folgenden drei Zielgruppen: die ältere Wohnbevölkerung ab 65 Jahren, die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung oder – wie in diesem Bericht porträtiert – die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Im Frühjahr 2020 nahm die Schweiz nach 2010, 2013 und 2016 zum vierten Mal an der Befragung mit der hier porträtierten Zielgruppe teil. Folglich sind sowohl zeitliche wie auch internationale Vergleiche mit den folgenden 10 Teilnehmerländern möglich: Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweden und USA.

Seit der erstmaligen Teilnahme der Schweiz an der Befragung im Jahr 2010 führt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die Analysen der gesammelten Daten durch. Die Resultate werden jeweils als Bericht publiziert (Burla, 2011; Camenzind & Petrini, 2014; Merçay, 2015; 2016; 2017; Pahud, 2019; Petrini & Sturny, 2013; Sturny & Camenzind, 2011; Vilpert, 2012). Zusätzlich entstehen auf Basis der IHP-Daten weitere nationale und internationale Fachpublikationen, welche sich vertieft mit einem spezifischen Thema der IHP-Befragungen auseinandersetzen (siehe beispielsweise: Cohidon, Wild & Senn, 2019; Merçay & Camenzind, 2016; Morgan & Lee, 2017; Pahud, 2020).

1.2 Stichproben

Im Jahr 2020 wurde neben der Wohnbevölkerung der Schweiz auch die Wohnbevölkerung von Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweden und den USA befragt. Der CWF hat für die IHP-Befragung von 2020 erneut das Unternehmen SSRS mit der Leitung der internationalen Erhebung der Daten und deren Aufbereitung beauftragt. In der Schweiz wurde die Übersetzung des englischsprachigen Originalfragebogens in die drei Landessprachen und die Datenerhebung von der Firma M.I.S. Trend durchgeführt.

Für die Wohnbevölkerung der Schweiz wurde mittels Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) des Bundesamtes für Statistik (BFS) eine repräsentative Bruttostichprobe von 4685 Personen gezogen. Die Bruttostichprobe wurde anhand der Verteilung von Personen mit und ohne Telefonanschluss in den drei Sprachregionen geschichtet. Anschliessend wurden die ausgewählten Personen schriftlich zur Befragung eingeladen, welche sie online oder telefonisch vornehmen konnten. Bei Nichtbeantwortung der Einladung wurde einmalig ein Erinnerungsschreiben versandt, was schliesslich in einer Nettostichprobe (nachfolgend Stichprobe genannt) von 2284 komplettierten Interviews (92% online und 8% per Telefon) resultierte. Die Stichprobe wurde nach den folgenden Kriterien gewichtet: Kanton, geschlechtsabhängige Altersklassen und Bildungsniveau. Die ungewichteten länderspezifischen Stichproben und Rücklaufquoten der IHP-Befragungen 2010, 2016 und 2020 sind in Tabelle T 1.1 zu finden. Die ungewichtete und gewichtete Schweizer Stichprobe nach Merkmalen (in %) sind in Tabelle T 1.2 abgebildet. Die Schweizer Stichprobe im Jahr 2020 ist deutlich grösser als noch 2010 und 2016, was durch die Stichprobenaufstockung der Kantone Wallis ($n = 320$) und Basel-Stadt ($n = 342$) zu erklären ist. Zudem fällt auf, dass die Rücklaufquoten in Ländern mit der Möglichkeit zur online-Befragung (Schweiz: 48,7% und Schweden: 30,4%) deutlich höher ausfallen als in den Ländern mit rein telefonischer Befragung (tiefste Rücklaufquote mit 13,7% in den USA und höchste Rücklaufquote mit 25,6% in den Niederlanden).

T 1.1 Stichproben und Rücklaufquoten (in %), internationaler Vergleich, 2010, 2016 und 2020

		2010		2016		2020	
Land und Abkürzung		Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote
Australien	AU	3 552	-	5 248	25,4	2 201	18,5
Deutschland	DE	1 005	-	1 000	26,9	1 004	24,4
Frankreich	FR	1 402	-	1 103	25,2	3 028	22,7
Grossbritannien	UK	1 511	-	1 000	21,9	1 991	14,2
Kanada	CA	3 302	-	4 547	21,4	5 089	17,1
Neuseeland	NZ	1 000	-	1 000	31,1	1 003	14,0
Niederlande	NL	1 001	-	1 227	32,4	753	25,6
Norwegen	NO	1 058	-	1 093	10,9	607	19,5
Schweden	SE	2 100	-	7 124	16,9	2 513	30,4
Schweiz	CH	1 306	53,7	1 520	46,9	2 284	48,7
USA	US	2 501	-	2 001	18,1	2 488	13,7
Total		19 738	-	26 863	25,2	27 013	22,6

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020

© Obsan 2020

Bemerkung: Für die IHP-Befragung aus dem Jahr 2010 steht nur die Rücklaufquote der Schweiz zur Verfügung.

T 1.2 Stichprobe nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Migrationshintergrund, Sprachregion, Urbanisierungsgrad und kantonaler Aufstockung, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2020

Merkmal	Merkmalsausprägung	Stichprobe (nicht gewichtet)	Prozentanteil (nicht gewichtet)	Stichprobe (gewichtet)	Prozentanteil (gewichtet)
Geschlecht	Männer	1 114	48,8	1 114	48,8
	Frauen	1 167	51,2	1 168	51,2
Alter	18-34 Jahre	452	19,8	579	25,4
	35-49 Jahre	616	27,0	590	25,9
	50-64 Jahre	678	29,7	522	25,9
	65+ Jahre	537	23,5	521	22,8
Bildungsniveau	Obligatorische Schule	322	14,2	339	14,9
	Sekundarstufe II	1 253	55,1	1 505	66,3
	Tertiärstufe	698	30,7	426	18,8
Einkommen	Überdurchschnittlich	670	31,2	662	30,9
	Im Durchschnitt	415	19,3	407	19,0
	Unterdurchschnittlich	1 061	49,4	1 073	50,1
Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	1 470	64,5	1 555	68,3
	Mit Migrationshintergrund	808	35,5	722	31,7
Sprachregion	Deutschschweiz	1 302	57,0	1 618	70,8
	Französische Schweiz	644	28,2	565	24,7
	Italienische Schweiz	338	14,8	101	4,4
Urbanisierungsgrad	Stadt	835	36,6	611	26,7
	Agglomeration	888	38,9	1 050	46,0
	Land	561	24,5	623	27,3
Kantonale Aufstockungen	Basel-Stadt	342	15,0	55	2,4
	Schweiz ohne Basel-Stadt	1 942	85,0	2 229	97,6
	Wallis	320	14,0	93	4,1
	Schweiz ohne Wallis	1 964	86,0	2 191	95,9

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

Bemerkung: Bei einigen soziodemografischen Merkmalen kann die Summe der Merkmalsausprägungen vom Stichprobentotal ($n = 2284$) abweichen, da beispielsweise nicht alle befragten Personen ihr durchschnittliches Einkommen definiert haben.

1.3 Nutzen und Grenzen der Analysen

Ein grosser Nutzen der IHP-Befragungen stellt die internationale und zeitliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse dar. Die Erfahrungen der Wohnbevölkerung der Schweiz können mit den Erfahrungen der Wohnbevölkerung in den anderen Ländern verglichen werden und bei einigen Themen sind Längsschnittvergleiche über die drei IHP-Befragungen von 2010, 2016 und 2020 möglich. Das Jahr 2013 wurde analog zum IHP-Bericht von 2016 (Merçay, 2016) aus Platzgründen für die Analysen nicht berücksichtigt. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es die nachfolgenden Punkte zu beachten.

Die IHP-Befragung im Jahr 2020 fand weltweit während der **Covid19-Pandemie** statt. In der Schweiz wurden die Daten ab dem 03. März 2020 bis zum 04. Mai 2020 erhoben. In dieses Zeitfenster fällt unter anderem der vom Bundesrat verordnete partielle Lockdown, während welchem die Wohnbevölkerung der Schweiz von starken Einschränkungen¹ betroffen war und ein deutlich erhöhtes Stressniveau verzeichnete (vgl. Wissmath, Mast, Kraus & Weibel, 2020). Folglich ist nicht auszuschliessen, dass die Pandemie und die länderspezifischen Quarantänemassnahmen einen Einfluss auf die befragten Personen hatten. Viele der gestellten Fragen haben allerdings einen retrospektiven Charakter (z.B. «Haben Sie in den letzten zwei Jahren vor der Befragung...»), bei welchen man einen geringeren Einfluss der Pandemie erwartet als beispielsweise bei Einstellungsfragen (vgl., SSRS, 2020).

Einige Fragestellungen und/oder Antwortformate wurden zwischen den Befragungen modifiziert, weshalb diese nur mit Vorsicht oder nicht verglichen werden können (z.B. die Fragen Q1160 zur digitalen Kommunikation mit der Hausarztpraxis können nicht mehr mit 2016 verglichen werden). Zusätzlich ist der englische Originalfragebogen auf Deutsch, Französisch und Italienisch sowie in die Sprachen der anderen Länder übersetzt worden. Folglich könnten sprachliche und länderspezifische Anpassungen zu kleineren Modifikationen der Fragestellungen und damit zu unterschiedlichen Interpretationen geführt haben.

Des Weiteren gilt es zu bedenken, dass die Resultate die subjektive Einschätzung der jeweiligen Wohnbevölkerung widerspiegeln und nicht unbedingt die tatsächliche, objektive Begebenheit der Ereignisse. Diese Vorsicht gilt es beispielsweise bei Fragen zu medizinischen Fehlern (Q1705 oder Q1710) zu beachten, da den befragten Personen vermutlich nicht alle nötigen Informationen zur Einschätzung eines medizinischen Fehlers zur Verfügung standen, um den Vorfall differenziert zu evaluieren.

Jede Messung beinhaltet ein gewisses Mass an Ungenauigkeit, weshalb sich in den detaillierten Resultattabellen die 95%-Konfidenzintervalle finden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind sie in den Grafiken nicht dargestellt.

¹ Versammlungsverbot für Gruppen von mehr als fünf Personen, geschlossene Gastro- und Kulturbetriebe sowie Läden mit nicht lebensnotwendigen Gütern, Besucherverbote in Gesundheitsinstitutionen, etc.

1.4 Tabellen zum Bericht

Ab der IHP-Befragung 2020 finden sich die detaillierten Resultattabellen auf der Internetseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und werden nicht mehr als Anhang in den Bericht integriert. Die Resultattabellen umfassen die Ländertabellen (z.B. L.2.1) aus den Jahren 2010, 2016 und 2020 sowie die schweizspezifischen soziodemografischen Tabellen (z.B. C.2.1) aus denselben Jahren. Weiterführende Informationen und eine Variablenübersicht finden sich auf den ersten Excel-Tabellenblättern in der jeweiligen Excel-Datei auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch/cwf-berichte) unter Wohnbevölkerung ab 18 Jahren.

Die soziodemografischen Tabellen der Schweiz enthalten die folgenden acht Merkmale: Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Migrationshintergrund, Sprachregion und die beiden kantonalen Aufstockungen der Kantone Basel-Stadt und Wallis. Die Merkmale werden hier mit Ausnahme von Geschlecht, Alter und den kantonalen Aufstockungen kurz erläutert.

Das Bildungsniveau widerspiegelt die höchstabschlossene Ausbildung im Moment der Befragung und wird in die drei Merkmalsausprägungen obligatorische Schule, Sekundarstufe II und Tertiärstufe unterteilt. Das Niveau obligatorische Schule beinhaltet Personen ohne Schulabschluss bis hin zu einer verkürzten, einjährigen Ausbildung (z.B. 10. Schuljahr oder Vorlehre), während die Sekundarstufe II alle Personen mit einer mindestens zweijährigen nachobligatorischen Grundbildung bis hin zur höheren Berufsbildung (z.B. mit eidgenössischem Fachausweis) integriert. Alle höheren Ausbildungen werden unter Tertiärstufe zusammengefasst (z.B. Abschlüsse höherer Fachschulen, Fachhochschul- oder universitäre Masterabschlüsse oder Doktorat).

Das Einkommen orientiert sich an einem durchschnittlichen Haushaltseinkommen für eine Familie in der Schweiz (8500 Schweizer Franken pro Monat inklusive 13. Monatslohn und andere Einnahmen). Die Einschätzungen der befragten Personen zum Referenzlohn von 8500 Schweizer Franken wurden in die drei Merkmalsausprägungen überdurchschnittliches, durchschnittliches und unterdurchschnittliches Einkommen zusammengefasst.

Das Merkmal Migrationshintergrund² setzt sich aus den beiden Fragen «Wurden Sie in der Schweiz geboren oder an einem anderen Ort?» (Q2080) und «Wurden Ihre Eltern in der Schweiz geboren oder woanders geboren?» (Q2115) zusammen. Die Merkmalsausprägung ohne Migrationshintergrund fasst Personen zusammen, welche in der Schweiz geboren sind und bei denen mindestens ein Elternteil ebenfalls in der Schweiz geboren ist sowie Personen, welche nicht in der Schweiz geboren sind, bei welchen aber mindestens ein Elternteil in der Schweiz geboren ist. Alle an-

² Bevölkerung nach Migrationsstatus ersetzt zunehmend das Konzept der Nationalität, welches ausschliesslich auf der Staatszugehörigkeit der befragten Person zum Zeitpunkt der Befragung beruht und keinen Aufschluss über die eigentlichen Migrationserfahrungen gibt. Detaillierte Informationen zum Migrationsstatus finden sich auf der Internetseite des BFS.

deren Kombinationen beinhalten Personen mit Migrationshintergrund (z.B. in der Schweiz geboren, aber beide Eltern woanders geboren).

Die Einteilung nach Sprachregionen basiert auf der regionalen Ziehung aus dem Stichprobenregister SRPH des BFS. Es gilt jedoch zu beachten, dass die befragten Personen im Schweizer Fragebogen angeben konnten, aus welcher Sprachregion sie stammen (Q642), was als entscheidendes Kriterium für die Zuordnung der Sprachregion diente. Nachfolgend wird jeweils von der Deutschschweiz, der französischen und der italienischen Schweiz gesprochen. Rätoromanisch sprechende Personen wurden in allen drei Erhebungsjahren der Deutschschweiz zugeordnet (2010: $n = 2$; 2016: $n = 0$; 2020: $n = 4$).

Der ursprüngliche Urbanisierungsgrad in der IHP-Befragung beinhaltet die folgenden fünf Kategorien: Stadt, Vorort, Kleinstadt, auf dem Land und abgelegener Ort. Für die Analysen wurden die folgenden drei Kategorien gebildet: Stadt (Zusammenschluss der beiden Kategorien Stadt und Kleinstadt), Agglomeration (Vorort) und Land (Zusammenschluss der beiden Kategorien auf dem Land und an abgelegenen Orten).

In den Tabellen werden die Konfidenzintervalle angezeigt, die den Bereich zeigen, in welchem mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit das «wahre» Ergebnis zu finden ist. Zusätzlich kann mit Hilfe der Konfidenzintervalle beurteilt werden, ob ein Unterschied (zwischen Merkmalsausprägungen, zwischen Ländern oder im Längsschnitt) signifikant ist oder zufällig zustande kam. Ein Unterschied gilt als signifikant, wenn sich die Konfidenzintervalle von zwei zu vergleichenden Anteilen nicht überschneiden.

Die Teilstichproben variieren je nach Frage stark (z.B. da nicht alle befragten Personen in den letzten Monaten vor der Befragung auch im Notfall waren). Aus Gründen der Übersichtlichkeit finden sich die Teilstichprobengrößen nicht im Text, sondern in den Resultattabellen auf der Internetseite des BAG.

2 Gesundheitszustand

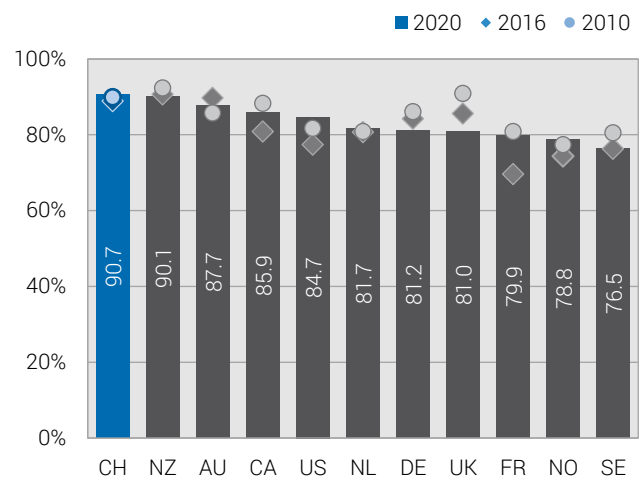
Die Wohnbevölkerung der Schweiz hat eine der weltweit höchsten Lebenserwartungen und die grosse Mehrheit bezeichnet die eigene Gesundheit als gut oder gar sehr gut (BFS, 2019). In den letzten 25 Jahren haben sich gesundheitsrelevante Verhaltensweisen positiv verändert: So ist beispielsweise das körperliche Aktivitätsniveau gestiegen und der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher ist zurückgegangen. Allerdings hat im selben Zeitraum der Anteil übergewichtiger oder adipöser Personen zugenommen und die soziale Ausgangslage einer Person (z.B. Bildungsniveau und Einkommen) stellt weiterhin eine bedeutende Gesundheitsdeterminante dar. Nachfolgend werden die Resultate zur körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zum gesundheitsrelevanten Konsum rezeptpflichtiger Medikamente präsentiert.

2.1 Körperlicher und psychischer Gesundheitszustand

Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand ist eine subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und wird international als Indikator zur Erfassung der allgemeinen Gesundheit einer Wohnbevölkerung verwendet (Jylhä, 2009). Neben dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden widerspiegelt er gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und steht in engem Zusammenhang mit objektiven Gesundheitskriterien (Schnittker & Bacak, 2014; Wu et al., 2013).

Neun von zehn Personen (90,7%) der Wohnbevölkerung der Schweiz nehmen die eigene Gesundheit als ausgezeichnet, sehr gut oder gut wahr, was einem ersten Rang vor Neuseeland (90,1%) und Australien (87,7%) entspricht (siehe Grafik G 2.1). Am Ende der Rangliste finden sich Schweden (76,5%), Norwegen (78,8%) und Frankreich (79,9%). Der Schweizer Anteil ist verglichen mit den IHP-Befragungen von 2010 (89,9%) und 2016 (88,9%) im Jahr 2020 unverändert hoch, während Grossbritannien im selben Zeitraum fast 10 Prozentpunkte einbüsst und vom zweiten auf den achten Rang zurückfällt (90,9% versus 81,0%).

G 2.1 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die eigene Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreibt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



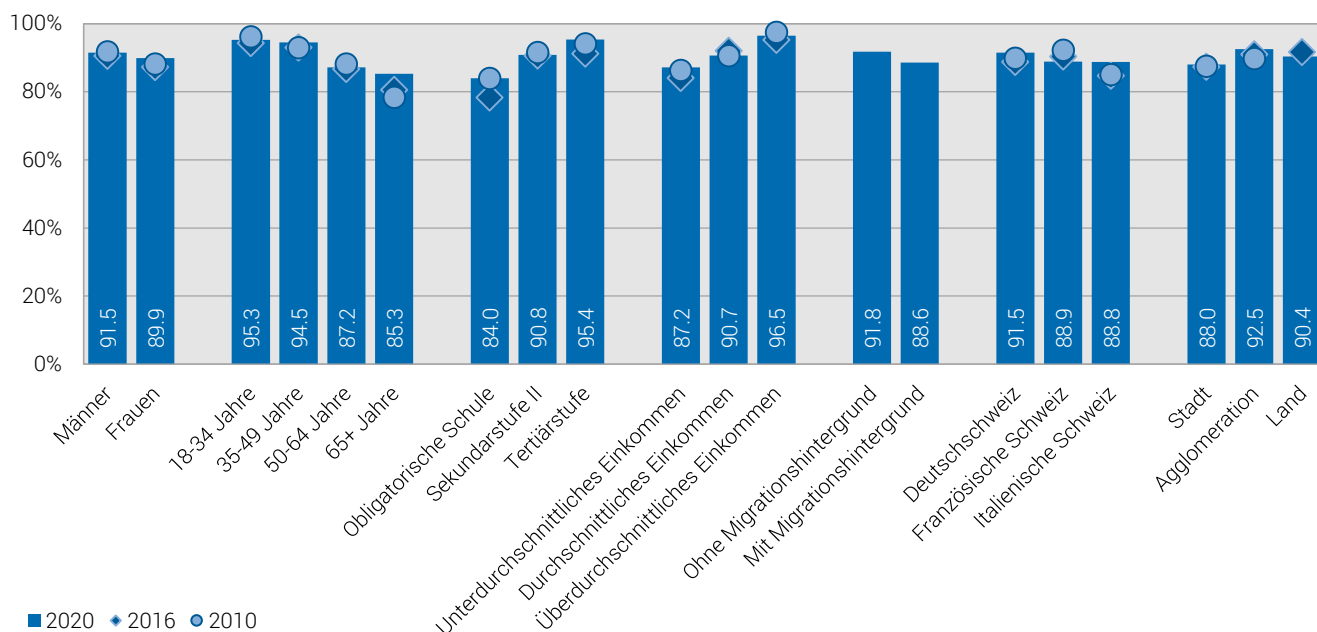
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020
© Obsan 2020

Im soziodemografischen Profil³ der Schweiz zeigen sich bedeutende Zusammenhänge zwischen der Qualität der selbst wahrgenommenen Gesundheit und dem Bildungsniveau, dem Einkommen oder dem Alter (siehe Grafik G 2.2). Der grösste Unterschied findet sich bezüglich dem Merkmal Bildungsniveau: Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss schätzen ihre Gesundheit um 11,4 Prozentpunkte höher ein als Personen mit höchstem Bildungsabschluss obligatorische Schule (95,4% versus 84,0%). Da das Bildungsniveau in einem positiven Zusammenhang mit dem Einkommen steht, ist es nicht erstaunlich, dass Person mit einem überdurchschnittlichen Einkommen ihre Gesundheit ebenfalls deutlich besser einschätzen als Personen mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen (96,5% versus 87,2%). Des Weiteren widerspiegelt sich im soziodemografischen Profil der Schweiz auch der negative Zusammenhang zwischen Gesundheit und Alter (vgl. Niccoli & Partridge, 2012): die 18- bis 34-jährigen und die 35- bis 46-jährigen Personen (95,3% und 94,5%) beschreiben ihre Gesundheit deutlich besser als die 50- bis 64-jährigen sowie die 65-jährigen und älteren Personen (87,2% und 85,3%).

³ Zwischen soziodemografischen Merkmalen können Interaktionseffekte bestehen, da beispielsweise Personen im Ruhestand ein

tieferes Einkommen ausweisen als die noch arbeitenden jüngeren Personen.

G 2.2 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die eigene Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreibt, sozio-demografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

Im Ländervergleich schneidet die subjektiv wahrgenommene und objektive Gesundheit der Wohnbevölkerung der Schweiz sehr gut ab.

