

OBSAN BERICHT

10/2023

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

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2023 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Michael Dorn



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](http://www.obsan.ch) zu finden.

**Herausgeber**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

**Auftraggeber**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

**Autoren**

Michael Dorn, Obsan

**Unter Mitarbeit von**

Tamara Bonassi, BAG

**Projektleitung Obsan**

Michael Dorn

**Reihe und Nummer**

Obsan Bericht 10/2023

**Zitierweise**

Dorn, M. (2023). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2023 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CFR) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 10/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

**Auskünfte/ Informationen**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,

[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), Tel. +41 58 463 60 45

**Layout**

Obsan

**Grafiken**

Obsan

**Titelbild**

[iStock.com/Matjaz Slanic](https://iStock.com/Matjaz_Slanic)

**Titelseite**

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

**Online**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen

**Print**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,

[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch), Tel. +41 58 463 60 60

Druck in der Schweiz

**Copyright**

Obsan, Neuchâtel 2023

Wiedergabe unter Angabe der Quelle

für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

**BFS-Nummer**

873-2310

**ISBN**

978-2-940670-39-0

[Korrigierte Version vom 15.12.2023. 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 2023 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CFR) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

**Autor**  
**Herausgeber**

Michael Dorn  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2023

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>3</b>	<b>5 Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen</b>	<b>38</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>	5.1 Krankenversicherungsmodelle und selbst getragene Kosten	38
<b>Résumé</b>	<b>6</b>	5.2 Finanzielle Herausforderungen und Schwierigkeiten	40
<b>1 Einführung und Methodik</b>	<b>8</b>	<b>6 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis</b>	<b>44</b>
1.1 Allgemeine Informationen	8	6.1 Tabellenverzeichnis	44
1.2 Stichproben	8	6.2 Abbildungsverzeichnis	44
1.3 Nutzen und Grenzen der Analyse	10	<b>7 Literaturverzeichnis</b>	<b>46</b>
1.4 Tabellen im Bericht	10	<b>8 Anhang</b>	<b>48</b>
<b>2 Gesundheitszustand</b>	<b>12</b>	8.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2023	48
2.1 Körperlicher Gesundheitszustand	12	8.2 Informationen zu Kern- und Co-Finanzierung	52
2.2 Psychischer Gesundheitszustand	15		
2.3 Konsum rezeptpflichtiger Medikamente	18		
2.4 Exkurs: Informelle Hilfe oder Pflege für Familienmitglieder	19		
<b>3 Inanspruchnahme und Behandlungsverlauf</b>	<b>22</b>		
3.1 Hausarztpraxen und ambulante Gesundheitszentren	22		
3.2 Konsultation von Spezialistinnen und Spezialisten	26		
3.3 Ambulante und stationäre Spitalaufenthalte (inklusive Notaufnahme)	26		
<b>4 Qualitätsindikatoren der Versorgung</b>	<b>30</b>		
4.1 Bewertung der medizinischen Versorgung	30		
4.2 Verfügbarkeiten und Wartezeiten	31		
4.3 eHealth-Leistungen	33		
4.4 Koordination zwischen Leistungserbringern	34		
4.5 Inklusion und Diversität	35		
4.6 Ineffizienz und medizinische Fehler	36		

# 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
HMO	Health Maintenance Organization
IHP	International Health Policy Survey
KI	Konfidenzintervall
N / n	Ausgangsstichprobe / Nettostichprobe oder Teilstichprobe
Obsan	Schweizerisches 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 der Stiftung 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 Datenerhebung erfolgt im Frühling bis Sommer des Befragungsjahres 2023 bezieht sich wie bereits in den Jahren 2010, 2013, 2016 und 2020 auf die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren und deren Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Folglich sind sowohl internationale wie auch zeitliche Vergleiche möglich.

Der vorliegende Bericht behandelt **vier Themenfelder**: Gesundheitszustand, Inanspruchnahme und Behandlungsverlauf, Qualitätsindikatoren in der Versorgung sowie Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen. Nachfolgend wird ein Auszug der wichtigsten Ergebnisse erläutert.

Im Jahr 2023 belegt die Schweiz bei der Bewertung der **selbst wahrgenommenen Gesundheit** im internationalen Vergleich nicht mehr den ersten, sondern den zweiten Platz. Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die selbst wahrgenommene Gesundheit verschlechtert, bleibt aber auf einem hohen positiven Niveau. Der Anteil der Personen **mit mindestens einer chronischen Erkrankung** ist seit 2016 angestiegen. Am häufigsten leidet die Wohnbevölkerung der Schweiz