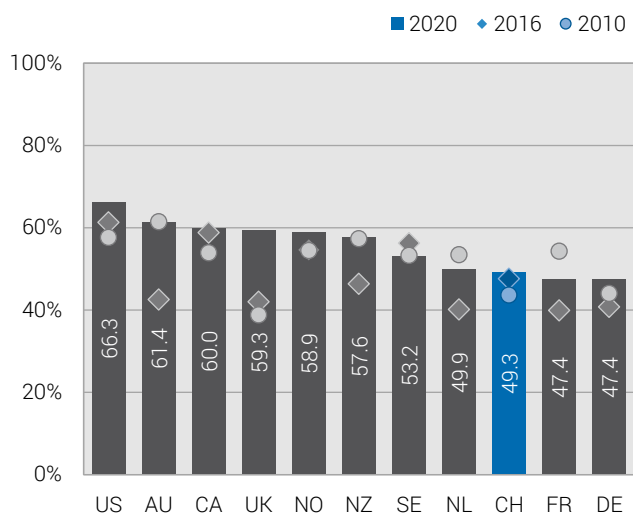
Das Ausmass an vorhandenen chronischen Erkrankungen kann im Gegensatz zur selbst wahrgenommenen Gesundheit als objektiver Indikator für den Gesundheitszustand einer Wohnbevölkerung herangezogen werden. Die Hälfte (49,3%) der befragten Personen in der Schweiz hat von einer Ärztin bzw. von einem Arzt bereits einmal gehört, dass sie mindestens an einer chronischen Erkrankung⁴ leide (siehe Grafik G 2.3). Im internationalen Vergleich entspricht dies dem drittkleinsten Anteil nach Deutschland und Frankreich (beide 47,4%), während die vorderen Ränge primär durch die englischsprachigen Teilnehmerländer belegt werden. Am höchsten ist der Anteil Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung in den USA (66,3%). Verglichen mit 2016 fällt vor allem der starke Anstieg in Grossbritannien (+17,3 Prozentpunkte) auf, während die ebenfalls stärkeren Zunahmen in Australien (+18,9 Prozentpunkte), Neuseeland (+11,3 Prozentpunkte) und den Niederlanden (+9,8 Prozentpunkte) einer Nivellierung in Richtung des Ausgangsniveaus von 2010 entsprechen. In der

Schweiz ist wie in allen anderen Ländern eine Zunahme zu verzeichnen, welche jedoch mit einem Anstieg von 5,7 Prozentpunkten weniger deutlich ausfällt. Eine Ausnahme bildet Schweden, welches als einziges Land seit 2016 einen leichten Rückgang im Anteil der Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung verzeichnet (von 56,2% auf 53,2%).

⁴ Im IHP-Fragebogen aus dem Jahr 2020 stehen die folgenden acht chronischen Krankheiten als mögliche Antwortoptionen zur Auswahl: Arthritis, Asthma oder chronische Lungenerkrankungen, Krebs, psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen oder Angstzustände), Diabetes, Herzkrankheiten, Hypertonie oder Bluthochdruck und Schlaganfall (im Sinne einer Lebenszeitprävalenz). In

der Interpretation der zeitlichen Vergleiche sind die folgenden beiden Punkte zu beachten. Die Antwortoption «Schlaganfall» steht erst seit 2016 zur Auswahl und ist im Anteil von 2010 nicht enthalten. Im Unterschied zu 2020 und 2010 lautete die Antwortoption «Arthritis» im Jahr 2016 «Arthritis und Gelenkschmerzen».

G 2.3 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher an mindestens einer chronischen Erkrankung leidet, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020 © Obsan 2020

In der Schweiz geben vor allem ältere Personen deutlich häufiger eine chronische Erkrankung an als jüngere Personen: So berichten drei Viertel (73,3%) der 65-jährigen und älteren Personen von mindestens einer chronischen Erkrankung, während es bei den 18- bis 34-jährigen Personen knapp ein Drittel (30,3%) ist (siehe Tabelle⁵ C.2.1). Des Weiteren zeigt sich wie bei der selbst wahrgenommenen Gesundheit der Einfluss der sozioökonomischen Ausgangslage. Der Anteil chronisch kranker Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen ist deutlich geringer als der Anteil chronisch kranker Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen

(40,9% versus 54,3%). Dasselbe Muster zeigt sich im Merkmal Bildungsniveau: Personen mit tertiärem Bildungsabschluss (38,2%) berichten deutlich weniger von einer chronischen Erkrankung als Personen mit höchstem Bildungsabschluss Sekundarstufe II (52,0%) oder obligatorische Schule (49,6%).

Die meistgenannten chronischen Erkrankungen der Wohnbevölkerung der Schweiz sind Bluthochdruck, psychische Erkrankungen sowie Asthma oder Lungenkrankheiten.

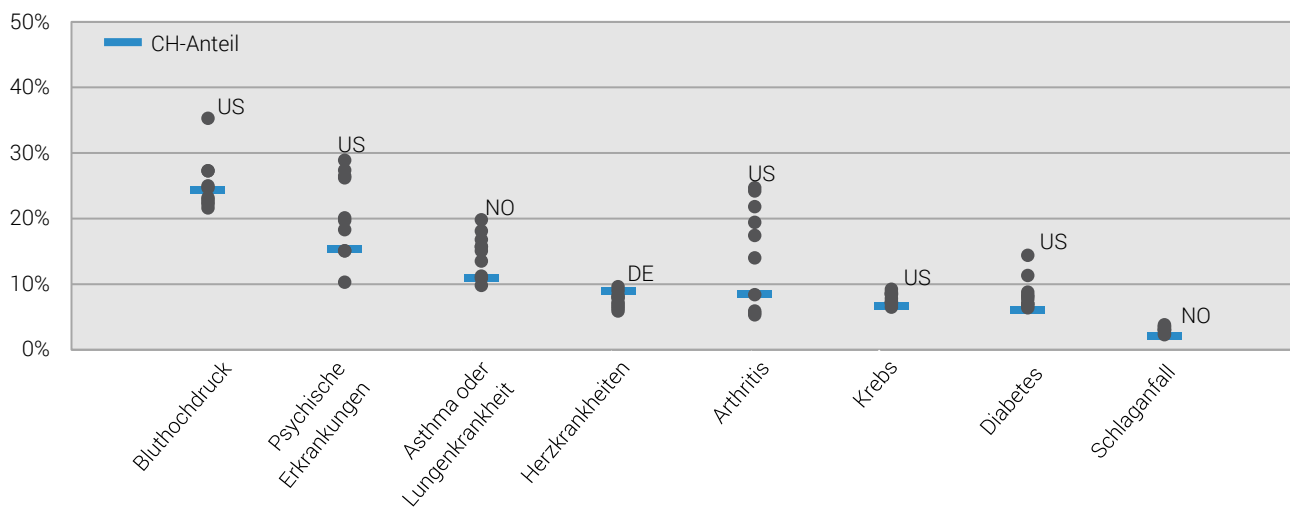
Von allen im Jahr 2020 abgefragten chronischen Erkrankungen nennt die Wohnbevölkerung der Schweiz die Antwortoptionen Hypertonie oder Bluthochdruck (24,4%), psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angstzustände (15,3%; siehe Kasten K 1) und Asthma oder chronische Lungenkrankheiten (10,9%) am häufigsten (siehe Grafik G 2.4). Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz jeweils einen mittleren oder hinteren Rang, mit Ausnahme der Herzkrankheiten (8,9%). Hierbei muss jedoch festgehalten werden, dass gerade bei den Herzkrankheiten die Varianz äusserst gering ausfällt und die Anteile der verschiedenen Länder nahe beieinanderliegen. Am häufigsten auf dem ersten Rang finden sich die USA, nämlich bei Arthritis (24,7%), psychischen Erkrankungen (28,9%), Bluthochdruck (35,3%), Diabetes (14,4%) und Krebs (8,8%). Die weiteren ersten Ränge werden zweimal durch Norwegen (Asthma oder Lungenkrankheit mit 19,8% und Schlaganfall mit 3,8%) und einmal durch Deutschland (Herzkrankheiten mit 9,6%) belegt.

In der Schweiz kann seit dem Jahr 2010 bei allen chronischen Erkrankungen eine leichte Zunahme beobachtet werden, welche bei den psychischen Erkrankungen am stärksten ausfällt (siehe Tabellen⁵ L.2.1 bis L.2.8). Der Anteil befragte Personen mit Arthritis ist 2016 (19,2%) deutlich höher als 2010 (7,0%) und 2020 (8,5%), was auf die abweichende Formulierung der Fragestellung im Jahr 2016 zurückzuführen ist (2016: Arthritis und Gelenkschmerzen).

⁵ C.- und L.-Tabellen weisen auf die schweizspezifischen respektive auf die länderspezifischen Tabellen hin, welche neu nicht mehr im

Anhang zu finden sind, sondern auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch/cwf-berichte) unter Wohnbevölkerung ab 18 Jahren.

G 2.4 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher an einer spezifischen chronische Erkrankung leidet, internationaler Vergleich, 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

Bemerkung: Die chronischen Erkrankungen sind absteigend nach der Grösse des Schweizer Anteils geordnet.

Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung wurden zusätzlich gefragt, ob verschiedene Bereiche des Krankheitsmanagements (*chronic care management*) mit der behandelnden Fachperson besprochen wurden (siehe Tabellen L.2.9 bis L.2.11). In der Schweiz wurden bei 45,3% der befragten Personen die Hauptziele oder die Prioritäten der Behandlung besprochen, bei 41,7% wurden die Behandlungsmöglichkeiten und mögliche Nebenwirkungen diskutiert, während bei 21,5% ein schriftlicher Plan zum Selbstmanagement ausgehändigt wurde. Betrachtet man das ganzheitliche Krankheitsmanagement, so gibt ein Fünftel (21,4%) der in der Schweiz befragten Personen an, alle drei vorher erwähnten Bereiche mit der behandelnden Fachperson diskutiert zu haben (siehe Tabelle L.2.12). Im internationalen Vergleich entsprechen die Schweizer Anteile bei allen vier Auswertungen einem sechsten bis neunten Rang. Schliesslich sind 93,2% der betroffenen Personen in der Schweiz der Meinung, dass sie «voll und

ganz» (57,0%) oder «teilweise» (36,2%) die nötige Unterstützung durch Gesundheitsfachpersonen erhalten haben, damit sie mit der chronischen Erkrankung besser umgehen können (siehe Tabelle L.2.13). Im internationalen Vergleich entspricht dies dem zweiten Rang.

Ungefähr ein Drittel der Wohnbevölkerung der Schweiz machte sich Sorgen finanzieller Natur.

Sorgen können die Gesundheit einer Person beeinträchtigen, besonders dann, wenn sie ein existenzielles Bedürfnis betreffen und chronischer Natur sind. In der Schweiz sorgten sich während der letzten 12 Monate vor der Befragung 34,8% der Wohnbevölkerung immer, meistens oder manchmal über einen stabilen Job oder eine stabile Einkommensquelle, während sich 30,4% über genügend Geld zum Begleichen der Miete oder der Hypothek sorgten (siehe Grafik 2.5). Im internationalen Vergleich stellen beide Anteile einen zweiten Rang hinter den erstplatzierten USA dar (37,3% und 34,6%). Die tiefsten Anteile lassen sich in Deutschland (14,5% und 12,0%), Norwegen (15,6% und 12,1%), Schweden (17,8% und 12,2%) und den Niederlanden (18,2% und 13,3%) finden. In diesen vier Ländern ist die Sorge über genügend Geld zum Begleichen der Miete oder Hypothek seit 2016 gesunken (z.B. in Deutschland von 19,2% auf 12,0%), während der Anteil in der Schweiz um 3,7 Prozentpunkte und in Grossbritannien um 11,1 Prozentpunkte zunahm.

Bezüglich der Sorgen über genügend Essen (13,0%) sowie einem sauberen und sicheren Ort zum Schlafen (11,4%), sorgte sich in der Schweiz «zwar» nur etwas mehr als jede zehnte Person, allerdings entsprechen diese beiden Anteile im internationalen Ver-

K 1 – Beratungsbedarf und erhaltene Behandlung bei psychischen Problemen

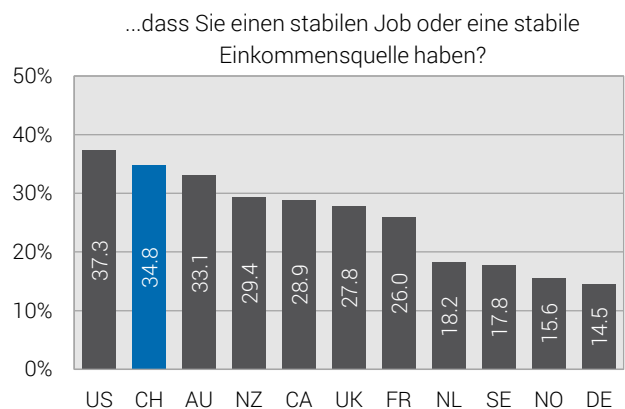
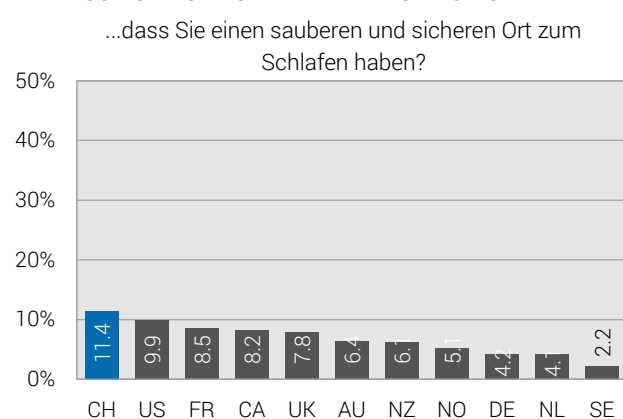
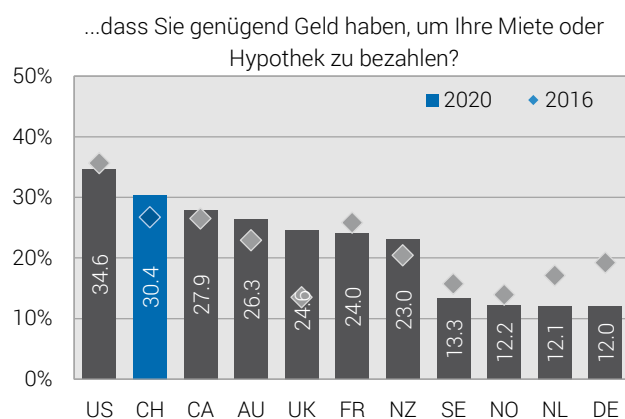
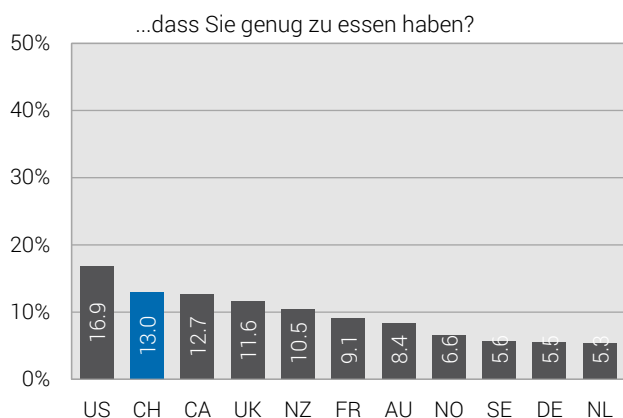
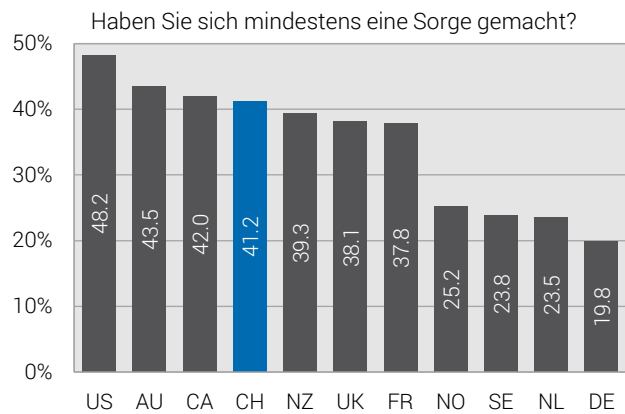
In der Schweiz wollten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung 14,6% der Wohnbevölkerung mit einer Gesundheitsfachperson über ihre psychische Gesundheit sprechen (siehe Tabelle L.2.14). Von diesen Personen – sowie den Personen, welche bereits einmal von einer Ärztin bzw. einem Arzt gehört haben, dass sie an einem psychischen Problem leiden – hat weniger als die Hälfte (43,7%, $n = 470$) in den letzten 12 Monaten auch eine Beratung oder Behandlung erhalten (siehe Tabelle L.2.15). Demzufolge hat ein grosser Anteil (55,9%) der psychisch belasteten Personen in der Schweiz – aus welchen Gründen auch immer – keine Beratung oder Behandlung erhalten oder wahrgenommen.

gleich jeweils einem zweiten, respektive, ersten Rang (siehe Grafik G 2.5). Betrachtet man den Anteil der Personen, welche sich mindestens eine dieser vier Sorgen⁶ machte, so belegt die Schweiz einen vierten Rang (41,2%) hinter den USA (48,2%), Australien (43,5%) und Kanada (42,0%). Erneut finden sich die tiefsten

Anteile bei den nördlichen Nachbarn der Schweiz: Deutschland (19,8%), den Niederlanden (23,5%), Schweden (23,8%) und Norwegen (25,2%).

G 2.5 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher sich während den letzten 12 Monaten «immer», «meistens» oder «manchmal» Sorgen machte, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016 und 2020

Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie sich Sorgen gemacht, ...



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2016 und 2020

© Obsan 2020

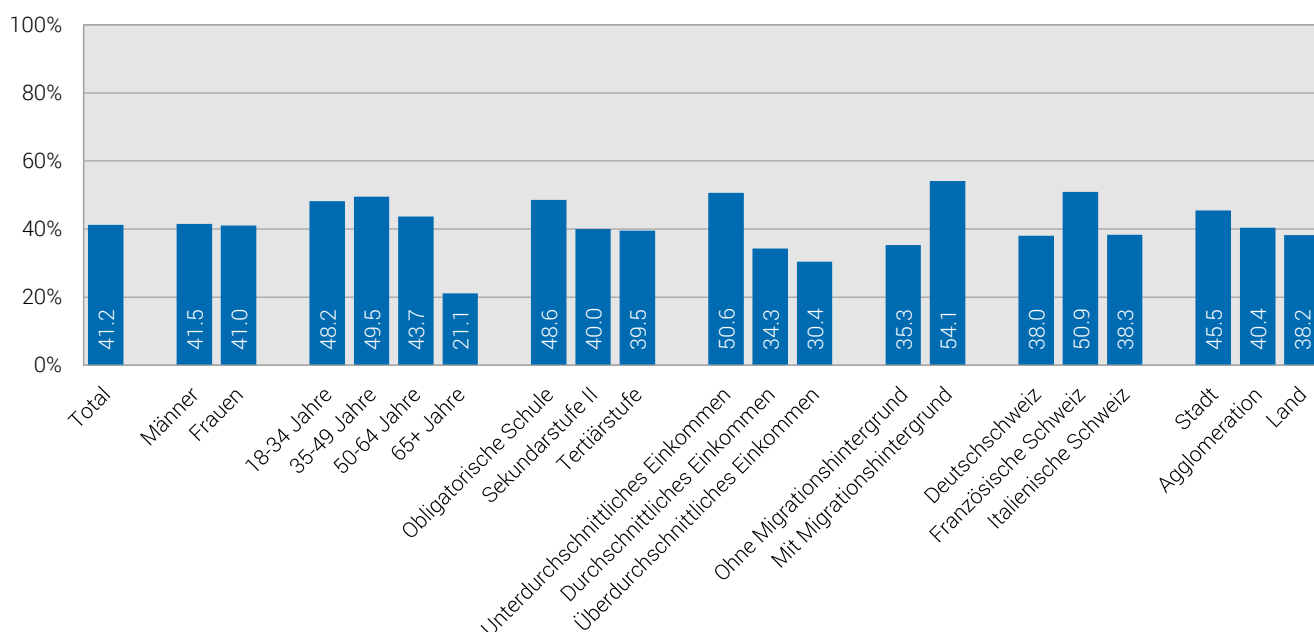
Bemerkung: Die erste Grafik zu mindestens einer Sorge entspricht dem Index "Anyworry".

⁶ Entspricht dem Index "Anyworry".

Im soziodemografischen Profil der Schweiz wird der Effekt der sozioökonomischen Ausgangslage einmal mehr deutlich (siehe Grafik G 2.6). Gerade Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen machten sich deutlich häufiger mindestens eine der vier Sorgen (50,6%) als Personen mit einem durchschnittlichen oder einem überdurchschnittlichen Einkommen (34,3% und 30,4%). Dasselbe Muster zeigt sich bei Personen mit Migrationshintergrund (54,1%) gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund (35,3%). Des Weiteren machten sich Personen in der französischen Schweiz (50,9%) deutlich häufiger mindestens eine der vier Sorgen als Personen in der Deutschschweiz oder italienischen Schweiz (38,0% und 38,3%). Schliesslich nehmen die Sorgen mit

steigendem Alter ab, was verschiedene Ursachen haben kann. So muss man sich ab 65 Jahren üblicherweise nicht mehr um einen sicheren Job kümmern, hat die Hypothek grösstenteils abbezahlt oder man lebt im höheren Alter oft auch in einem angepassten Wohnformat mit entsprechender Finanzierung und Versorgung. Abschliessend gilt es anzumerken, dass sich der Gradient der sozioökonomischen Ausgangslage in allen vier Bereichen der Sorgen finden lässt, wobei sich dieser bei den finanziellen Sorgenarten stärker ausprägt als bei den Sorgen über genügend Essen oder einen sauberen und sicheren Ort zum Schlafen (siehe Tabellen C.2.2 bis C.2.5).

G 2.6 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher sich während den letzten 12 Monaten «immer», «meistens» oder «manchmal» mindestens eine Sorge machte, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020
Bemerkung: Die abgebildeten Anteile basieren auf dem Index "Anyworry".

© Obsan 2020

Antibiotikaresistenzen und die Verunreinigung von Lebensmitteln durch Unkrautvernichter, Mikroplastik und Pflanzenschutzmittel bereiten der Wohnbevölkerung der Schweiz grosse Sorgen.

Unerwünschte Stoffe in Lebensmitteln bergen gesundheitliche Risiken und erregen immer wieder die Aufmerksamkeit Konsumentinnen und Konsumenten in der Schweiz. Fast jede befragte Person in der Schweiz hat bereits einmal von Salmonellen (92,1%), von Gentechnik (87,4%) oder von Antibiotikaresistenzen (85,4%) ge-

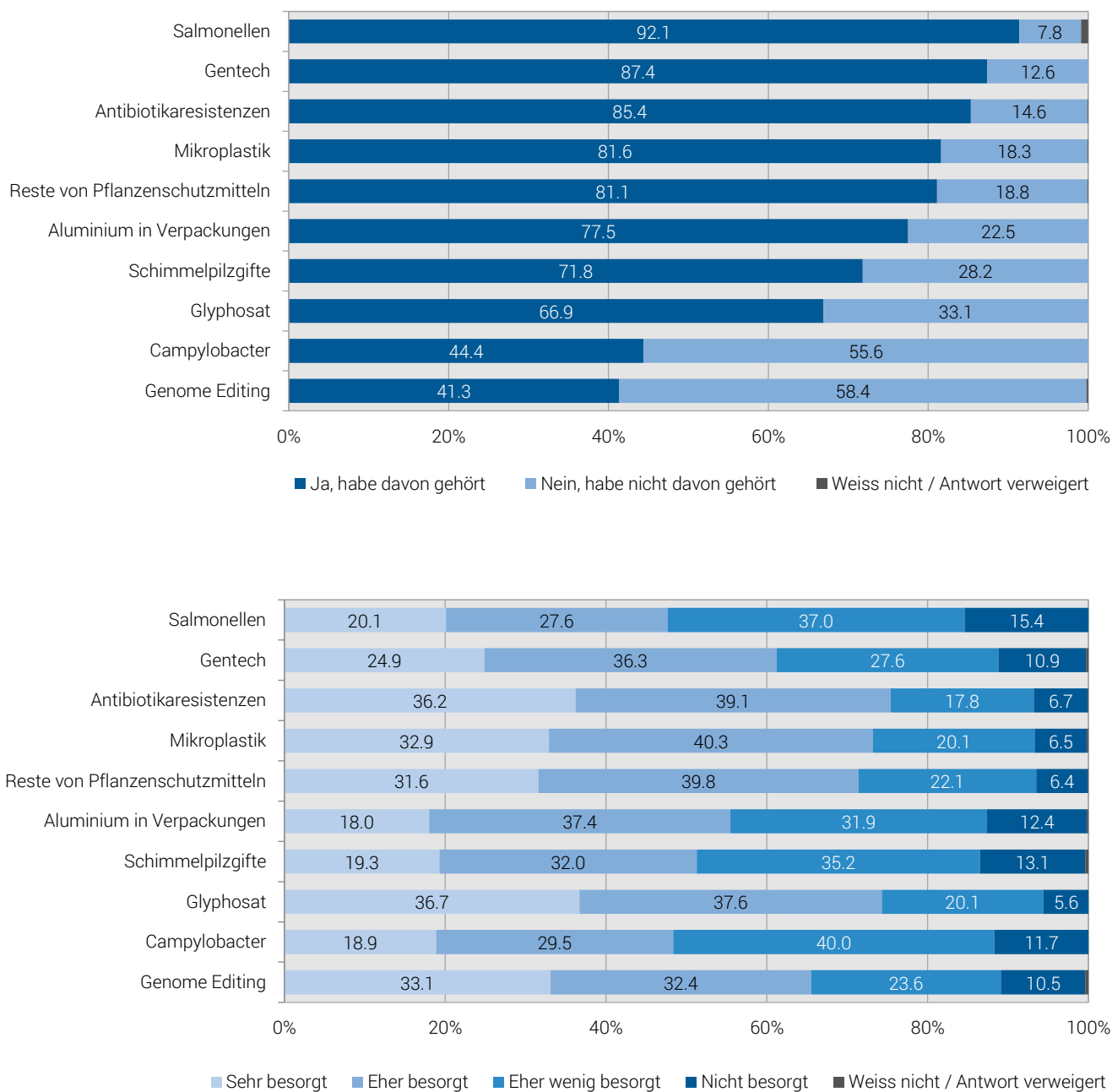
hört (siehe Grafik G 2.7). Weniger bekannt sind der Wohnbevölkerung die Themen Glyphosat⁷ (66,9%), Campylobacter⁸ (44,4%) und Genome-Editing⁹ (41,3%). Am stärksten sorgt sich die Wohnbevölkerung über Antibiotikaresistenzen (75,3% sind sehr besorgt oder eher besorgt), Glyphosat (74,3%), Mikroplastik (73,2%) und Reste von Pflanzenschutzmitteln (71,4%). Gerade die eher unbekannten Glyphosat- oder Genome-Editing-Thematiken bereiten verhältnismässig grosse Sorgen. Im soziodemografischen Profil der Schweiz ist in allen Themenbereichen der Lebensmittelsicherheit ein Altersgradient zu erkennen: Ältere Personen sorgen sich stärker als jüngere Personen (siehe Tabellen C.2.6 bis C.2.15).

⁷ Unkrautvernichter.

⁸ Bakterielle Infektionskrankheit (begleitet von Durchfall).

⁹ Molekularbiologische Techniken zur zielgerichteten Veränderung der DNA.

G 2.7 Anteil der Wohnbevölkerung, welchem ein spezifisches Thema im Bereich der Lebensmittelsicherheit bekannt ist und das damit assoziierte Ausmass an Sorge, Schweiz, 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

2.2 Konsum rezeptpflichtiger Medikamente

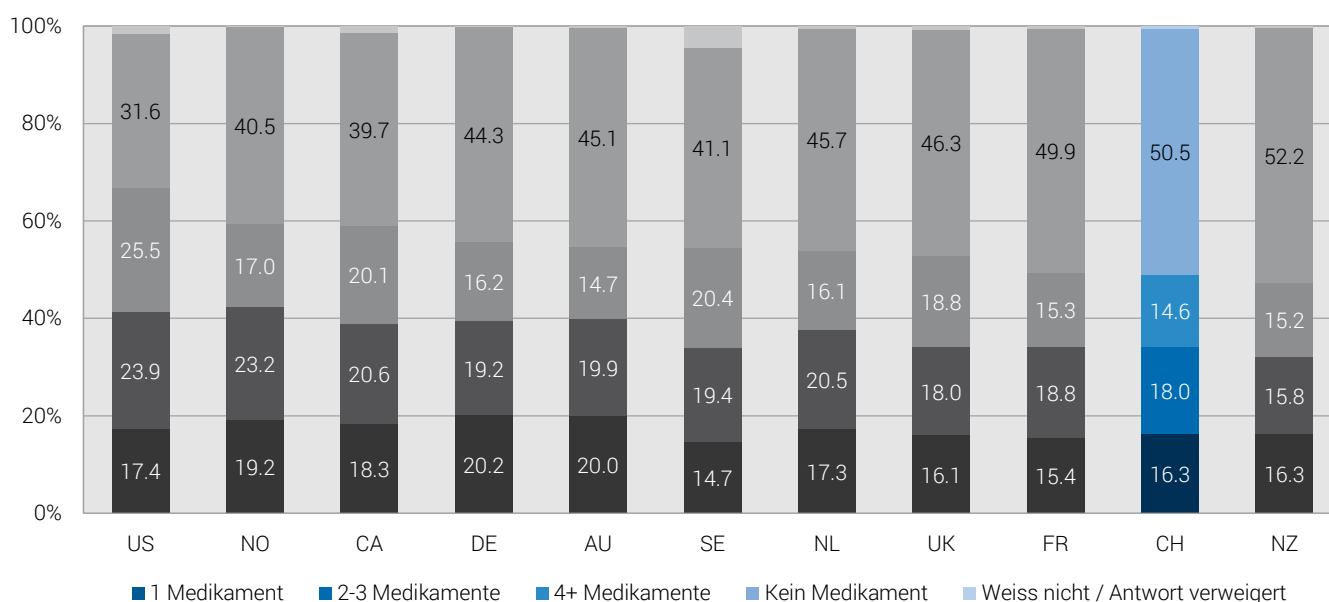
Die Hälfte der befragten Personen in der Schweiz konsumiert mindestens ein rezeptpflichtiges Medikament.

Der Anteil der Wohnbevölkerung der Schweiz, welcher rezeptpflichtige Medikamente verwendet, setzt sich wie folgt zusammen: 16,3% konsumieren ein rezeptpflichtiges Medikament, 18,0% nehmen zwei bis drei rezeptpflichtige Medikamente ein, während 14,6% vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnehmen (Total 48,9%; siehe Grafik G 2.8). Im internationalen Vergleich entspricht der Anteil der Schweizer Wohnbevölkerung mit rezeptpflichtigem Medikamentenkonsum dem zweitkleinsten Anteil nach Neuseeland (47,3%), während der Anteil in den USA mit

66,8% am höchsten ausfällt. In den USA ist der Anteil Personen, welche vier oder mehr unterschiedliche rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, besonders hoch: 25,5% versus 16,8% als Mittelwert der anderen zehn Länder.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigt sich in der Kategorie von vier oder mehr rezeptpflichtigen Medikamenten ein deutlicher Unterschied bezüglich Bildung und Einkommen (siehe Tabelle C.2.16). Personen mit höchstem Bildungsabschluss obligatorische Schule (24,9%) konsumieren deutlich häufiger vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (14,3%) oder Tertiärstufe (7,6%). Dasselbe Muster zeigt sich bezüglich Einkommen: So konsumieren Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen (18,5%) deutlich häufiger vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente als Personen mit einem überdurchschnittlichen Einkommen (8,3%).

G 2.8 Einnahme rezeptpflichtiger Medikamente, internationaler Vergleich, 2020



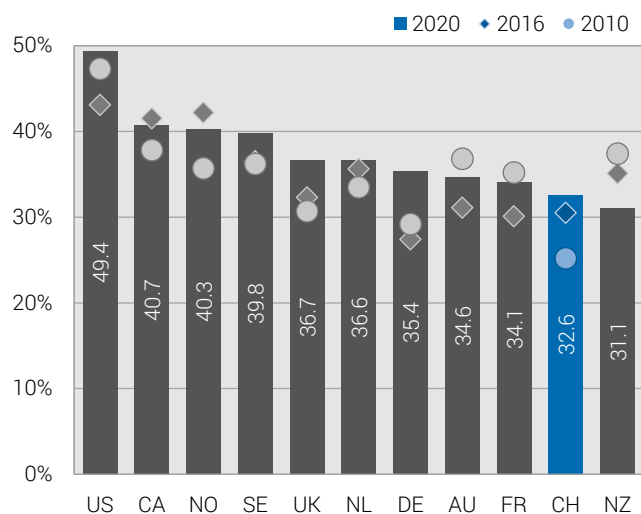
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

Die Einnahme von zwei oder mehr unterschiedlichen rezeptpflichtigen Medikamenten kann ein Sicherheitsrisiko darstellen und eine regelmässige Überprüfung macht gerade dann Sinn, wenn die Medikamente durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte verschrieben wurden. In der Schweiz ist der Anteil Personen, welche zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, in den letzten 10 Jahren um 7,5 Prozentpunkte angestiegen: Im Jahr 2010 waren es 25,1% der Wohnbevölkerung, während es im Jahr 2016 und 2020 nahezu ein Drittel (30,5% respektive 32,6%) waren (siehe Grafik G 2.9). Ein kontinuierlicher Rückgang seit 2010 ist nur in Neuseeland zu beobachten (von 37,4% im Jahr 2010 auf 31,1% im Jahr 2020). Bei 69,9% der befragten Personen in der Schweiz, welche zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, wurden in den letzten 12 Monaten vor der Befragung

alle Medikamente durch eine Ärztin bzw. Arzt, eine Pflegefachperson oder eine Apothekerin bzw. Apotheker überprüft (siehe Tabelle L.2.16). Dies entspricht im internationalen Vergleich bei einer Streuung zwischen 84,3% (in den USA) und 41,8% (in Frankreich) einem sechsten Rang im Mittelfeld. Innerhalb der Schweiz findet eine Überprüfung bei Multimedikation in der französischen Schweiz (56,8%) deutlich weniger häufig statt als in der Deutschschweiz (75,4%) und auch tendenziell weniger als in der italienischen Schweiz (71,4%; siehe Tabelle C.2.17).

G 2.9 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnimmt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020 © Obsan 2020

Ein Achtel (12,5%) der Wohnbevölkerung der Schweiz hat bereits einmal ein rezeptpflichtiges Schmerzmittel ohne ärztliches Rezept – oder anders als von der Ärztin bzw. dem Arzt verschrieben – zu sich genommen (siehe Tabelle L.2.17). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem ersten Rang vor Kanada (11,7%) und Frankreich (11,7%), während Neuseeland mit einem Anteil von 3,8% auf Platz 11 rangiert. Innerhalb der Schweiz zeigen sich deutliche Unterschiede im soziodemografischen Profil (siehe Tabelle C.2.18). In der französischen Schweiz geben deutlich mehr Personen an, bereits einmal ein rezeptpflichtiges Schmerzmittel ohne oder nicht gemäss ärztliche/r Anweisung konsumiert zu haben als in der Deutschschweiz oder der italienischen Schweiz (21,2% versus 9,5% respektive 11,4%). Des Weiteren geben Personen mit höchstem Bildungsabschluss obligatorische Schule (17,3%) oder Sekundarstufe II (12,7%) deutlich häufiger den Konsum rezeptpflichtiger Schmerzmittel ohne oder nicht gemäss ärztliche/r Anweisung an als Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss (7,6%). Ein ähnliches Muster findet sich bezüglich Einkommen: Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen (14,5%) konsumieren häufiger ein rezeptpflichtiges Schmerzmittel ohne oder nicht gemäss ärztliche/r Anweisung als Personen mit einem überdurchschnittlichen Einkommen (8,7%).

3 Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen

Die Hausarztpraxen und ambulanten Gesundheitszentren stellen für die Wohnbevölkerung meistens den ersten und wichtigsten Kontaktpunkt¹⁰ mit dem Gesundheitssystem dar. Hier werden medizinische Probleme identifiziert und behandelt sowie Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Des Weiteren werden die Patientinnen und Patienten oft vom Praxispersonal entlang der Behandlungskette begleitet und die relevanten Gesundheitsinformationen laufen hier zu einer ganzheitlichen Krankengeschichte zusammen. Neben den Hausarztpraxen und Gesundheitszentren stellen die Spitäler einen weiteren wichtigen Eckpfeiler des Gesundheitssystems dar. Hier wird zusätzlich zu ambulanten Angeboten primär die stationäre und notfallbedingte Nachfrage abgedeckt. Nachfolgend werden die Resultate zur Inanspruchnahme der Hausarztpraxen und Gesundheitszentren, der Spezialistinnen bzw. Spezialisten und der Spitäler sowie den dort gemachten Erfahrungen mit der Behandlung und Betreuung präsentiert.

3.1 Hausarztpraxen und ambulante Gesundheitszentren

In der Schweiz verfügen 93,0% der Wohnbevölkerung über eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt oder ein Gesundheitszentrum, das sie normalerweise für ihre medizinische Versorgung aufsuchen (nachfolgend **Hausarztpraxis** genannt), was im internationalen Vergleich dem achten Rang vor Kanada (89,9%), den USA (89,1%) und Schweden (86,7%) entspricht (siehe Grafik G 3.1 und Kasten K 2). In Norwegen verfügt jede (100,0%) und in den Niederlanden nahezu jede befragte Person (99,2%) über eine Hausarztpraxis, während im letztplatzierten Schweden 86,7% der Befragten eine Hausarztpraxis zur Verfügung haben. Der Schweizer Anteil zeigt sich in den letzten 10 Jahren relativ unverändert bei 93%, mit einem leichten, nicht signifikanten Rückgang 2016 (89,9%). Im selben Zeitraum stieg vor allem der Anteil in Grossbritannien (von 77,7% auf 96,8%) und in Deutschland (von 79,7% auf 95,9%) stark an, während in Schweden seit 2016 ein leichter Rückgang (von 92,1% auf 86,7%) zu verzeichnen ist.

K 2 – Definition «Hausarztpraxis» im Bericht

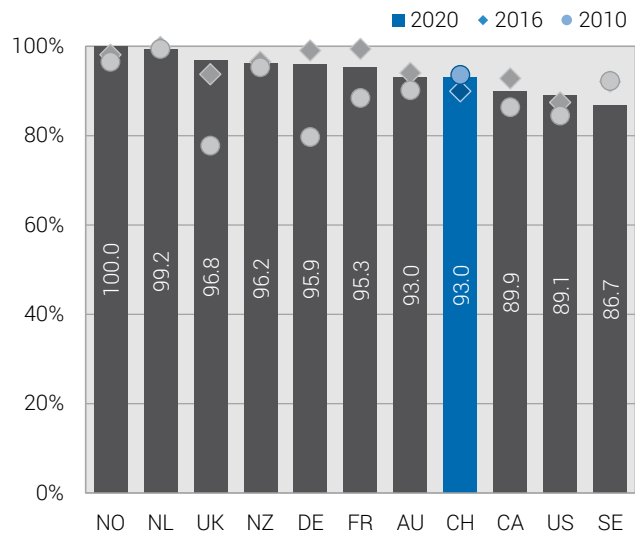
Der Index der Hausarztpraxis setzt sich aus den Fragen «Gibt es einen Arzt oder Ärztin, den/die Sie normalerweise für Ihre medizinische Versorgung aufsuchen?» (Q1130) und «Gibt es eine Gruppe von Ärzten, ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik, welche Sie normalerweise aufsuchen, wenn Sie medizinische Versorgung benötigen?» (Q1132). Folglich stellt der Begriff der Hausarztpraxis im gesamten Bericht einen Proxy für die Anlaufstelle dar, die von der Patientin bzw. dem Patienten normalerweise für eine medizinische Versorgung aufgesucht wird.

Der Anteil Personen, welche die Hausarztpraxis seit weniger als fünf Jahren besuchen, hat von 2016 (36,5%) bis 2020 (39,0%) leicht zugenommen, allerdings nicht mehr so deutlich wie noch von 2010 (25,5%) bis 2016 (siehe Tabelle L.3.1). In der Schweiz zeigt sich der grösste Unterschied bezüglich Praxistreue nach Alter: Bei den 18- bis 34-jährigen Personen besucht gut die Hälfte (49,4%) die Hausarztpraxis weniger als fünf Jahre, während es bei den 50- bis 64-jährigen (31,3%) und den 65-jährigen und älteren Personen (31,2%) jeweils ungefähr ein Drittel ist (siehe Tabelle C.3.1).

¹⁰ Mit der vom Bundesrat vorgesehenen KVG-Revision (Paket 2 – Vernehmlassung bis am 19.11.2020) dürfte den Hausarztpraxen

und ambulanten Gesundheitszentren als obligatorische Erstberatungsstellen eine noch wichtigere Rolle in der Eindämmung der Gesundheitskosten zukommen.

G 3.1 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher über eine Hausarztpraxis verfügt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020 © Obsan 2020

Bemerkung: Für eine Erläuterung der Hausarztpraxis vgl. Kasten K 2

84,5%, 2016: 80,1%, 2020: 83,3%) und erklärt auf einfach verständliche Weise (2010: 93,7%, 2016: 88,1%, 2020: 91,5%).

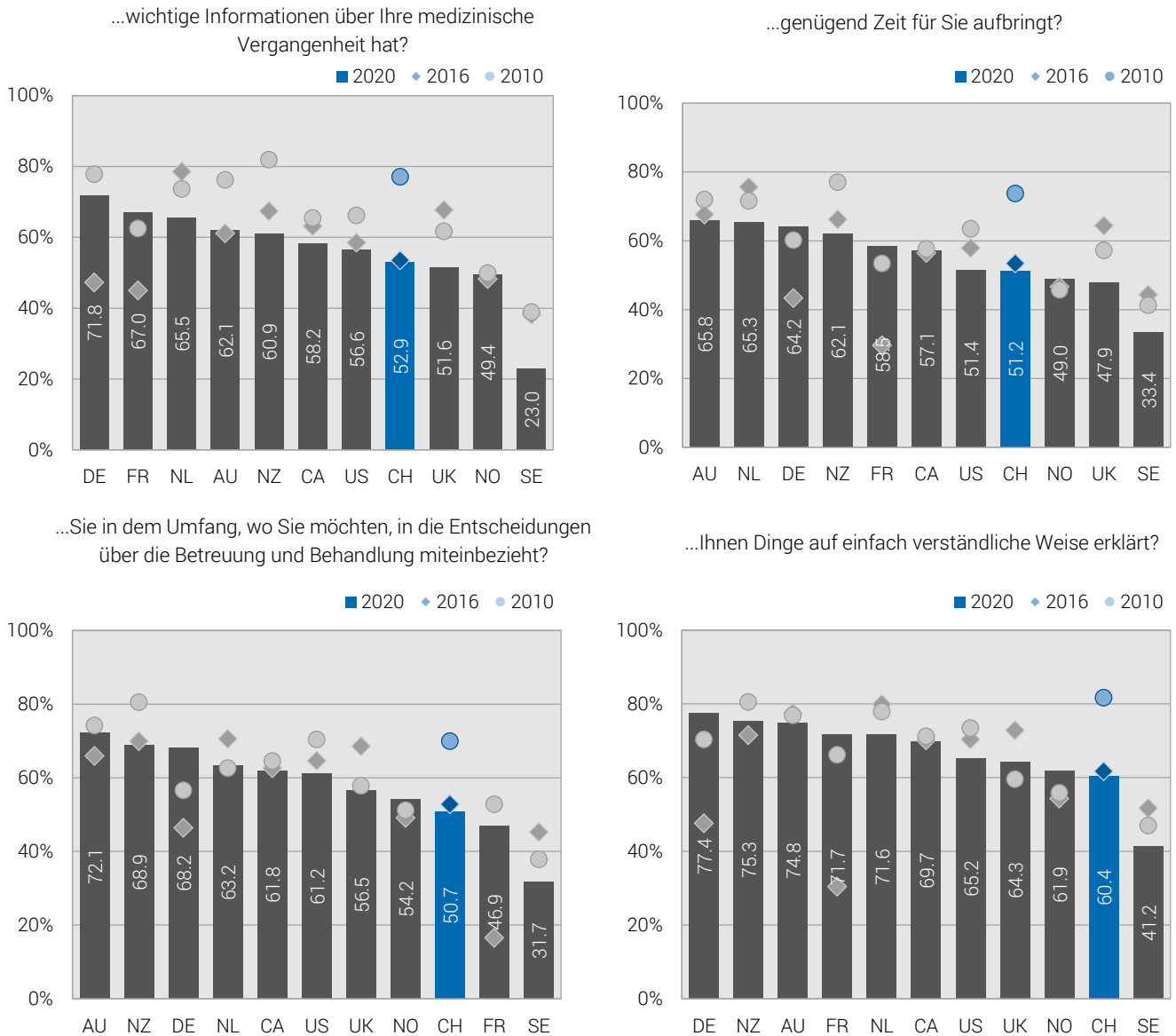
Die Verschlechterung von 2010 auf 2016, respektive, 2020 ist primär durch eine starke Abnahme der «immer» Antworten zu erklären (siehe Grafik G 3.2). So hat beispielsweise bei der Frage zur Kenntnis der medizinischen Vergangenheit der Anteil «immer» Antworten von 77,1% auf 52,9% abgenommen, während die Anteile «häufig» (12,0% versus 29,2%) und «manchmal» (3,2% versus 11,2%) bedeutend zugelegt haben (vgl. Tabelle L.3.2). In den drei weiteren Indikatoren haben die «immer» Anteile ebenfalls deutlich (nach demselben Verschiebungsmuster der Antwortkategorien) abgenommen. Im Jahr 2020 geben 51,2% (versus 73,7% im Jahr 2010) an, dass ihre Hausärztin bzw. ihr Hausarzt immer genügend Zeit für sie aufbringt und 50,7% (versus 69,9% im Jahr 2010) werden immer in die Entscheidungen über die Behandlung miteinbezogen. Des Weiteren erklärt bei 60,4% (versus 81,7% im Jahr 2010) der befragten Personen die Hausärztin bzw. der Hausarzt immer auf einfach verständliche Weise. Im internationalen Vergleich entsprechen diese Anteile den hinteren Rängen (8. bis 10. Rang).

Die von 2010 auf 2016 in den Hausarztpraxen beobachtete Qualitätsverschlechterung im Behandlungsablauf hat sich 2020 stabilisiert.

Wie bereits in den beiden Befragungen von 2010 und 2016 wurde die Wohnbevölkerung zur Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis befragt. Im Jahr 2020 beantworten die meisten Personen in der Schweiz die vier folgenden Indikatoren mit immer oder häufig: Die Hausärztin bzw. der Hausarzt kennt die medizinische Vergangenheit der Patientinnen und Patienten (82,1%; 6. Rang im internationalen Vergleich), bringt genügend Zeit für Patientinnen und Patienten auf (86,0%, 4. Rang), bezieht die Patientinnen und Patienten in Entscheidungen über die Behandlung ein (83,3%, 6. Rang) und erklärt auf einfach verständliche Weise (91,5%, 5. Rang; siehe Tabellen L.3.2 bis L.3.5). Im zeitlichen Vergleich fällt auf, dass diese Anteile zwar leicht höher sind als 2016, aber alle unter dem Ausgangsniveau von 2010 liegen: kennt die medizinische Vergangenheit (2010: 89,1%, 2016: 77,1%, 2020: 82,1%), bringt genügend Zeit auf (2010: 89,9%, 2016: 84,2%, 2020: 86,0%), bezieht in die Entscheidungen über Behandlung ein (2010:

G 3.2 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher auf die Fragen zur Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis mit «immer» geantwortet hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020

Wenn Sie Betreuung oder eine Behandlung brauchen, wie häufig kommt es vor, dass die Hausarztpraxis...



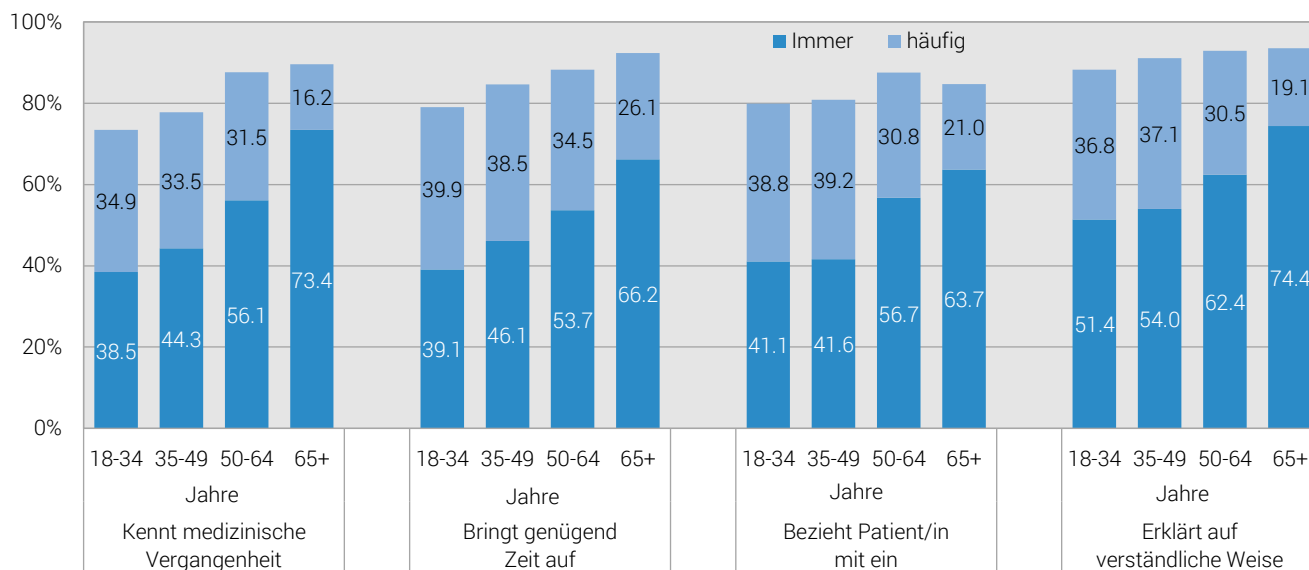
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

In den letzten 10 Jahren hat sich bezüglich Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis ein Altersgradient ergeben: Während sich die Anteile der Antworten immer und häufig aller vier Altersgruppen im Jahr 2010 bei den vier Indikatoren nicht erheblich unterschieden, zeigt sich 2020 ein deutlicher Unterschied im Antwortverhalten (siehe Grafik G 3.3). Am deutlichsten fällt der Altersgradient bezüglich der hausärztlichen Kenntnis der medizinischen Vergangenheit der Patientinnen und Patienten aus. Bei fast drei Viertel (73,4%) der 65-jährigen und älteren Personen kennt die Hausärztin bzw. der Hausarzt die medizinische Vergangenheit immer, während dies bei den 18- bis 34-jährigen Personen

deutlich weniger häufig ist (38,5%). Dieser Altersgradient kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen besuchen die jüngeren Personen ihre Hausarztpraxen seit weniger langer Zeit als die älteren Personen, was sich auf die hausärztliche Kenntnis der medizinischen Vergangenheit, aber auch auf die Qualität der Hausarzt-Patient-Beziehung und den generellen Behandlungsablauf auswirken kann. Zum anderen kann es durchaus sein, dass sich die Altersgruppen in ihren Erwartungen an die Hausärztin bzw. den Hausarzt unterscheiden und den Behandlungsablauf dementsprechend unterschiedlich bewerten.

G 3.3 Altersgradient in der Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis, Schweiz, 2020



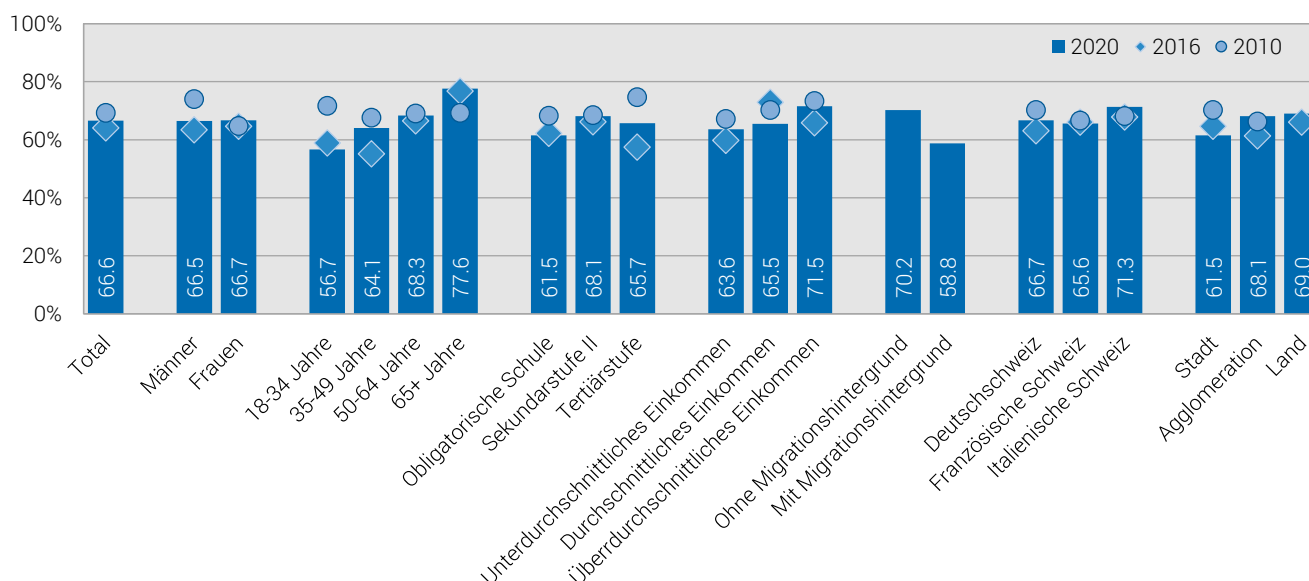
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

Zwei Drittel (66,6%) der Wohnbevölkerung der Schweiz bewerten die in den letzten 12 Monaten erhaltene medizinische Betreuung in ihrer Hausarztpraxis als ausgezeichnet oder sehr gut, während 21,7% die medizinische Betreuung als gut und 3,7% als mittelmässig oder schlecht bewerten (siehe G 3.4; siehe Tabelle C.3.2). Die 65-jährigen und älteren Personen bewerten die hausärztliche Betreuung deutlich besser als die jüngste Altersgruppe (77,6% ver-

sus 56,7%), wobei sich dieser Unterschied in den letzten 10 Jahren ergeben hat. Im Jahr 2010 waren es die 18- bis 34-jährigen Personen, welche die hausärztliche Betreuung mit 71,7% am besten bewertet haben. Des Weiteren wird die medizinische Betreuung von Personen ohne Migrationshintergrund deutlich besser bewertet als von Personen mit Migrationshintergrund (70,2% versus 58,8%).

G 3.4 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die medizinische Betreuung in der Hausarztpraxis als «ausgezeichnet» oder «sehr gut» beschreibt, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

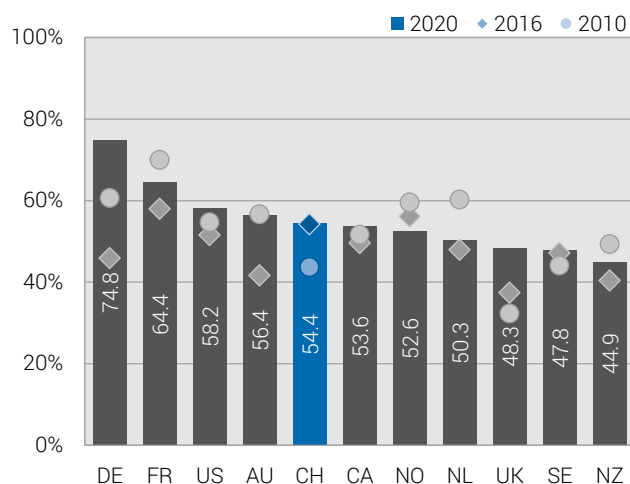
Die Hälfte der Wohnbevölkerung der Schweiz war in den letzten zwei Jahren bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten.

Über die Hälfte (54,4%) der Wohnbevölkerung der Schweiz hat in den letzten zwei Jahren vor der Befragung eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten konsultiert (siehe Grafik G 3.5). In Deutschland (74,8%) und Frankreich (64,4%) konsultierten die befragten Personen deutlich häufiger eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten, während dies in Grossbritannien (48,3%), Schweden (47,8%) und Neuseeland (44,9%) deutlich weniger der Fall war. In den meisten Ländern ist seit 2016 ein leichter bis starker Anstieg von Konsultationen bei der Spezialistin bzw. dem Spezialisten zu beobachten. Am stärksten fällt dieser Anstieg in Deutschland (+28,9 Prozentpunkte), Australien (+14,8 Prozentpunkte) und Grossbritannien (+10,9 Prozentpunkte) aus, während sich der Schweizer Anteil im selben Zeitraum unverändert zeigt (-0,2 Prozentpunkte). Einzig in Norwegen ist seit 2016 ein kontinuierlicher Rückgang von 56,1% auf 52,6% zu verzeichnen.

Betrachtet man das soziodemografische Profil der Schweiz, so konsultieren die 65-jährigen und älteren Personen deutlich häufiger eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten (64,7%) als die 18- bis 34-jährigen (46,3%) oder die 35- bis 49-jährigen Personen (49,0%; siehe Tabelle C.3.3).

Des Weiteren konsultierte die Wohnbevölkerung der Schweiz in den meisten Fällen ein bis zwei Spezialistinnen bzw. Spezialisten (76,4%), während ungefähr jede sechste Person (16,2%) bei drei bis fünf Spezialistinnen bzw. Spezialisten war (siehe Grafik 3.6). Letzterer Anteil ist in Deutschland (31,6%) und Frankreich (30,9%) am höchsten und fast doppelt so hoch wie in der Schweiz (16,2%).

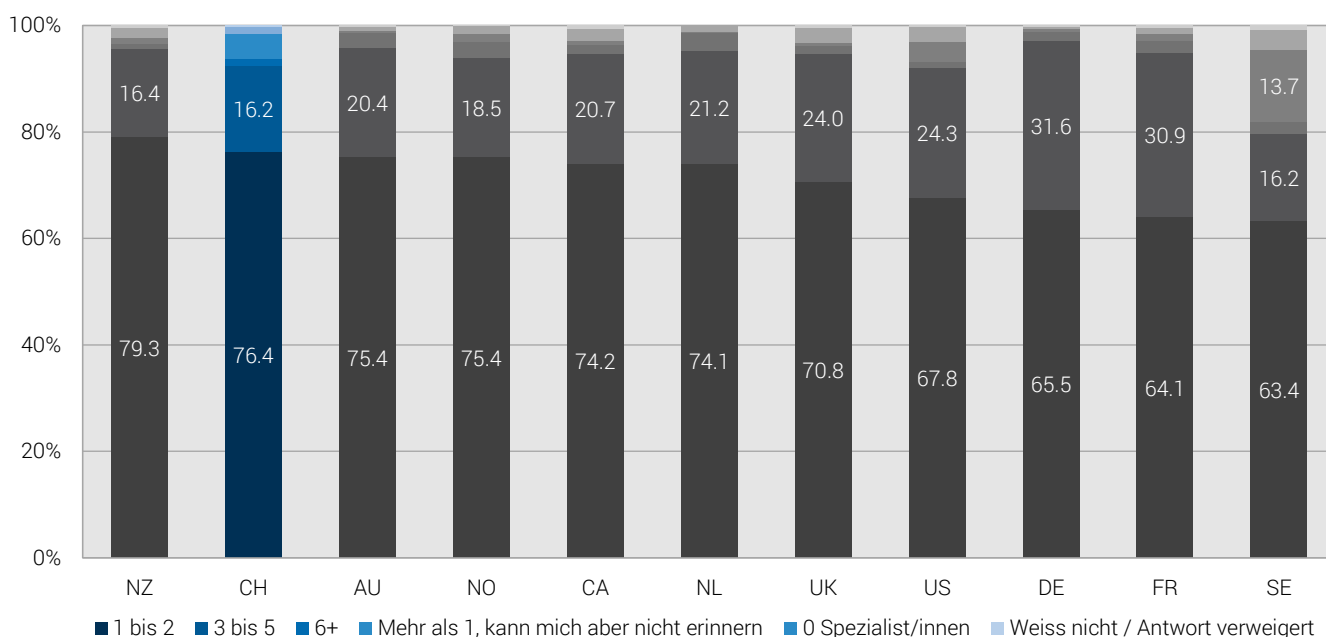
G 3.5 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher in den letzten zwei Jahren eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten konsultiert hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020 © Obsan 2020

Bemerkung: Die Vergleiche mit 2010 sind mit Vorsicht zu betrachten, da im Unterschied zu 2016 und 2020 nicht nur gefragt wurde, ob man in den zwei Jahren vor der Befragung bei einer Spezialistin bzw. bei einem Spezialisten gewesen ist, sondern auch, ob man eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten hätte konsultieren müssen.

G 3.6 Anzahl der konsultierten Spezialistinnen bzw. Spezialisten in den letzten zwei Jahren, internationaler Vergleich, 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

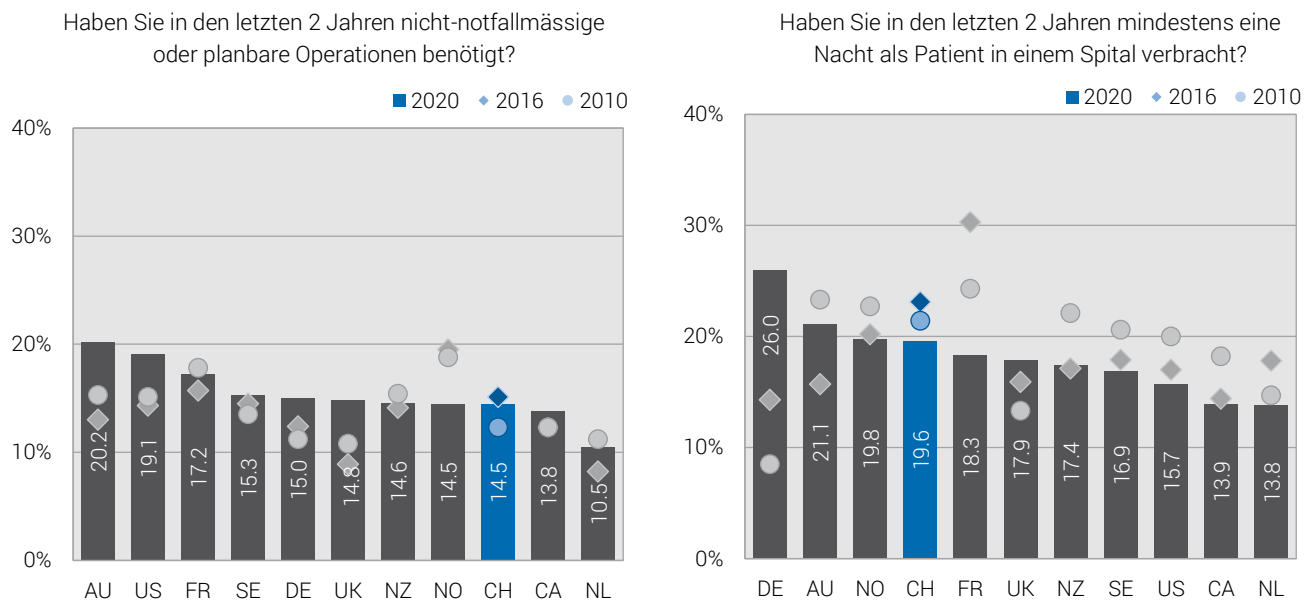
3.2 Ambulante und stationäre Spitalaufenthalte (inklusive Notaufnahme)

Insgesamt haben 14,5% der Wohnbevölkerung der Schweiz in den letzten zwei Jahren vor der Befragung eine nicht-notfallmässige oder planbare Operation benötigt und 19,6% haben mindestens eine Nacht im Spital verbracht (siehe Grafik 3.7). Bei den planbaren Operationen liegt die Schweiz im internationalen Mittel von circa 15% und nur Australien (20,2%) und die USA (19,1%) weisen einen bedeutend höheren Anteil aus als die Schweiz. Im zeitlichen Vergleich hat sich der Anteil planbarer Operationen in der Schweiz nur unbedeutend verändert (2010: 12,3% und 2016: 15,1%).

Jede fünfte (19,6%) befragte Person in der Schweiz berichtet im Jahr 2020 von einem stationären Spitalaufenthalt, was im in-

ternationalen Vergleich einem vierten Rang im Mittelfeld entspricht (internationales Mittel: 18,2%). Am höchsten ist der Anteil stationärer Spitalaufenthalte in Deutschland (26,0%) und am niedrigsten in Schweden (13,8%). Seit 2016 ist in der Schweiz der Anteil stationärer Spitalaufenthalte leicht zurückgegangen (von 23,1% auf 19,6%), während sich im selben Zeitraum in Frankreich und Deutschland deutlichere Veränderungen feststellen lassen: In Frankreich verringerte sich der Anteil von 30,3% auf 18,3% und in Deutschland stieg der Anteil von 14,3% auf 26,0% an. Das soziodemografische Profil der Schweiz zeigt, dass die 65-jährigen und älteren Personen (26,8%) tendenziell häufiger stationäre Spitalaufenthalte ausweisen als die drei jüngeren Altersgruppen (19,2%, 14,5% und 18,5%; siehe Tabelle C.3.20). Des Weiteren berichten Personen in der französischen Schweiz (21,2%) häufiger von einer Nacht im Spital als die befragten Personen in der Deutschschweiz (14,4%).

G 3.7 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher eine planbare Operation benötigt hat oder eine Nacht im Spital verbracht hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

Ungefähr ein Drittel der im Notfall behandelten Probleme könnte bei Verfügbarkeit auch durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt behandelt werden.

Etwas weniger als ein Drittel (28,8%) der Wohnbevölkerung der Schweiz hat in den vergangenen zwei Jahren vor der Befragung die Notaufnahme eines Spitals für eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen, was im internationalen Vergleich einem siebten Rang im Mittelfeld entspricht (siehe Grafik G 3.8). Am häufigsten wurde die Notaufnahme in Kanada (41,8%) und am wenigsten in den Niederlanden (19,4%) beansprucht. Nach einer deutlichen Zunahme der Inanspruchnahme der Schweizer Notaufnahmen von 2010 (22,1%) bis 2016 (30,6%), ist der Anteil von

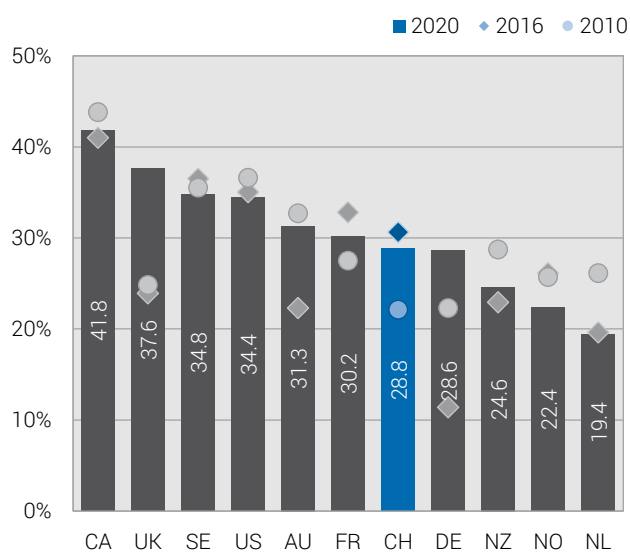
2016 bis 2020 um 1,8 Prozentpunkte gesunken. Die stärksten Zunahmen sind seit 2016 in Deutschland (von 11,4% auf 28,6%) und Grossbritannien (von 23,9% auf 37,6%) zu beobachten.

In der Schweiz besuchen Personen mit Migrationshintergrund (34,8%) die Notaufnahme signifikant häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund (26,2%; Tabelle C.3.5). Zudem beanspruchen Personen in der französischen Schweiz (38,5%) die Notaufnahme häufiger als Personen in der Deutschschweiz (25,2%), während sich Personen aus der italienischen Schweiz (32,9%) nicht signifikant von den Personen der beiden anderen Sprachregionen unterscheiden.

Über ein Drittel (36,0%) der im Notfall gewesenen Personen geben an, dass ihre Beschwerde auch von der Hausärztin bzw.

dem Hausarzt hätte behandelt werden können, falls diese verfügbar gewesen wären (siehe Tabelle L.3.6). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem dritten Platz hinter Kanada (38,8%) und den USA (38,7%), während Frankreich mit dem kleinsten Anteil (24,7%) den 11. Rang belegt. Im soziodemografischen Profil der Schweiz ist vor allem der Geschlechterunterschied auffällig: Frauen (45,6%) berichten deutlich häufiger als Männer (26,5%), dass die im Notfall behandelte Beschwerde eigentlich auch vom Personal der Hausarztpraxis hätte behandelt werden können, wenn diese verfügbar gewesen wären (siehe Tabelle C.3.6).

G 3.8 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher in den letzten zwei Jahren vor der Befragung die Notaufnahme in Anspruch genommen hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020 © Obsan 2020

Die Wohnbevölkerung der Schweiz bewertet die Behandlung und die Freundlichkeit der Spitalärztinnen bzw. Spitalärzte und des Spitalpersonals sehr positiv

Die Wohnbevölkerung der Schweiz wurde während dem letzten Spitalaufenthalt im Wesentlichen so in die Entscheidungen über ihre Pflege und Behandlung miteinbezogen, wie sie sich das gewünscht hat: 63,2% berichten, dies sei voll und ganz der Fall gewesen, während 29,0% teilweise in die Entscheidungen involviert wurden (siehe Tabelle L.3.7). Die Summe der beiden Anteile (92,2%) entspricht im internationalen Vergleich dem ersten Rang vor den Niederlanden (91,9%) und Schweden (91,3%), während Kanada mit 78,7% den letzten Rang belegt. Des Weiteren wurden die befragten Personen in der Schweiz während ihrem letzten Spitalaufenthalt von den Spitalärztinnen bzw. Spitalärzten (91,3%) sowie den Pflegefachpersonen (94,5%) immer oder häufig freundlich und respektvoll behandelt (siehe Tabelle L.3.8 und L.3.9). In beiden Bereichen schliesst Frankreich jeweils am besten ab

(95,2% respektive 96,2%), während Grossbritannien zweimal den letzten Rang belegt (82,0% respektive 81,3%).

Drei Viertel (75,0%) der Wohnbevölkerung der Schweiz haben während dem letzten Spitalaufenthalt schriftliche Informationen dazu bekommen, auf welche Symptome oder gesundheitliche Probleme man nach einer Spitalentlassung achten muss (siehe Tabelle L.3.10). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem achten Rang und nur in Schweden (60,9%) und Norwegen (55,2%) werden deutlich seltener schriftliche Informationen ausgehändigt. Im zeitlichen Vergleich hat der Schweizer Anteil zwar kontinuierlich zugenommen (2010: 53,7%; 2016: 64,0% und 2020: 75,0%), jedoch entspricht dies keiner Verbesserung in der Rangliste (neunter oder achter Rang).

Im internationalen Vergleich weist die Besprechung der (Multi-)Medikation vor einer Spitalentlassung Verbesserungspotenzial auf.

Werden während einem Spitalaufenthalt Medikamente verschrieben, so stellt die Besprechung und Kontrolle der verschriebenen Medikamente (inklusive der vor dem Spitalaufenthalt konsumierten Medikamente) mit der Patientin bzw. dem Patienten vor dem Austritt einen wichtigen Sicherheitsfaktor dar. Bei 79,9% der aus dem Spital entlassenen Personen wurden alle (vor und während dem Spitalaufenthalt) verschriebenen Medikamente entsprechend besprochen (siehe Tabelle L.3.11). Dieser Anteil ist in der Schweiz tendenziell rückläufig (2010: 89,0% und 2016: 88,9%) und entspricht im internationalen Vergleich einer Verschlechterung um drei Ränge (2. Rang im Jahr 2010 und 5. Rang im Jahr 2020).

4 Qualität und Koordination in der Versorgung

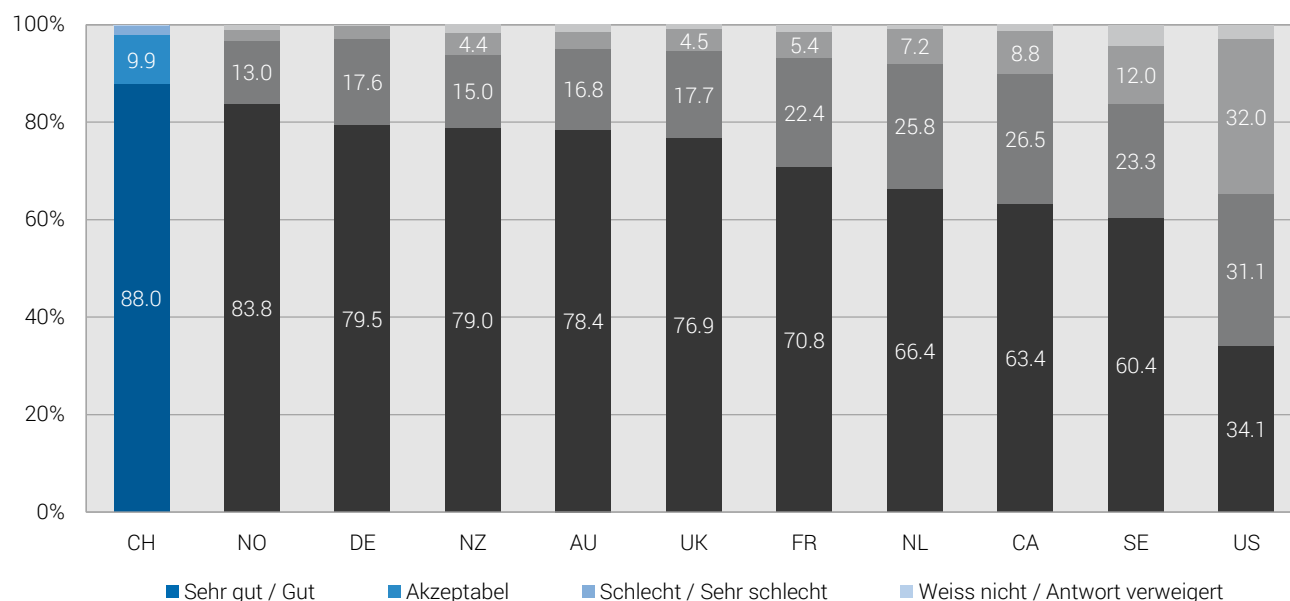
Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren werden ein Gesundheitssystem und die darin erbrachten Leistungen überprüft und allenfalls verbessert. Zu diesem Zweck können beispielsweise die Aufenthaltsdauern in Akutspitälern, postoperative Wundinfektionsraten oder die Anzahl Rehospitalisierungen nach einer Operation analysiert und verglichen werden (Tuch, Jörg, Hedinger & Widmer, 2018; siehe auch ANQ - Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken). Zunehmend wichtiger werden Zufriedenheitsbefragungen und Erfahrungsberichte von Patientinnen und Patienten, welche bei der Identifikation möglicher Problembereiche helfen. Nachfolgend werden die Resultate zur globalen Bewertung des Gesundheitssystems, der Verfügbarkeit und Wartezeiten, erlebte Koordination zwischen Leistungserbringern sowie wahrgenommene Ineffizienz und medizinische Fehler präsentiert.

4.1 Globale Bewertung des Gesundheitssystems

Fast neun von zehn Personen (88,0%) der Wohnbevölkerung der Schweiz beurteilen die Leistung des Gesundheitssystems als sehr gut oder gut, was im internationalen Vergleich dem ersten Rang vor Norwegen (83,8%) entspricht (siehe Grafik G 4.1). Besonders auffällig ist die schlechte Bewertung des US-Gesundheitssystems durch die Wohnbevölkerung: Nur 34,1% bewerten die Leistung als sehr gut oder gut, während ein fast gleich hoher

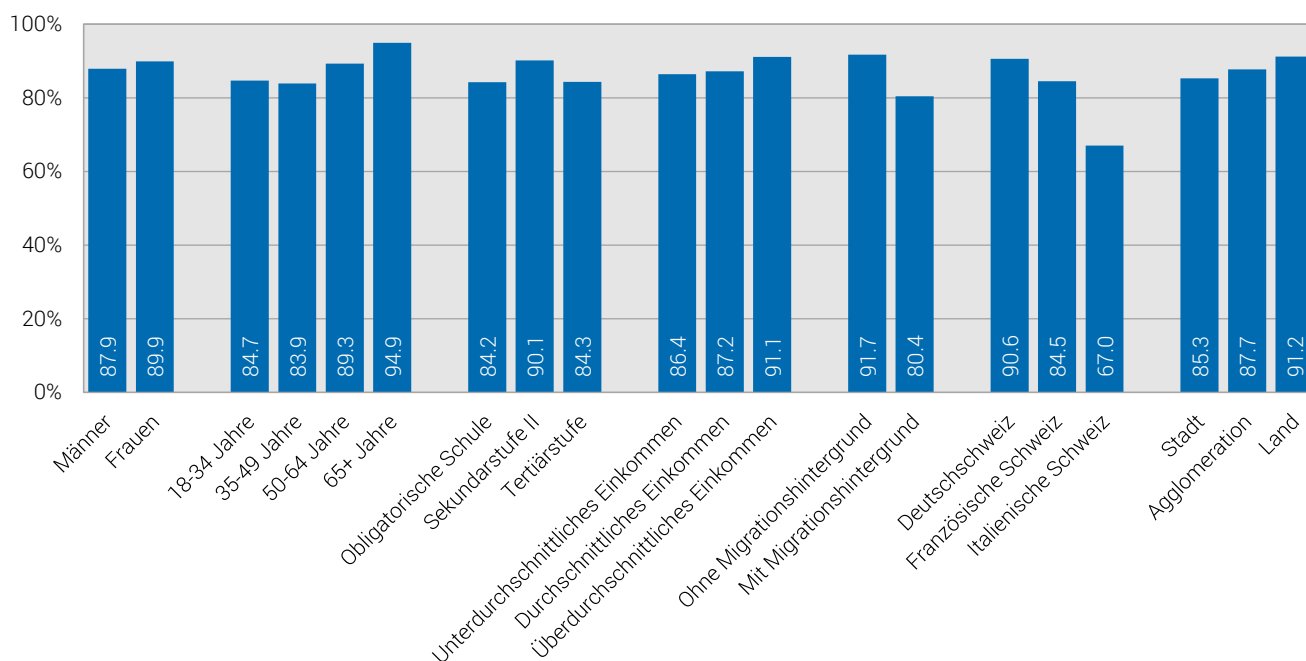
Anteil von 32,0% die Leistung als schlecht oder sehr schlecht beurteilt. In keinem der anderen Länder werden die Leistungen vergleichbar schlecht beurteilt. Die Frage nach der allgemeinen Qualität der medizinischen Versorgung wurde 2020 nur noch in der Schweiz gestellt (siehe Tabelle C.4.1). Insgesamt bewerten 97,2% der Personen die allgemeine Qualität als hervorragend (16,1%), sehr gut (57,8%) oder gut (23,3%). Verglichen mit 2016 (95,2%) entspricht dies einer nicht signifikanten Verbesserung von 2,0 Prozentpunkten.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz fallen vier Besonderheiten auf (siehe Grafik 4.2). Die 65-jährigen und älteren Personen bewerten die Leistung des Gesundheitssystems deutlich besser (94,9%) als die drei jüngeren Altersgruppen (84,7%, 83,9% und 89,3%). Des Weiteren bewerten Personen mit Migrationshintergrund die Leistung um 11,3 Prozentpunkte tiefer als Personen ohne Migrationshintergrund (80,4% versus 91,7%). Der grösste Unterschied ist in den Sprachregionen zu finden: Der Anteil der sehr guten oder guten Bewertung ist in der italienischen Schweiz (67,0%) deutlich tiefer als in der französischen Schweiz (84,5%) und der Deutschschweiz (90,6%). Letztere beiden Anteile unterscheiden sich ebenfalls signifikant. Schlussendlich zeigt sich auch ein Effekt der Urbanisierung: In der Stadt lebende Personen beurteilen die Leistungen signifikant schlechter als die auf dem Land lebenden Personen (85,3% versus 91,2%), während sich der Anteil der in der Agglomeration lebenden Personen nicht bedeutend von den beiden anderen Gruppen unterscheidet.

G 4.1 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die Leistung des Gesundheitssystems als «sehr gut» oder «gut» beurteilt, internationaler Vergleich, 2020


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

G 4.2 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die Leistung des Gesundheitssystems als «sehr gut» oder «gut» beurteilt, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2020


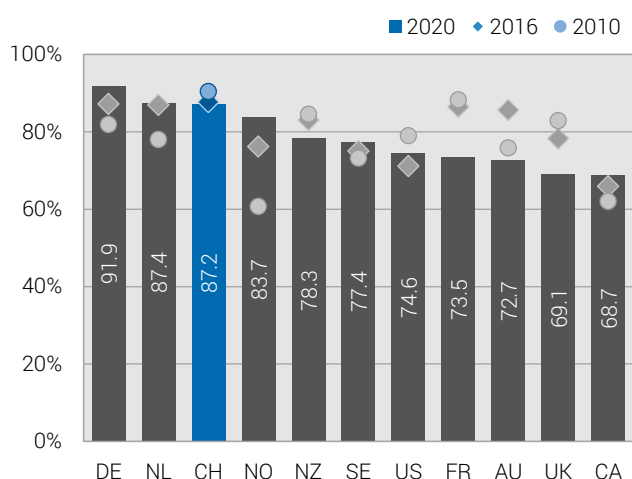
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

4.2 Verfügbarkeit und Wartezeiten

Fast neun von zehn Personen (87,2%)¹¹ in der Schweiz erhalten immer oder oft am gleichen Tag eine Antwort, wenn sie ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt während den normalen Öffnungszeiten mit einem medizinischen Anliegen kontaktieren (siehe Grafik G 4.3). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem dritten Rang hinter Deutschland (91,9%) und den Niederlanden (87,4%). Dieser Anteil zeigt sich in der Schweiz seit 10 Jahren als relativ stabil (2010: 90,4% und 2016: 87,7%), während in den anderen Ländern stärkere Schwankungen zu beobachten sind. So verzeichnet beispielsweise Norwegen im selben Zeitraum einen starken Zuwachs von 60,7% auf 83,7%, während in Frankreich (von 88,2% auf 73,5%) und Grossbritannien (von 82,9% auf 69,1%) die stärksten Rückgänge zu verzeichnen sind.

G 4.3 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher bei einem medizinischen Anliegen «immer» oder «oft» am selben Tag eine Antwort der Hausarztpraxis erhält, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020 © Obsan 2020

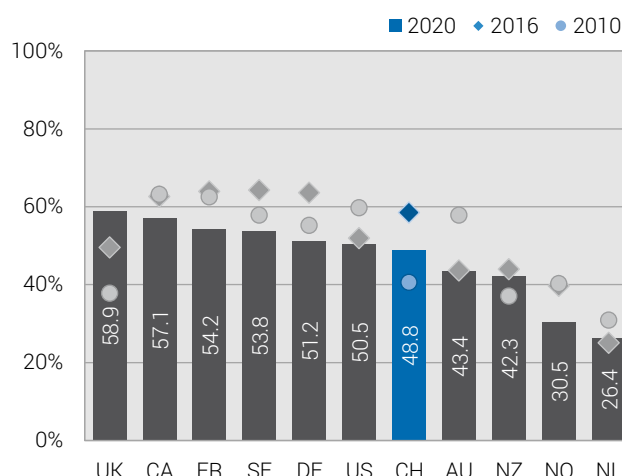
Bemerkung: Die in der Grafik abgebildeten Daten unterliegen einer Korrektur der Basisrate ($n = 1904$). Es wurden nur Personen in die Analyse miteinbezogen, welche auch versucht haben, ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt zu kontaktieren.

In der Schweiz ist es für 48,8%¹² der befragten Personen sehr schwierig oder ziemlich schwierig, medizinische Versorgung am Abend, am Wochenende oder an Feiertagen zu erhalten (siehe Grafik G 4.4). In den letzten 10 Jahren sanken die Anteile in mehreren Ländern nach einem Zuwachs von 2010 auf 2016 wieder oder haben sich 2020 auf dem Niveau von 2016 stabilisiert. In der Schweiz ist nach dem starken Anstieg von 2010 bis 2016 (40,6%

¹¹ Korrigierte Basisrate ($n = 1904$): Es handelt sich nur um die Personen, welche auch den Kontakt mit ihrer Hausarztpraxis gesucht haben.

auf 58,5%) nun wieder ein Rückgang zu verzeichnen (48,8% im Jahr 2020). Eine Ausnahme bildet Grossbritannien, wo seit 2010 ein kontinuierlicher Anstieg von 37,8% auf 58,9% zu beobachten ist, was einer Verschlechterung vom neunten auf den ersten (schlechtesten) Rang entspricht.

G 4.4 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher es als «sehr schwierig» oder «ziemlich schwierig» erachtet, ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten medizinische Versorgung zu erhalten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020 © Obsan 2020

Bemerkung: Die in der Grafik abgebildeten Daten unterliegen einer Korrektur der Basisrate ($n = 1564$). Es wurden nur Personen in die Analyse miteinbezogen, welche auch versucht haben, am Abend, am Wochenende oder an Feiertagen medizinische Versorgung zu erhalten (ohne dabei in eine Notaufnahme oder Notfallpraxis zu gehen).

Die Wohnbevölkerung der Schweiz schöpft das vorhandene eHealth-Angebot der Hausarztpraxen (noch) nicht vollumfänglich aus.

In der Vergangenheit haben Befragungen der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz gezeigt, dass das Angebot an digitalen Dienstleistungen (eHealth) in der ambulanten Grundversorgung relativ schwach ausgeprägt ist, obwohl die Wohnbevölkerung grosses Interesse an eHealth zeigt (FMH, 2019; Pahud, 2020). Im Jahr 2019 kann mit vielen Hausarztpraxen zwar mittels E-Mail bezüglich medizinischer Anliegen kommuniziert werden (79,9%), weitere eHealth-Angebote sind jedoch eher selten zu finden: online Terminfixierungen (10,2%), Rezeptverlängerungen (11,9%), Einsicht in Testresultate (7,5%) und Einsicht in Zusammenfassung des Arztbesuchs (2,8%; vgl. Pahud, 2020). Während in der IHP-Befragung von 2019 das Angebot der Hausarztpraxen erhoben

¹² Korrigierte Basisrate ($n = 1564$): Es handelt sich nur um die Personen, welche auch versucht haben, am Abend, am Wochenende oder an Feiertagen medizinische Versorgung zu erhalten (ohne dabei in eine Notaufnahme oder Notfallpraxis zu gehen).

wurde, kann in der IHP-Befragung von 2020 erfasst werden, inwiefern die Wohnbevölkerung das (allenfalls vorhandene) eHealth-Angebot nutzt.

In den letzten zwei Jahren vor der Befragung haben 6,5% der befragten Personen in der Schweiz mittels digitaler Anwendung¹³ mit ihrer Hausarztpraxis bezüglich einer medizinischen Frage kommuniziert (siehe Grafik G 4.5). Des Weiteren haben 6,1% ihre Gesundheitsinformationen (z.B. eine Zusammenfassung des Arztbesuchs, Testresultate oder Laboranalysen) online angeschaut oder vom Internet heruntergeladen, während 3,7% eine Rezeptverlängerung online angefordert haben. Schliesslich forderten 4,0% bei ihrer Hausarztpraxis einen Termin online an. Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz jeweils den letzten Rang, mit Ausnahme eines neunten Rangs, was die digitale Kommunikation bezüglich einer medizinischen Frage anbelangt.

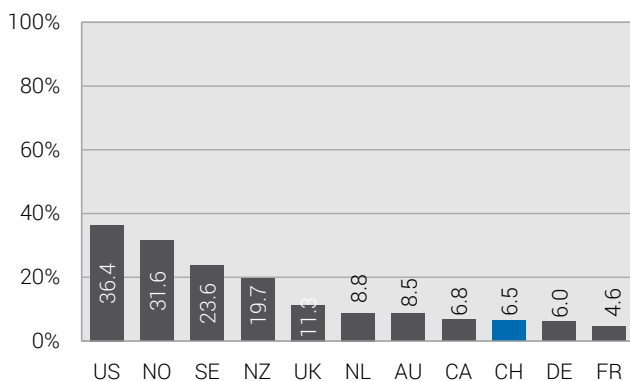
Vergleicht man die Nutzung des eHealth-Angebots durch die Wohnbevölkerung der Schweiz mit dem 2019 erhobenen Angebot

der Hausarztpraxen, so lässt sich feststellen, dass das Angebot der Hausarztpraxen noch nicht vollumfänglich genutzt wird. So bieten im Jahr 2019 insgesamt 10,2% der Hausarztpraxen die Terminfixierung online an, während die Wohnbevölkerung im Jahr 2020 nur zu einem Anteil, der knapp der Hälfte des Angebots entspricht (4,2%), bei der Hausarztpraxis einen Termin online angefordert hat. Des Weiteren kann im Jahr 2019 bei 11,9% der Hausarztpraxen eine Rezeptverlängerung online angefordert werden, während 3,7% der Wohnbevölkerung im Jahr 2020 bei ihrer Hausarztpraxis eine Rezeptverlängerung online getätigt haben. In der Schweiz ist davon auszugehen, dass sowohl das Angebot als auch die Nutzung in den nächsten Jahren zunehmen werden, da sich das Schweizer Gesundheitswesen erst am Anfang der Digitalisierung befindet und nationale Strategien die Digitalisierung gezielt fördern (eHealth Suisse, 2018; Thiel et al., 2018)

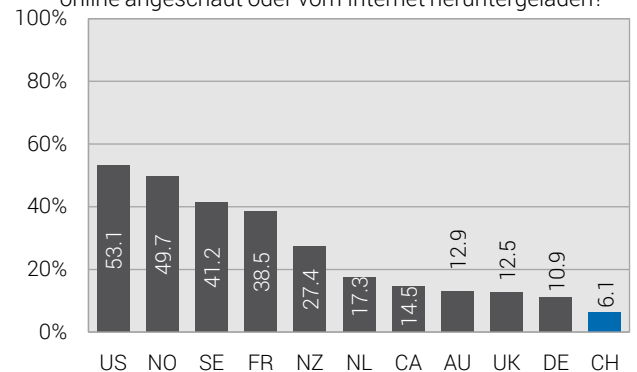
G 4.5 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher eHealth in der Kommunikation mit der Hausarztpraxis nutzt, internationaler Vergleich, 2020

Haben Sie in den letzten zwei Jahren über eine sichere Internetseite oder ein Patientenportal oder eine Handy-App...

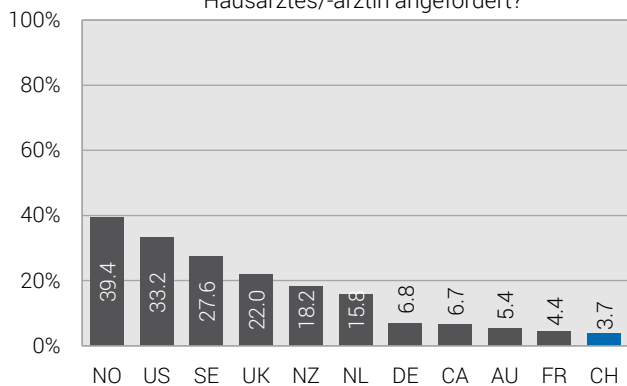
...mit der Praxis Ihres/r Hausarzt(in) kommuniziert bezüglich einer medizinischen Frage oder Anliegen?



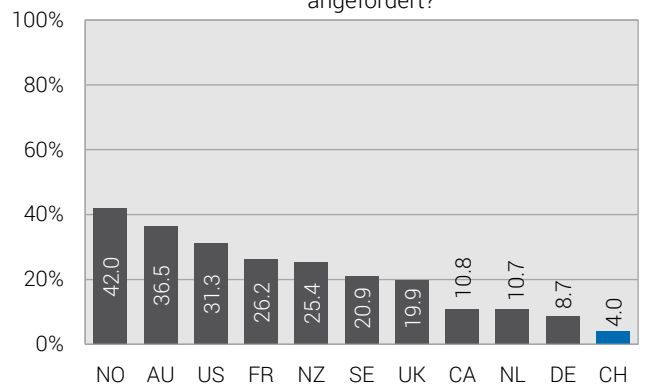
...Ihre Gesundheitsinformationen – wie Zusammenfassungen der Arztbesuche, Resultate von Tests oder Laboranalysen – online angeschaut oder vom Internet heruntergeladen?



...Verlängerungen von Rezepten bei der Praxis Ihres/r Hausarztes/-ärztin angefordert?



...einen Termin in der Praxis Ihres/r Hausarztes/-ärztin angefordert?



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

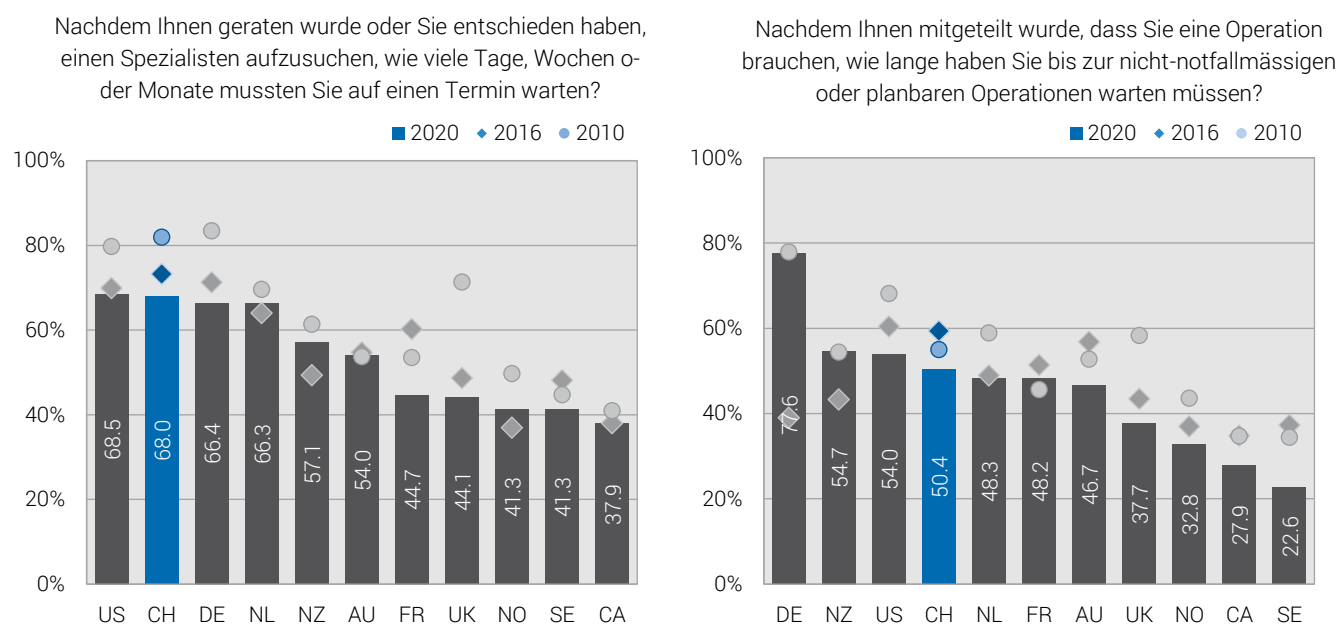
¹³ In der IHP-Befragung 2020 sind hiermit eine sichere Internetseite, ein Patientenportal oder eine Handy-App gemeint.

Trotz zunehmender Wartezeiten schneidet die Schweiz im internationalen Vergleich gut ab.

Die Wartezeit auf einen Termin bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten, nachdem einem dazu geraten worden ist oder man sich selbst zu einem Besuch entschieden hat, beträgt in der Schweiz im Jahr 2020 in 68,0% der Fälle weniger als einen Monat, während ein Fünftel (21,9%) ein bis zwei Monate wartet und 9,9% zwei Monate oder länger warten müssen (siehe Tabelle L.4.1). Im Zeitvergleich haben in der Schweiz die kurzen Wartezeiten von weniger als einem Monat zwar kontinuierlich abgenommen (2010: 81,9%; 2016: 73,2%; 2020: 68,0%), im internationalen Vergleich belegt die Schweiz jedoch nur knapp einen zweiten Rang hinter den USA (68,5%; siehe Grafik 4.6). Die deutlichste Verschlechterung der kurzen Wartezeiten hat seit 2010 in Grossbritannien stattgefunden (von 71,3% auf 44,1%).

Von den befragten Personen in der Schweiz, welche eine nicht-notfallmässige oder planbare Operation benötigt haben, musste die Hälfte (50,4%) weniger als einen Monat auf die Operation warten (siehe Grafik G 4.6). Im Zeitvergleich zeigen sich in allen Ländern sinkende Anteile, d.h. eine Verlängerung der Wartezeit. Ausnahmen sind Deutschland (77,6%) auf dem ersten und Neuseeland (54,7%) auf dem zweiten Rang, in welchen der Anteil kurze Wartezeiten wieder dem Niveau von 2010 entspricht. Allerdings fand im Unterschied zu den anderen Ländern in der Schweiz seit 2016 nur eine Verlagerung hin zu den mittleren Wartezeiten von einem bis weniger als zwei Monate statt (von 32,8% im Jahr 2016 auf 43,5% im Jahr 2020), während sich der Anteil langer Wartezeiten von mehr als zwei Monaten auf dem Niveau von 6% unverändert zeigt (siehe Tabelle L.4.2). Im Gegensatz hierzu sind die langen Wartezeiten von mehr als zwei Monaten in Australien, Kanada, Norwegen, Schweden oder Grossbritannien um 15 bis 20 Prozentpunkte deutlich angestiegen.

G 4.6 Wartezeiten von weniger als einem Monat auf einen Termin bei Spezialistinnen bzw. Spezialisten sowie elektive Operationen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

Die Wartezeiten während des Besuchs in einer Notaufnahme werden durch unterschiedlichste Faktoren beeinflusst: die aktuelle Auslastung, die Anzahl involvierter medizinischer Fachgebiete sowie den Schweregrad der Verletzung/Erkrankung und die damit verbundene Dringlichkeit einer Behandlung. Folglich kann es sein, dass bei weniger schweren Verletzungen/Erkrankungen durchaus längere Wartezeiten bestehen. In der Schweiz wartete im Jahr 2020 die Hälfte (48,4%) der befragten Notfallbesucherinnen und -besucher weniger als eine Stunde, während 42,4% eine Stunde bis vier Stunden warten mussten und 8,4% vier oder mehr Stunden (siehe Grafik G 4.7). Die Wartezeit von insgesamt vier

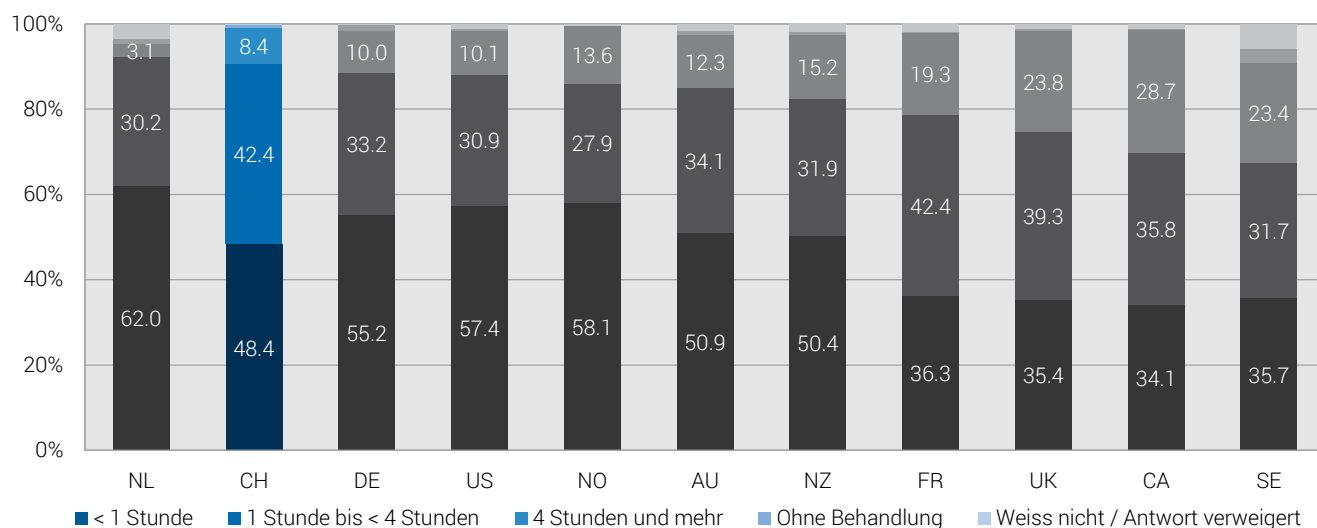
Stunden oder weniger (90,8%) entspricht im internationalen Vergleich dem zweiten Rang nach den erstplatzierten Niederlanden (92,2%). In Kanada (28,7%), Grossbritannien (23,8%) und Schweden (23,4%) berichten jeweils ungefähr ein Viertel der befragten Personen von Wartezeiten von vier oder mehr Stunden, was den letzten drei Rängen entspricht.

In der Schweiz ist der Anteil der kurzen Wartezeiten (von weniger als einer Stunde) in der Notaufnahme seit 2010 abnehmend (siehe Grafik G 4.8). So berichteten im Jahr 2010 fast zwei Drittel (63,3%) der befragten Personen von Wartezeiten unter einer Stunde, während es im Jahr 2020 noch 48,4% sind. Ebenfalls

stark gesunken ist dieser Anteil in den Niederlanden (von 76,6% im Jahr 2010 auf 62,0% im Jahr 2020) und Frankreich (von 58,2% im Jahr 2016 auf 36,3% im Jahr 2020), während die Anteile in Norwegen (von 48,8% auf 58,1%) und in Deutschland (von 42,5% auf 55,2%) seit 2016 wieder angestiegen sind. Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigt sich ein grosser Unterschied zwischen der französischen Schweiz und den beiden anderen

Sprachregionen: Der Anteil Wartezeiten von unter einer Stunde ist in der französischen Schweiz (28,1%) deutlich kleiner als in der Deutschschweiz (58,8%) oder der italienischen Schweiz (52,1%; siehe Tabelle C.4.2).

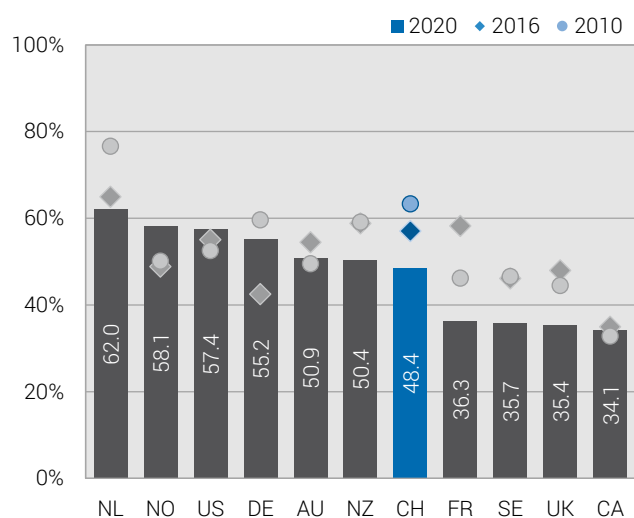
G 4.7 Wartezeiten bei einem Besuch in der Notaufnahme, internationaler Vergleich, 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

G 4.8 Wartezeiten von weniger als einer Stunde bei einem Besuch in der Notaufnahme, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

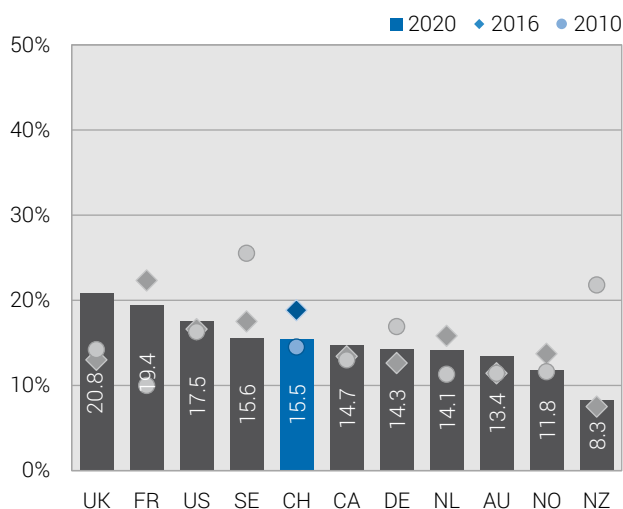
4.3 Koordination zwischen Leistungserbringern

In der Schweiz ist die Konsultation von mehreren Leistungserbringern bei einem gesundheitlichen Problem keine Seltenheit. Auf dem Weg entlang der Behandlungskette erhöht ein koordinierter Austausch zwischen der Hausarztpraxis und den Spezialistinnen bzw. Spezialisten die Effizienz der Versorgung. In der Schweiz haben in den letzten zwei Jahren vor der Befragung 15,5% der Personen, welche auch bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten waren, die Erfahrung gemacht, dass die aufgesuchte Spezialistin bzw. der aufgesuchte Spezialist keine grundlegenden medizinischen Informationen über den Grund des Besuches von der Hausarztpraxis hatte (siehe Grafik G 4.9). In den letzten 10 Jahren hat sich die Koordination in Schweden (von 25,5% auf 15,6%) und Neuseeland (21,8% auf 8,3%) deutlich verbessert, während vor allem in Grossbritannien (von 14,2% auf 20,8%) und in Frankreich (von 10,0% auf 19,4%) eine Verschlechterung stattfand.

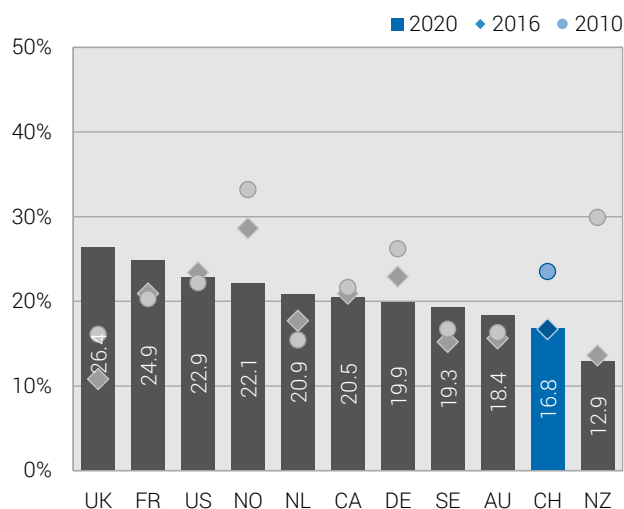
Was den Informationsaustausch in die entgegengesetzte Richtung anbelangt, schneidet die Schweiz am zweitbesten ab: 16,8% der befragten Personen in der Schweiz berichten von einem mangelhaften Informationsstand ihrer Hausarztpraxis nach einem Besuch bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten (siehe Grafik G 4.9). Nur die Wohnbevölkerung von Neuseeland (12,9%) berichtet seltener von unzureichender Koordination. Im Zeitvergleich entspricht der zehnte Rang im Jahr 2020 einer deutlichen Verbesserung verglichen mit dem vierten Rang (23,5%) im Jahr 2010. Weitere starke Verbesserungen haben im selben Zeitraum in Norwegen (von 33,2% auf 22,1%), Schweden (von 26,2% auf 19,3%) und Neuseeland (von 29,9% auf 12,9%) stattgefunden, während vor allem in Grossbritannien eine deutliche Verschlechterung zu beobachten ist (von 16,1% auf 26,4% mit einem Knick im Jahr 2016: 10,8%).

G 4.9 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher ein Koordinationsproblem zwischen Hausarztpraxis und den Spezialistinnen bzw. den Spezialisten festgestellt hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020

Der Spezialist hat keine grundlegenden medizinischen Informationen oder Testergebnisse über den Grund von Ihrem Besuch gehabt vom Arzt/Ort, wo Sie normalerweise hingehen für eine medizinische Behandlung.



Nachdem Sie den Spezialisten konsultiert haben, ist der Arzt, wo Sie normalerweise hingehen anscheinend nicht informiert und auf dem neusten Stand über Ihre Behandlung beim Spezialisten gewesen.



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

Bei 85,5% der aus einem Schweizer Spital entlassenen Personen – bei denen auch eine Folgebehandlung nötig war – hat das Spital Anordnungen getroffen oder sichergestellt, dass die entlassene Person auch eine Folgebehandlung bei einer Ärztin bzw. einem Arzt erhält (siehe Tabelle L.4.3). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem ersten Rang und im Zeitvergleich seit 2010 einer bedeutenden Zunahme von 13,9 Prozentpunkten. Viele Folgebehandlungen oder Nachuntersuchungen finden nach einer Spitalentlassung in der Hausarztpraxis der entlassenen Person

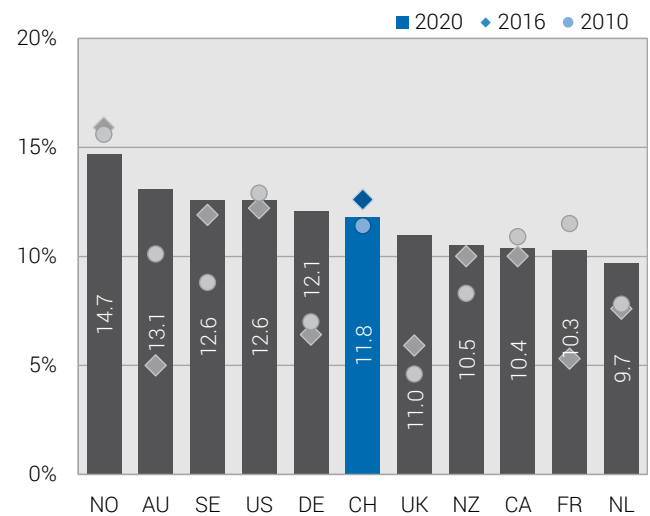
statt. In der Schweiz berichten 79,9% der aus dem Spital entlassenen Personen – welche auch in ihrer Hausarztpraxis waren – dass die Hausärztin bzw. der Hausarzt oder das Praxispersonal über den aktuellen Stand der im Spital erhaltenen Behandlung informiert waren (siehe Tabelle L.4.4). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem dritten Rang nach Neuseeland (85,3%) und Frankreich (80,0%).

4.4 Wahrgenommene Ineffizienz und medizinische Fehler

Ineffizienz und medizinische Fehler können finanzielle und gesundheitliche Konsequenzen mit sich bringen. In den letzten zwei Jahren vor der Befragung haben 8,6% der Wohnbevölkerung der Schweiz erlebt, dass die Testresultate oder die medizinischen Unterlagen zum vorgesehenen Behandlungstermin noch nicht bereit waren (siehe Tabelle L.4.5). Insgesamt waren 20,9% mit widersprüchlichen Angaben von verschiedenen Ärztinnen bzw. Ärzten oder von medizinischem Personal konfrontiert, während 12,7% das Gefühl hatten, dass ein ärztlich angeordneter Test überflüssig war (siehe Tabelle L.4.6 und L.4.7). Seit 2016 ist die durch die Patientinnen und Patienten wahrgenommene Ineffizienz leicht angestiegen. Vor vier Jahren waren 16,0% (versus 20,9%) mit widersprüchlichen Angaben von verschiedenen Ärztinnen bzw. Ärzten oder dem medizinischen Personal konfrontiert, während 8,9% (versus 12,7%) einen ärztlich angeordneten Test als überflüssig erachteten.

In der Schweiz gehen 11,8% der Wohnbevölkerung davon aus, dass in den letzten zwei Jahren vor der Befragung ein medizinischer Fehler¹⁴ gemacht wurde, was im internationalen Vergleich einem sechsten Rang entspricht (siehe Grafik G 4.10). Im Zeitvergleich zeigt sich der Schweizer Anteil relativ unverändert (2010: 11,4% und 2016: 12,6%), während in Australien (von 5,0% auf 13,1%), Deutschland (von 6,4% auf 12,1%), Grossbritannien (von 5,9% auf 11,0%) und Frankreich (von 5,3% auf 10,3%) seit 2016 deutliche Zunahmen zu verzeichnen sind. In der Schweiz wurde einem Viertel (26,0%) der betroffenen Personen durch eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine beteiligte Fachperson mitgeteilt, dass ein Fehler gemacht wurde (siehe Tabelle C.4.3).

G 4.10 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher einen medizinischen Fehler wahrgenommen hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020
© Obsan 2020

¹⁴ Dieser Index basiert auf den Ja-Antworten zu den folgenden beiden Fragen: «In den letzten 2 Jahren, ist Ihnen je ein falsches Medikament oder eine falsche Dosierung von einem Arzt, einer Krankenschwester, einem Spital oder Apotheker gegeben worden?» (Q1705) und / oder «In den letzten zwei Jahren, hat es da Momente

gegeben, wo Sie gedacht haben, dass ein medizinischer Fehler bei Ihrer Behandlung oder Betreuung gemacht worden ist?» (Q1710)

5 Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen

Im Jahr 2017 bezogen 26% aller versicherten Personen in der Schweiz eine Prämienverbilligung, was Ausgaben von ungefähr 4,5 Milliarden Franken für rund 2,2 Millionen Personen entspricht (BAG, 2018). Neben den Krankenkassenprämien können auch die darüber hinaus anfallenden Gesundheitskosten für viele Personen in der Schweiz eine finanzielle Belastung darstellen. Folglich kann es sein, dass Personen bei gesundheitlichen Problemen keine Arztpraxis aufsuchen oder auf eine empfohlene Behandlung verzichten (Merçay, 2016). Diese Situation hat sich in Europa in den letzten Jahren verbessert, dennoch berichten vor allem Personen in Haushalten mit einem unterdurchschnittlichem Einkommen häufiger, aus finanziellen Gründen auf medizinische Behandlungen zu verzichten (OECD, 2018). Nachfolgend werden die Resultate zu den Krankenversicherungsmodellen und den selbstgetragenen Kosten sowie den finanziellen Herausforderungen präsentiert.

5.1 Krankenversicherungsmodelle und selbstgetragene Kosten

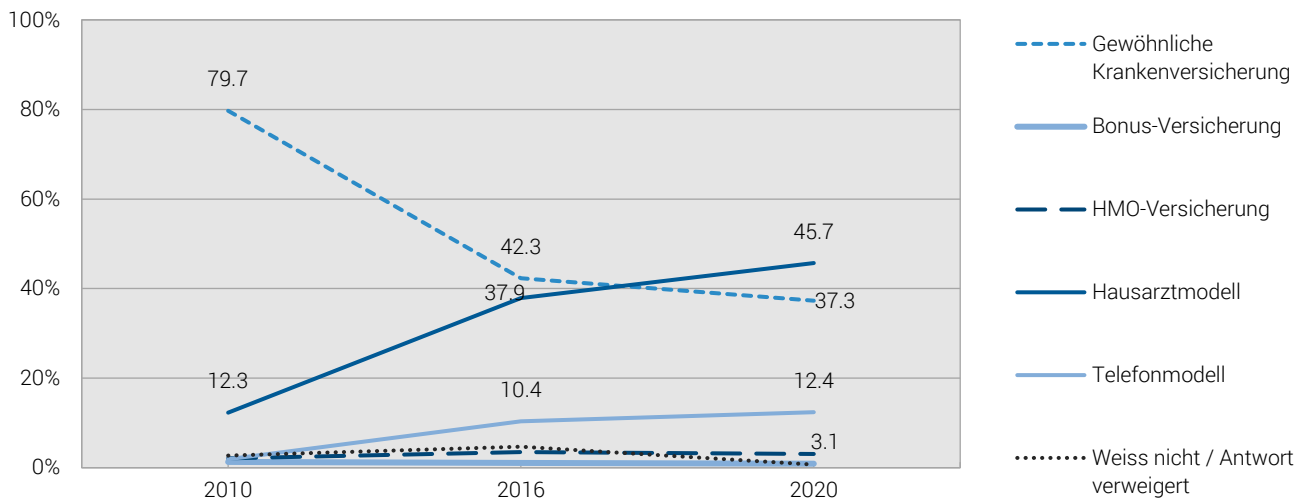
Die Art sich zu versichern hat sich in der Schweiz in den letzten Jahren deutlich verändert (vgl. BAG, 2020). Laut der IHP-Befragung 2010 war die gewöhnliche Krankenversicherung¹⁵ im Jahr 2010 die mit Abstand häufigste Versicherungsart (79,7%), während das Hausarztmodell (12,3%) die zweithäufigste Wahl darstellte (siehe Grafik G 5.1). Deutlich seltener wurden 2010 die

nachfolgenden Versicherungsarten genannt: HMO-Versicherung (2,1%), Telefonmodell (1,9%) oder Bonus-Versicherung (1,3%). In der IHP-Befragung von 2020 ist das Hausarztmodell (45,7%) neu das meistgenannte Versicherungsmodell, gefolgt von der gewöhnlichen Krankenversicherung (37,3%). Die Anteile der restlichen Versicherungsarten zeigen laut IHP-Befragung seit 2010 keine bedeutenden Veränderungen, mit Ausnahme des Telefonmodells, welches eine Zunahme von 10,5 Prozentpunkten verzeichnet (von 1,9% im Jahr 2010 auf 12,4% im Jahr 2020). Die Zunahme der Modelle mit eingeschränkter Arztwahl ist unter anderem auf die damit verbundenen Sparmöglichkeiten zurückzuführen.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz wird ersichtlich, dass vor allem Personen mit tieferem Bildungsabschluss und mit Migrationshintergrund häufiger eine gewöhnliche Krankenversicherung besitzen (siehe Tabelle C.5.1). So geben 52,0% der Personen mit höchstem Bildungsabschluss obligatorische Schule eine gewöhnliche Krankenversicherung an, während es auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe ungefähr je ein Drittel ist (35,3% respektive 32,8%). Bei Personen mit Migrationshintergrund sind es 44,4% mit gewöhnlicher Krankenversicherung gegenüber 33,9% bei Personen ohne Migrationshintergrund.

¹⁵ Standardmodell mit ordentlicher oder frei wählbarer Franchise

G 5.1 Krankenversicherungsmodelle, zeitlicher Vergleich, Schweiz, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

In der Deutschschweiz beziehen deutlich weniger Personen AHV-Ergänzungsleistungen als in der französischen und italienischen Schweiz

Wer in der Schweiz in bescheidenen finanziellen Verhältnissen lebt und die minimalen Lebenskosten nur mit Mühe decken kann, hat Anspruch auf Prämienverbilligung oder AHV-Ergänzungsleistungen. Laut der IHP-Befragung 2020 erhalten 24,4% der befragten Personen (oder jemand aus demselben Haushalt) kantonale Prämienverbilligungen (siehe Grafik G 5.2). Gerade jüngere Personen, Personen mit einem tieferen Bildungsniveau, Personen mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen oder Personen mit Migrationshintergrund beanspruchen häufiger Prämienverbilligungen.

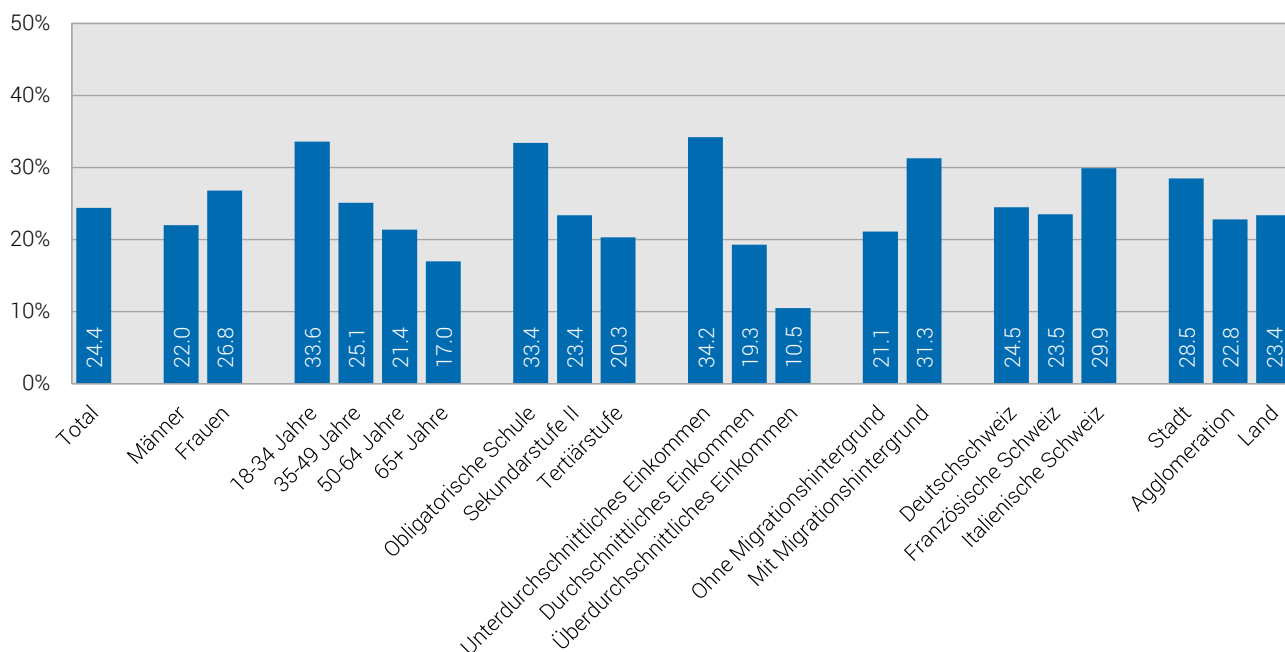
Im Jahr 2020 erhalten laut IHP-Befragung 16,0% der 65-jährigen und älteren Personen AHV-Ergänzungsleistungen. In der französischen (39,0%) und italienischen Schweiz (43,3%) ist der Anteil deutlich grösser als in der Deutschschweiz (6,2%). Personen in den Städten (24,1%) und auf dem Land (21,0%) beziehen ebenfalls häufiger AHV-Ergänzungsleistungen als Personen, welche in der Agglomeration leben (10,0%). Aufgrund der kleinen Teilstichprobe mit breiten Konfidenzintervallen sind die Resultate bezüglich AHV-Ergänzungsleistungen mit Vorsicht zu interpretieren (vgl. Tabelle C.5.2).

K 3 – Der Unterschied zwischen Verzicht und Entbehrung

In der SILC von 2016 entbehrten 3,4% der Wohnbevölkerung der Schweiz eine notwendige Pflegeleistung bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt aus Kostengründen, während in der IHP-Befragung von 2016 jede fünfte Person (20,7%) angab, eine Zahnbehandlung oder zahnärztliche Untersuchung aus Kostengründen nicht gemacht zu haben. Diese beiden Ergebnisse sind – wenn auch komplementär – nicht direkt miteinander vergleichbar, da sich das Konzept der Entbehrung von medizinischer Leistung in der SILC vom Konzept des Verzichts auf medizinische Leistung in der IHP-Befragung inhaltlich und methodisch unterscheidet.

Der in der IHP-Befragung gemessene **Verzicht** aus Kostengründen sagt nichts über die Notwendigkeit einer Behandlung aus (z.B. dringliche Wurzelbehandlung aufgrund starker Schmerzen versus alljährliche Dentalhygiene) und beinhaltet einen gewissen Grad an Freiwilligkeit. Folglich entspricht der Verzicht eher einer Kosten-Nutzen-Abschätzung und einer Einstellung gegenüber den potenziell anfallenden Kosten, als dass dieser die tatsächliche problematische finanzielle Situation der befragten Person widerspiegelt. Im Gegensatz hierzu stellt die **Entbehrung** in SILC einen Indikator für ebendiese problematische Situation (d.h. Armut) der befragten Person dar, da es sich hier um einen unfreiwilligen Verzicht auf eine notwendige Behandlung aus Mangel an finanziellen Mitteln handelt. Für eine detaillierte Differenzierung der beiden Konzepte und einen methodischen Vergleich der beiden Befragungen ist die Dokumentation des BFS zu konsultieren (BFS, 2018).

G 5.2 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher eine Prämienverbilligungen für die obligatorische Krankenversicherung bezieht, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

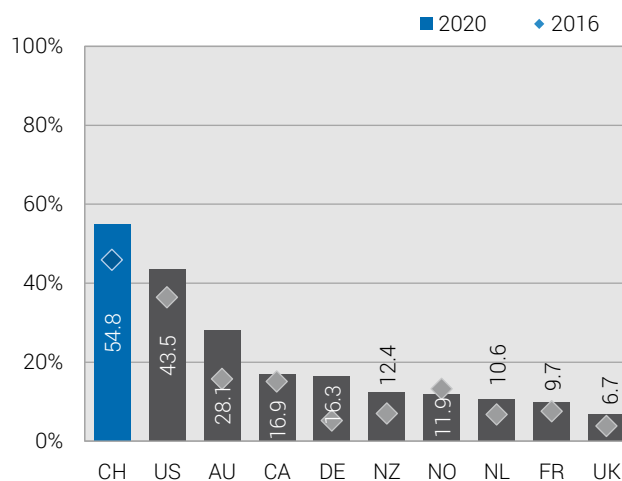
© Obsan 2020

Bemerkung: Die Resultate in der Grafik beziehen sich neben der befragten Person auch auf weitere Personen im gleichen Haushalt.

Über die Hälfte der Wohnbevölkerung der Schweiz trägt – zusätzlich zu den Prämienzahlungen – Gesundheitskosten im Gegenwert von mindestens 1000 US Dollar selbst.

Die Schweiz erweist sich im Jahr 2020 erneut als das Land, in welchem die selbstgetragenen Gesundheitskosten (*out-of-pocket-costs*¹⁶) den Gegenwert von 1000 US Dollar am häufigsten übersteigen (54,8%; siehe Grafik G 5.3). Selbstgetragene Gesundheitskosten in dieser Höhe betreffen – mit Ausnahme der USA (43,5%) und Australien (28,1%) – weniger als 17% der befragten Personen in den restlichen Ländern (maximal 16,9% in Kanada und ein Minimum von 6,7% in Grossbritannien). Die selbstgetragenen Gesundheitskosten sind seit 2016 in mehreren Ländern gestiegen. Die stärksten Zunahmen sind in Australien (+12,4 Prozentpunkte) und in Deutschland (+11,1 Prozentpunkte) zu beobachten, gefolgt von der Schweiz (+8,9 Prozentpunkte) und den USA (+7,1 Prozentpunkte).

G 5.3 Anteil der Wohnbevölkerung, bei welchem die selbstgetragene Gesundheitskosten (out-of-pocket-costs) den Gegenwert von 1000 US Dollar übersteigen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2016 und 2020

© Obsan 2020

¹⁶ Selbstgetragene Ausgaben für medizinische Leistungen, welche nicht über eine Grund-/Zusatzversicherung oder staatliche Beiträge gedeckt sind. Hierbei handelt es sich um Kosten verursacht

durch rezeptpflichtige Medikamente, medizinische und zahnärztliche Versorgung sowie alle Arten von Teilzahlungen. Es handelt sich nicht um Prämienzahlungen.

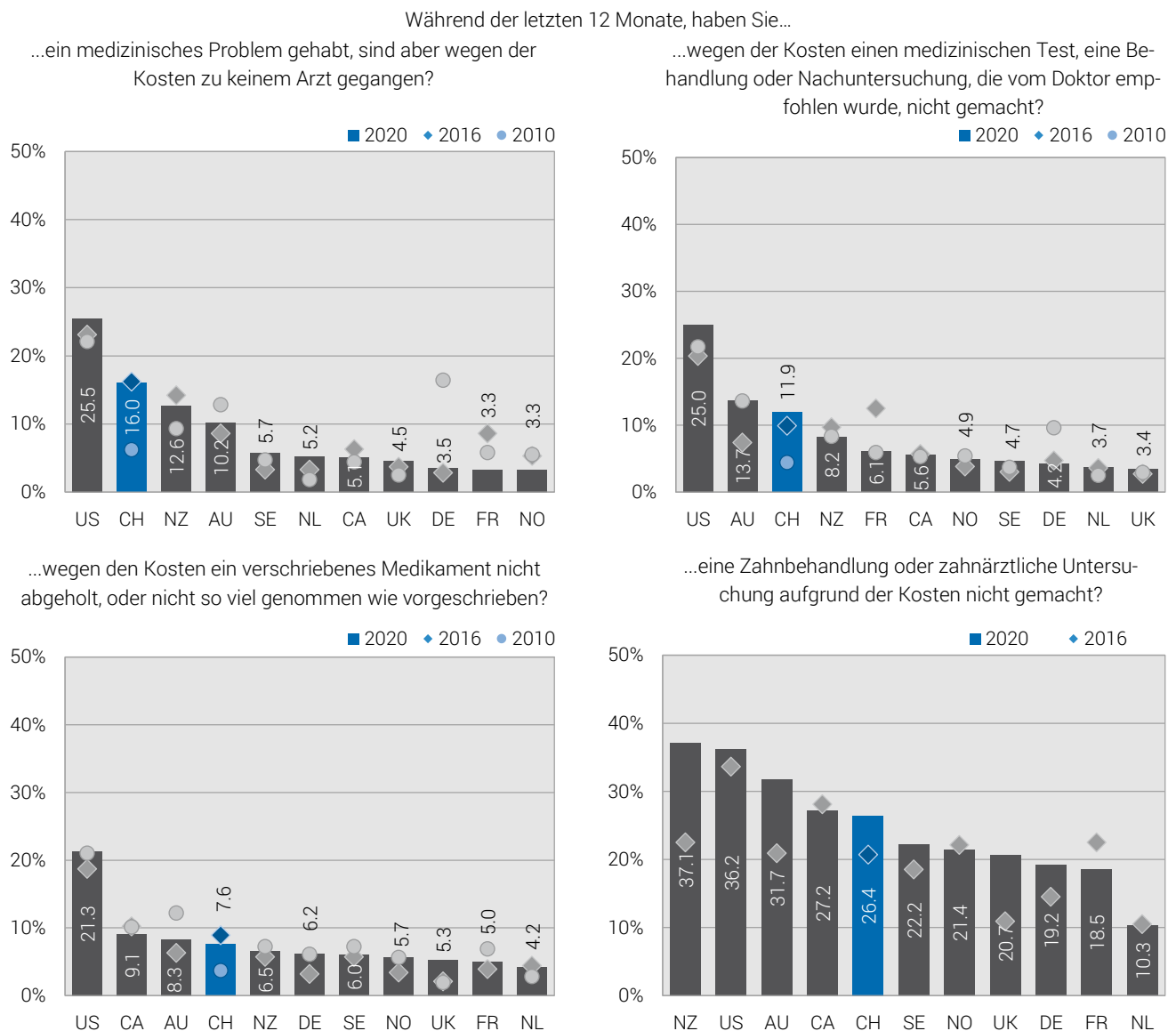
5.2 Finanzielle Herausforderungen und Schwierigkeiten

Bevor man die Resultate zu den finanziellen Herausforderungen und Schwierigkeiten betrachtet, gilt es den mittels IHP-Befragung erfassten **Verzicht** medizinischer Leistungen zu definieren und vom Konzept der **Entbehrung** in der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) des BFS zu differenzieren (siehe Kasten K 3).

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben in der Schweiz 16,0% der Wohnbevölkerung bei einem medizinischen Problem aus Kostengründen auf einen Besuch bei einer Ärztin bzw. einem Arzt verzichtet (siehe Grafik G 5.4). Im internationalen

Vergleich entspricht dies einem zweiten Rang hinter den USA (25,5%). In der Schweiz hat sich die deutliche Zunahme von 2010 (6,2%) bis 2016 (16,2%) im Jahr 2020 stabilisiert. Des Weiteren haben in der Schweiz aus Kostengründen 11,9% der befragten Person trotz ärztlicher Empfehlung auf einen Test, eine Behandlung oder eine Nachuntersuchung verzichtet, während 7,6% ein verschriebenes Medikament nicht abgeholt haben oder nicht so viel einnahmen wie vorgeschrieben. Schliesslich haben 26,4% auf eine Zahnbehandlung oder eine zahnärztliche Untersuchung aufgrund der Kosten verzichtet, was im internationalen Vergleich einem fünften Rang entspricht und seit 2016 einer Zunahme von 5,7 Prozentpunkten.

G 5.4 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher während den letzten 12 Monaten auf medizinische Leistungen aus Kostengründen verzichtet hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

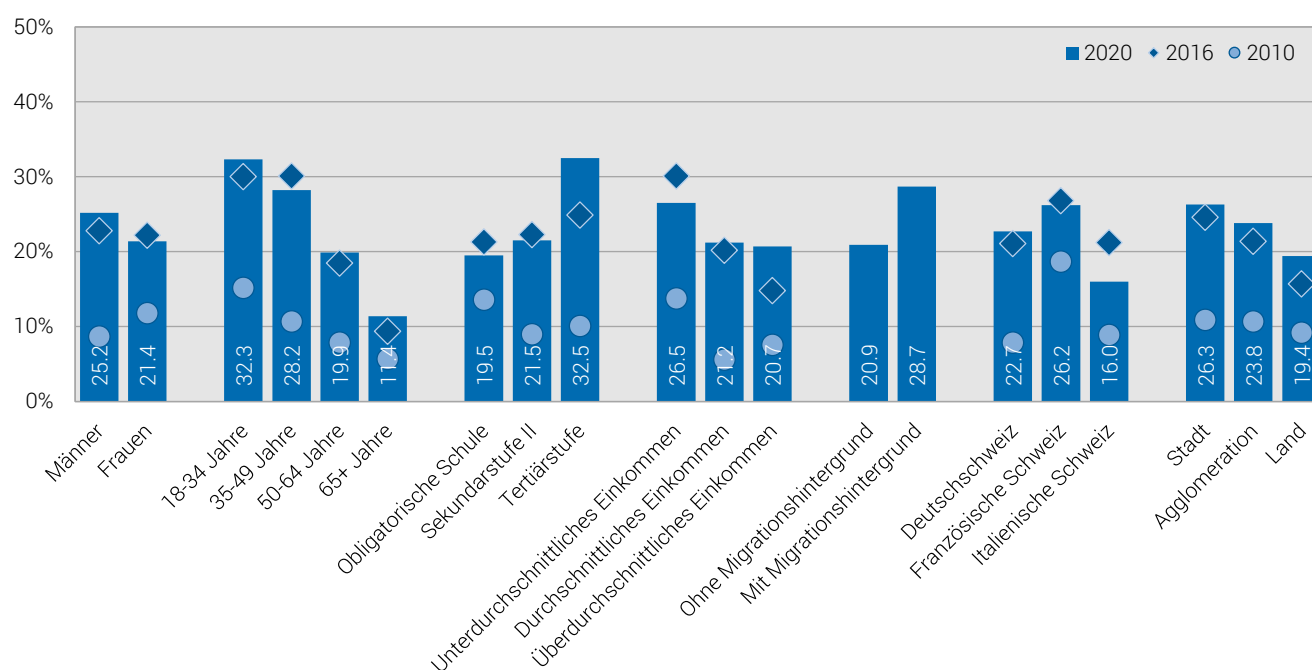
Bemerkung: Der hier präsentierte Verzicht widerspiegelt keinen Indikator für die Armut einer Person (vgl. BFS, 2018 oder Kasten K 3).

Personen mit hohem Bildungsniveau verzichten häufiger auf medizinische Leistungen als Personen mit tieferen Bildungsniveaus.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz fallen bezüglich dem Verzicht auf mindestens eine medizinische Leistung¹⁷ einige Besonderheiten auf (siehe Grafik G 5.5). Generell hat der Verzicht von 2010 bis 2016 stark zugenommen und sich von 2016 bis 2020 stabilisiert. Am auffälligsten ist die starke Zunahme des Verzichts bei Personen mit einem Bildungsabschluss auf tertiärer Stufe und bei Personen mit einem überdurchschnittlichen Ein-

kommen. Bei beiden hat sich der Anteil seit 2010 etwa verdreifacht (von 10,1% auf 32,5%, respektive, von 7,6% auf 20,7%). Zudem verzichten Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss deutlich häufiger auf mindestens eine medizinische Leistung als Personen mit einem tieferen Bildungsabschluss (obligatorische Schule: 19,5% und Sekundarstufe II: 21,5%). Dieses Ergebnis ist auch vor dem Hintergrund der in Kasten K 3 geschilderten Problematik interessant, da es verdeutlicht, dass der Verzicht auf eine medizinische Leistung in der IHP-Befragung vor allem die Einstellung gegenüber potenziell anfallenden Kosten misst und nur in geringem Ausmass die (problematische) finanzielle Lage einer Person.

G 5.5 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher während den letzten 12 Monaten auf mindestens eine medizinische Leistung¹⁶ aus Kostengründen verzichtet hat (ohne zahnärztliche Behandlungen), soziodemografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016 und 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016 und 2020

© Obsan 2020

Bemerkung: Der hier präsentierte Verzicht widerspiegelt keinen Indikator für die Armut einer Person (vgl. BFS, 2018 oder Kasten K 3).

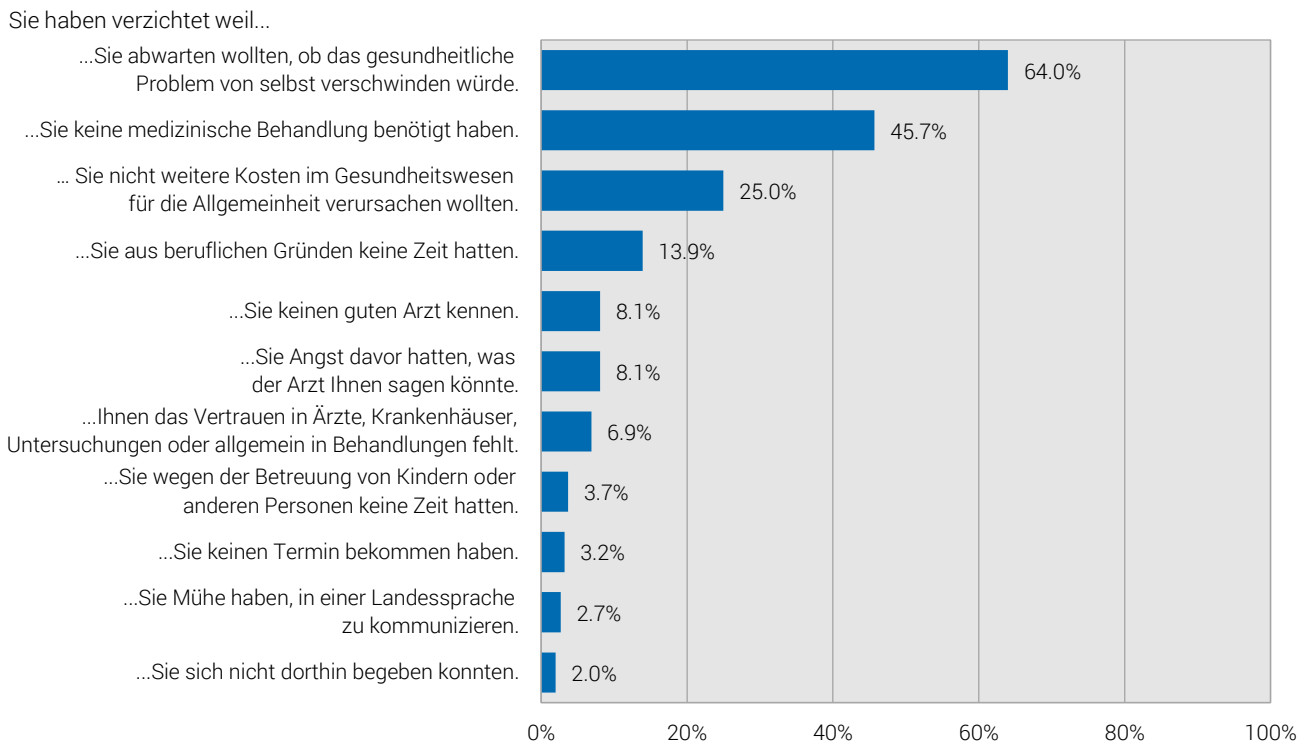
Neben dem Verzicht aus Kostengründen wurde die Wohnbevölkerung der Schweiz nach weiteren (nicht finanziellen) Gründen für das Auslassen eines Arztbesuchs oder einer medizinischen Behandlung gefragt. Am häufigsten (64,0%) geben die befragten Personen an, dass sie abwarten, ob das gesundheitliche Problem

von selbst verschwinden würde (siehe Grafik G 5.6). Der zweithäufigste Grund ist, dass man gar keine medizinische Behandlung nötig hatte (45,7%), gefolgt von der Absicht, keine weiteren Kosten im Gesundheitswesen für die Allgemeinheit zu verursachen (25,0%).

¹⁷ Entspricht dem Index «Accprob», welcher sich aus den drei Fragen zu Verzicht auf Arztbesuch (Q1120A1), Verzicht auf empfohlene

Behandlung (Q1120A2) und Verzicht auf ein Medikament (Q1120A3) zusammensetzt.

G 5.6 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher aus nicht finanziellen Gründen auf einen Arztbesuch oder eine medizinische Behandlung verzichtet hat, Schweiz, 2020



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2020

Bei einigen Personen können potenziell anfallende Gesundheitskosten zu einem Behandlungsverzicht führen, während bei anderen Personen die tatsächlich anfallenden Rechnungen ein Problem darstellen. In der Schweiz geben 9,0% der befragten Personen an, dass sie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ernste Probleme hatten, eine medizinische Rechnung zu bezahlen oder diese gar nicht zahlen konnten (siehe Tabellen L.5.1). Des Weiteren geben 12,0% an, viel Zeit für Papierkram oder Streitigkeiten im Zusammenhang mit medizinischen Rechnungen aufzubringen, während sich bei 16,0% die Versicherung weigerte zu zahlen oder nicht so viel bezahlt hat wie erwartet (siehe Tabellen L.5.2 und L.5.3). Im internationalen Vergleich belegt die USA in allen drei Bereichen mit deutlichem Abstand den ersten Rang (22,4%, 18,8% respektive 34,3%), während die Schweiz jeweils einen dritten oder vierten Rang besetzt. In der Schweiz berichten vor allem Personen mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen davon, dass sie Probleme beim Begleichen einer medizinischen Rechnung hatten oder diese gar nicht haben bezahlen können, verglichen mit Personen mit einem durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Einkommen (13,7% versus 6,9% und 3,3%).

6 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

T 1.1	Stichproben und Rücklaufquoten (in %), internationaler Vergleich, 2010, 2016 und 2020	9
T 1.2	Stichprobe nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Migrationshintergrund, Sprachregion, Urbanisierungsgrad und kantonaler Aufstockung, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2020	9

Abbildungsverzeichnis

G 2.1	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die eigene Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreibt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	12
G 2.2	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die eigene Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreibt, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016 und 2020	13
G 2.3	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher an mindestens einer chronischen Erkrankung leidet, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	14
G 2.4	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher an einer spezifischen chronischen Erkrankung leidet, internationaler Vergleich, 2020	15
G 2.5	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher sich während den letzten 12 Monaten «immer», «meistens» oder «manchmal» Sorgen machte, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016 und 2020	16
G 2.6	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher sich während den letzten 12 Monaten «immer», «meistens» oder «manchmal» mindestens eine Sorge machte, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2020	17
G 2.7	Anteil der Wohnbevölkerung, welchem ein spezifisches Thema im Bereich der Lebensmittelsicherheit bekannt ist und das damit assoziierte Ausmass an Sorge, Schweiz, 2020	18
G 2.8	Einnahme rezeptpflichtiger Medikamente, internationaler Vergleich, 2020	19
G 2.9	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnimmt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	20

G 3.1	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher über eine Hausarztpraxis verfügt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	22
G 3.2	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher auf die Fragen zur Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis mit «immer» geantwortet hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	23
G 3.3	Altersgradient in der Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis, Schweiz, 2020	24
G 3.4	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die medizinische Betreuung in der Hausarztpraxis als «ausgezeichnet» oder «sehr gut» beschreibt, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016 und 2020	24
G 3.5	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher in den letzten zwei Jahren eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten konsultiert hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	25
G 3.6	Anzahl der konsultierten Spezialistinnen bzw. Spezialisten in den letzten zwei Jahren, internationaler Vergleich, 2020	25
G 3.7	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher eine planbare Operation benötigt hat oder eine Nacht im Spital verbracht hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	26
G 3.8	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher in den letzten zwei Jahren vor der Befragung die Notaufnahme in Anspruch genommen hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	27
G 4.1	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die Leistung des Gesundheitssystems als «sehr gut» oder «gut» beurteilt, internationaler Vergleich, 2020	29
G 4.2	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher die Leistung des Gesundheitssystems als «sehr gut» oder «gut» beurteilt, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2020	29
G 4.3	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher bei einem medizinischen Anliegen «immer» oder «oft» am selben Tag eine Antwort der Hausarztpraxis erhält, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	30

G 4.4	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher es als «sehr schwierig» oder «ziemlich schwierig» erachtet, ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten medizinische Versorgung zu erhalten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	30
G 4.5	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher eHealth in der Kommunikation mit der Hausarztpraxis nutzt, internationaler Vergleich, 2020	31
G 4.6	Wartezeiten von weniger als einem Monat auf einen Termin bei Spezialistinnen bzw. Spezialisten sowie elektive Operationen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	32
G 4.7	Wartezeiten bei einem Besuch in der Notaufnahme, internationaler Vergleich, 2020	33
G 4.8	Wartezeiten von weniger als einer Stunde bei einem Besuch in der Notaufnahme, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	33
G 4.9	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher ein Koordinationsproblem zwischen Hausarztpraxis und den Spezialistinnen bzw. den Spezialisten festgestellt hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	34
G 4.10	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher einen medizinischen Fehler wahrgenommen hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	35
G 5.1	Krankenversicherungsmodelle, zeitlicher Vergleich, Schweiz, 2010, 2016 und 2020	37
G 5.2	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher eine Prämienverbilligungen für die obligatorische Krankenversicherung bezieht, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2020	38
G 5.3	Anteil der Wohnbevölkerung, bei welchem die selbstgetragene Gesundheitskosten (out-of-pocket-costs) den Gegenwert von 1000 US Dollar übersteigen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016 und 2020	38
G 5.4	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher während den letzten 12 Monaten auf medizinische Leistungen aus Kostengründen verzichtet hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016 und 2020	39
G 5.5	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher während den letzten 12 Monaten auf mindestens eine medizinische Leistung ¹⁶ aus Kostengründen verzichtet hat (ohne zahnärztliche Behandlungen), soziodemografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016 und 2020	40
G 5.6	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher aus nicht finanziellen Gründen auf einen Arztbesuch oder eine medizinische Behandlung verzichtet hat, Schweiz, 2020	41

7 Literaturverzeichnis

- Burla, L. (2011). International Health Policy Survey 2010 des Commonwealth Fund: Auswertungen der Schweizer Ergebnisse für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 15). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Camenzind, P. & Petrini, L. (2014). Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014: Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 43). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Cohidon, C., Wild, P. & Senn, N. (2019). Practice organization characteristics related to job satisfaction among general practitioners in 11 countries. *Annals of Family Medicine*, 17, 510–517.
- BAG (2018). Wirksamkeit der Prämienverbilligung – Monitoring 2017. Bern: Ecoplan.
- BAG (2020). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Bern: BAG.
- BFS (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht – Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2019). Gesundheit – Taschenstatistik 2019. Neuchâtel: BFS.
- eHealth Suisse (2018). Strategie eHealth Schweiz 2.0. Bern: eHealth Suisse.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307–316.
- Morgan, S. G. & Lee, A. (2017). Cost-related non-adherence to prescribed medicines among older adults: a cross-sectional analysis of a survey in 11 developed countries. *BMJ open*, 7:e014287. doi:10.1136/bmjopen-2016-014287
- Merçay, C. (2015). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale: Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 56). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 60). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. & Camenzind, P. (2016). Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger – berufliche Vor- und Nachteile (Obsan Bulletin 3/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Niccoli, T. & Partridge, L. (2012). Ageing as a risk factor of disease. *Current Biology*, 22, R741–R752.fniclf
- OECD (2018). Health at a glance: Europe 2018 – State of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing.
- Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (2020). eHealth in der ambulanten Grundversorgung. (Obsan Bulletin 3/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Petrini, L. & Sturny, I. (2013). Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 26). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schnittker, J. & Bacak, V. (2014). The increasing predictive validity of self-rated health. *PLoS ONE*, 9, e84933.
- SSRS (2020). International Health Policy Survey 2020 – Methodology report. Glenn Mills: SSRS.

Sturny, I. & Camenzind, P. (2011). Erwachsene Personen mit Erkrankungen – Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Auswertung des International Health Policy Survey 2011 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 18). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Thiel, R. et al. (2018). #SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Vilpert, S. (2012). Médecins de premier recours - Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2012 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 22). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Wissmath, B., Mast, F. W., Kraus, F. & Weibel, B. (2020). Understanding the psychological impact of the COVID-19 pandemic and containment measures: an empirical model of stress. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20100313>

Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X. & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 13, 320.

8 Anhang

8.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2020

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q1005	Wie würden Sie Ihre Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?
Q1811	Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie...
Q1811A1	...Arthritis haben?
Q1811A2	...Asthma oder eine chronische Lungenkrankheit wie chronische Bronchitis, ein Emphysem oder chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung haben?
Q1811A3	...Krebs haben?
Q1811A4	...eine Depression, Angstzustände oder eine andere psychische Erkrankung haben?
Q1811A5	...Diabetes haben?
Q1811A6	...Herzkrankheiten haben, Herzinfarkt eingeschlossen?
Q1811A7	...Hypertonie oder Bluthochdruck haben?
Q1811A9	...schon einmal einen Schlaganfall gehabt haben?
ANYCHRONIC	Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung
CHRNCT	Anzahl chronische Erkrankungen
Q1817	Hat im Verlauf des letzten Jahres die behandelnde Fachperson bei der Behandlung wegen einer chronischen Erkrankung (1811A1 - 1811A9)...
Q1817A1	...Ihre Hauptziele oder Prioritäten bei der Behandlung von diesem Gesundheitsproblem mit Ihnen besprochen?
Q1817A2	...mit Ihnen Ihre Behandlungsmöglichkeiten und auch die möglichen Nebenwirkungen besprochen?
Q1817A4	...Ihnen einen schriftlichen Plan gegeben, wie Sie sich selber pflegen können?
CAREMNG	Chronic care management
Q1820	Sind Sie der Meinung, dass Sie soviel Unterstützung wie nötig von Gesundheitsfachpersonen bekommen haben, damit Sie mit Ihren Gesundheitsproblemen besser umgehen können?
Q1896	Hat in den letzten 12 Monaten ein Arzt oder anderes Gesundheitspersonal mit Ihnen über...
Q1896A1	...gesunde Ernährungsweise und gesundes Essen geredet?
Q1896A2	...Bewegung oder körperliche Betätigung geredet?
Q1910	Gab es in den letzten 12 Monaten jemals einen Moment, wo Sie mit einem Arzt oder anderem Gesundheitspersonal über Ihre psychische Gesundheit sprechen wollten?
Q1915	Haben Sie in den letzten 12 Monaten irgendeine Beratung oder eine Behandlung wegen Ihrer psychischer Gesundheit erhalten?
Q1951	Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie sich Sorgen gemacht, ...
Q1951A1	...dass Sie genug zu essen haben?
Q1951A3	...dass Sie genügend Geld haben, um Ihre Miete oder Hypothek zu bezahlen?
Q1951A4	...dass Sie einen sauberen und sicheren Ort zum Schlafen haben?
Q1951A5	...dass Sie einen stabilen Job oder eine stabile Einkommensquelle haben?
ANYWORRY	Haben sich irgendeine der oben genannten Sorgen gemacht.
Q1953	Erhielten Sie in der Praxis Ihres Hausarztes/-ärztin jemals Informationen dazu, wie Sie Hilfe erhalten können, um Q1951A1-Q1951A5?
QSWI7	Haben Sie schon einmal von (QSWI7A1-QSWI7A10) gehört?
QSWI7A1	Salmonellen in Lebensmittel
QSWI7A2	gentechnisch veränderte Lebensmittel
QSWI7A3	Antibiotikaresistenzen

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
QSWI7A4	Reste von Pflanzenschutzmitteln in Lebensmitteln
QSWI7A5	Aluminium in Lebensmittelverpackungen oder Behältnissen
QSWI7A6	Mikroplastik in Lebensmitteln
QSWI7A7	Glyphosat in Lebensmitteln
QSWI7A8	Schimmelpilzgifte in Lebensmitteln
QSWI7A9	Campylobacter in Lebensmitteln
QSWI7A10	Genome Editing
QSWI8	Inwieweit machen Sie sich Sorgen über (QSWI8A1-QSWI8A10)?
QSWI8A1	Salmonellen in Lebensmittel
QSWI8A2	gentechnisch veränderte Lebensmittel
QSWI8A3	Antibiotikaresistenzen
QSWI8A4	Reste von Pflanzenschutzmitteln in Lebensmitteln
QSWI8A5	Aluminium in Lebensmittelverpackungen oder Behältnissen
QSWI8A6	Mikroplastik in Lebensmitteln
QSWI8A7	Glyphosat in Lebensmitteln
QSWI8A8	Schimmelpilzgifte in Lebensmitteln
QSWI8A9	Campylobacter in Lebensmitteln
QSWI8A10	Genome Editing
Q1850	Rauchen Sie Zigaretten oder konsumieren Sie irgendein anderes Tabak-Produkt täglich, an manchen Tagen oder überhaupt nicht?
Q1855	Benutzen Sie täglich, an manchen Tagen oder gar nicht E-Zigaretten oder andere elektronische Vaping-Produkte?
Q1856	Hat in den letzten 12 Monaten ein Arzt oder anderes Gesundheitspersonal mit Ihnen über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens und Wege, um damit aufzuhören, gesprochen?
Q1860	Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten 4 oder mehr (für Frauen) respektive 5 oder mehr (für Männer) alkoholhaltige Getränke bei einer einzigen Gelegenheit konsumiert?
Q1865	Hat in den letzten 12 Monaten ein Arzt oder anderes Gesundheitspersonal mit Ihnen über Ihren Alkoholkonsum gesprochen?
Q1870	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Marihuana oder Cannabis konsumiert?
Q1875	Haben Sie in den letzten 12 Monaten andere Drogen wie Kokain, Amphetamine, Heroin oder ähnliche Substanzen konsumiert?
Q1880	Hat in den letzten 12 Monaten ein Arzt oder anderes Gesundheitspersonal mit Ihnen über Ihren Konsum von Marihuana, Cannabis oder anderen Drogen wie Kokain, Amphetamine, Heroin oder ähnlichen Substanzen gesprochen?
Q1885	Haben Sie jemals rezeptpflichtige Schmerzmittel eingenommen, ohne ein Rezept von einem Arzt, oder anders als ein Arzt es Ihnen gesagt hatte?
Q1890	Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie eine Behandlung oder eine Beratung wegen Ihrem Alkoholkonsum / Marihuana-Konsum / Konsum anderer Drogen oder Substanzen / Konsum rezeptpflichtiger Medikamente für nicht-medizinische Zwecke brauchten?
Q1895	War es Ihnen möglich, die benötigte Behandlung oder Beratung zu erhalten?
RXUSE	Wie viele unterschiedliche rezeptpflichtige Medikamente nehmen Sie immer oder regelmässig?
Q1611A1	Hat in den vergangenen 12 Monaten ein Arzt, eine Pflegefachperson oder Apotheker alle Medikamente überprüft, die Sie nehmen?
Q1135	Gibt es eine/n Ärzt/in, Gruppe von Ärzt/innen, ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik, die Sie normalerweise für Ihre medizinische Versorgung aufsuchen?
Q1140	Wie lange gehen Sie schon dorthin für Ihre medizinische Betreuung?
Q1166	Wenn Sie Betreuung oder eine Behandlung brauchen, wie häufig kommt es vor, dass der Arzt oder der medizinische Dienstleister, zu dem Sie gehen...
Q1166A1	...wichtige Informationen über Ihre medizinische Vergangenheit hat?
Q1166A2	...genügend Zeit für Sie aufbringt?
Q1166A3	...Sie in dem Umfang, in dem Sie möchten, in die Entscheidungen über die Betreuung und Behandlung miteinbezieht?
Q1166A4	...Ihnen Dinge auf einfach verständliche Weise erklärt?
Q1190	Insgesamt, wie bewerten Sie die medizinische Betreuung, die Sie in der Praxis oder Klinik vom Arzt, wo Sie normalerweise hingehen, in den letzten 12 Monaten bekommen haben?
Q1210	Sind Sie in den vergangenen 2 Jahren bei einem Spezialisten gewesen?

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q1230	Bei wie vielen verschiedenen Spezialisten sind Sie in den vergangenen 2 Jahren gewesen?
Q1305	Haben Sie in den letzten 2 Jahren nicht-notfallmässige oder planbare Operationen benötigt?
Q1320	Haben Sie in den letzten 2 Jahren mindestens eine Nacht als Patient in einem Spital verbracht?
Q1350	Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren die Notaufnahme von einem Spital für Ihre eigene medizinische Behandlung in Anspruch genommen?
Q1360	Denken Sie daran, als Sie das letzte Mal in der Notaufnahme waren. War dies wegen Beschwerden, die Ihrer Meinung nach auch von den Ärzten oder dem Personal in der Praxis wo Sie normalerweise hingehen, hätte behandelt werden können, wenn diese verfügbar gewesen wären?
Q1322	Denken Sie an Ihren letzten Spitalaufenthalt zurück. Sind Sie in die Entscheidungen über Ihre Pflege und Behandlung so einbezogen worden, wie Sie sich das gewünscht haben?
Q1323	Wie häufig sind Sie während diesem Spitalaufenthalt von den Ärzten freundlich und respektvoll behandelt worden?
Q1324	Wie häufig sind Sie während diesem Spitalaufenthalt von den Pflegefachpersonen freundlich und respektvoll behandelt worden?
Q1325	Haben Sie während diesem Spitalaufenthalt schriftliche Informationen dazu bekommen, auf welche Symptome oder gesundheitliche Probleme Sie achten müssen, nachdem Sie das Spital verlassen haben?
Q1330	Bevor Sie aus dem Spital entlassen wurden, ist jemand mit Ihnen alle verschriebenen Medikamente durchgegangen, inklusive jene, die Sie bereits vor dem Spitalaufenthalt nahmen?
Q1980	Wie würden Sie gesamthaft die Leistung des Gesundheitssystems in der Schweiz beurteilen?
Q1100	Wie beurteilen Sie ganz allgemein die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz?
Q1110	Als Sie das letzte Mal krank gewesen sind oder einen Arzt gebraucht haben, wie schnell haben Sie einen Termin beim Arzt erhalten?
Q1115	Wie einfach oder schwierig ist es, medizinische Versorgung am Abend, am Wochenende oder an Feiertagen zu bekommen, ohne in die Notaufnahme eines Spitals oder in eine Notfallpraxis wie zum Beispiel eine "Permanence" oder "City Notfall" zu gehen?
Q1150	Wenn Sie den/die Arzt oder Ärztin, zu dem/der Sie normalerweise hingehen, aufgrund eines medizinischen Anliegens während der normalen Öffnungszeiten kontaktieren, wie häufig erhalten Sie am gleichen Tag eine Antwort?
Q1160	Haben Sie in den letzten 2 Jahren über eine sichere Internetseite oder ein Patientenportal oder eine Handy-App...
Q1160A1	...mit der Praxis Ihres/r Hausarzt(in) kommuniziert bezüglich einer medizinischen Frage oder Anliegen?
Q1160A2	...Ihre Gesundheitsinformationen - wie Zusammenfassungen der Arztbesuche, Resultate von Tests oder Laboranalysen - online angeschaut oder vom Internet heruntergeladen?
Q1160A3	...Verlängerungen von Rezepten bei der Praxis Ihres/r Hausarztes/-ärztin angefordert?
Q1160A4	...einen Termin in der Praxis Ihres/r Hausarztes/-ärztin angefordert?
SPECWAIT	Nachdem Ihnen geraten wurde oder Sie entschieden haben, einen Spezialisten aufzusuchen, wie viele Tage, Wochen oder Monate mussten Sie auf einen Termin warten?
Q1221	Wie viele Tage mussten Sie für einen Termin warten?
Q1222	Wie viele Wochen mussten Sie für einen Termin warten?
Q1223	Wie viele Monate mussten Sie für einen Termin warten?
SRGWAIT	Nachdem Ihnen mitgeteilt wurde, dass Sie eine Operation brauchen, wie lange haben Sie bis zur nicht-notfallmässigen oder planbaren Operationen warten müssen?
Q1311	Wie viele Tage mussten Sie für einen Termin warten?
Q1312	Wie viele Wochen mussten Sie für einen Termin warten?
Q1313	Wie viele Monate mussten Sie für einen Termin warten?
ERWAIT	Als Sie das letzte Mal in der Notaufnahme gewesen sind, wie lange haben Sie warten müssen, bis Sie behandelt wurden?
Q1226	In den letzten zwei Jahren, haben Sie da die folgenden Erfahrungen gemacht, wenn Sie einen Spezialisten konsultiert haben?
Q1226A1	Der Spezialist hat keine grundlegenden medizinischen Informationen oder Testergebnisse über den Grund von Ihrem Besuch gehabt vom Arzt/Ort, wo Sie normalerweise hingehen, wo Sie normalerweise hingehen für eine medizinische Behandlung.
Q1226A2	Nachdem Sie den Spezialisten konsultiert haben, ist der Arzt, wo Sie normalerweise hingehen anscheinend nicht informiert und auf dem neusten Stand über Ihre Behandlung beim Spezialisten gewesen
Q1335	Als Sie das Spital verlassen haben, hat das Spital Anordnungen getroffen oder sichergestellt, dass Sie eine Folgebehandlung mit einem Arzt oder einem anderen Gesundheitsspezialisten erhalten?
Q1345	Als Sie aus dem Spital entlassen wurden, hatten Sie das Gefühl, dass die Ärzte oder das Personal in der Praxis, die Sie normalerweise aufsuchen, informiert und auf dem letzten Stand waren über die Behandlung, die Sie im Spital erhalten haben?
Q1126	Denken Sie jetzt an die letzten 2 Jahre. Wenn Sie Betreuung für ein medizinisches Problem bekommen haben, ist es da JE passiert, dass...

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q1126A1	...die Testresultate oder die medizinischen Unterlagen zum vorgesehenen Behandlungstermin noch nicht bereit gewesen sind?
Q1126A2	...Sie widersprüchliche Angaben von verschiedenen Ärzten oder von medizinischem Personal bekommen haben?
Q1126A3	...Sie das Gefühl gehabt haben, dass ein medizinischer Test, der die Ärzte angeordnet haben, überflüssig ist weil er schon gemacht worden ist?
Q1705	In den letzten 2 Jahren, ist Ihnen je ein falsches Medikament oder eine falsche Dosierung von einem Arzt, einer Krankenschwester, einem Spital oder Apotheker gegeben worden?
Q1710	In den letzten zwei Jahren, hat es da Momente gegeben, als Sie gedacht haben, dass ein medizinischer Fehler bei Ihrer Behandlung oder Betreuung gemacht wurde?
MEDERROR	Ist in den letzten 2 Jahren einer der beiden Fehler (Q1705 & Q1710) aufgefallen?
Q1715	Wo ist dieser medizinische Fehler passiert?
Q1716	Hat Ihnen der Arzt oder eine beteiligte Fachperson gesagt, dass bei Ihrer Behandlung ein Fehler gemacht worden ist?
Q1430	Welche Art von Krankenversicherung haben Sie persönlich für die obligatorische Grundversicherung?
QSWI5	Haben Sie oder jemand anderes in Ihrem Haushalt letztes Jahr kantonale Prämienverbilligungen für die Krankenversicherung bekommen?
QSWI6	Bekommen Sie neben Ihrer AHV-Rente auch Ergänzungsleistungen?
OOPCOSTS	Wie viel haben Sie und Ihre Familie in den vergangenen 12 Monaten aus eigener Tasche für medizinische Behandlungen und Versorgung ausgegeben, welche nicht durch die gesetzliche medizinische Grundversicherung oder Zusatzversicherungen abgedeckt waren?
Q1516	In den letzten 12 Monaten, hat es da Zeiten gegeben...
Q1516A1	...wo Sie ernste Probleme gehabt haben, medizinische Rechnungen zu zahlen, oder wo sie diese nicht haben zahlen können?
Q1516A2	...wo Sie viel Zeit für Papierkram oder Streitigkeiten wegen medizinischen Rechnungen gebraucht haben?
Q1516A3	...wo Ihre Versicherung sich geweigert hat, für eine medizinische Versorgung zu bezahlen, oder nicht so viel wie erwartet bezahlt hat?
Q1120	Während der letzten 12 Monate, haben Sie...
Q1120A1	...ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keinem Arzt gegangen?
QSWI1A	Sie haben vorhin angegeben, dass Sie in den letzten 12 Monaten ein gesundheitliches Problem hatten, dass Sie aber aus Kostengründen nicht beim Arzt gewesen sind. Ist das gesundheitliche Problem schlimmer geworden, ist es gleich geblieben oder ist es besser geworden?
QSWI1B	Sie haben angegeben, dass das Problem "schlimmer wurde" / "gleich blieb" / "besser wurde", ist. Sind Sie wegen diesem Problem beim Arzt gewesen oder planen Sie, zum Arzt zu gehen?
Q1120A2	...wegen der Kosten einen medizinischen Test, eine Behandlung oder Nachuntersuchung, die vom Doktor empfohlen wurde, nicht gemacht?
Q1120A3	...wegen den Kosten ein verschriebenes Medikament nicht abgeholt, oder nicht so viel genommen wie vorgeschrieben?
Q1120A4	...eine Zahnbehandlung oder zahnärztliche Untersuchung aufgrund der Kosten nicht?
ACCPROB	Verzicht auf mindestens eine medizinische Leistung aufgrund der Kosten
QSWI4	Sind Sie wegen einem der folgenden Gründe nicht zum Arzt gegangen oder haben auf eine medizinische Behandlung verzichtet? Bitte beantworten Sie jeden möglichen Grund mit Ja oder nein. Sie haben verzichtet weil...
QSWI4A	...Sie abwarten wollten, ob das gesundheitliche Problem von selbst verschwinden würde.
QSWI4B	...Sie nicht weitere Kosten im Gesundheitswesen für die Allgemeinheit verursachen wollten.
QSWI4A	...Sie Angst davor hatten, was der Arzt Ihnen sagen könnte.
QSWI4B	...Ihnen das Vertrauen in Ärzte, Krankenhäuser, Untersuchungen oder allgemein in Behandlungen fehlt.
QSWI4A	...Sie keinen guten Arzt kennen.
QSWI4B	...Sie Mühe haben, in einer Landessprache zu kommunizieren.
QSWI4A	...Sie keinen Termin bekommen haben.
QSWI4B	...Sie aus beruflichen Gründen keine Zeit hatten.
QSWI4A	...Sie wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen keine Zeit hatten.
QSWI4B	...Sie sich nicht dorthin begeben konnten.
QSWI4A	...Sie keine medizinische Behandlung benötigt haben.

8.2 Informationen zu Kern- und Co-Finanzierung

Kernfinanzierung und Koordination:

The Commonwealth Fund

Co-Finanzierung und technische Unterstützung von Organisationseinheiten in den teilnehmenden Ländern:

The NSW Agency for Clinical Innovation; Health Quality Ontario; the Canadian Institute for Health Information; Ministère de la Santé et des Services sociaux; La Haute Autorité de Santé; the Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés; the Directorate for Research, Evaluation, Studies, and Statistics of the French Ministry of Health; Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG); the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport and Radboud University Medical Center; the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (Vårdanalys); the Swiss Federal Office of Public Health (BAG); The Health Foundation.

Publikation CWF:

The Commonwealth Fund's 2020 International Health Policy Survey of General Population in 11 Countries.



Erratum

Bezüglich der Publikation:

«Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich»

ISBN 978-2-940670-03-1

Aufgrund von Korrekturen des Datensatzes durch das Marktforschungsinstitut SSRS nach erfolgter Publikation mussten im Bericht folgende Korrekturen vorgenommen werden:

Korrektur 1:

Aufgrund einer Fehlkodierung der schwedischen Daten musste Schweden von den Analysen zu den selbstgetragenen Gesundheitskosten ausgeschlossen werden. Folglich wurde der Paragraph auf Seite 38 überarbeitet und der Anteil von Schweden aus der Grafik G 5.3 entfernt.

Korrektur 2:

Aufgrund einer Fehlkodierung mussten die Daten zu den Fragen Q1817A1 bis Q1817A4 neu analysiert werden, was zu Änderungen in den Anteilen in der Schweiz und Deutschland geführt hat. Folglich mussten die Werte und Ranglistenplätze im Paragraphen zu *chronic care management* auf Seite 15 angepasst werden.



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.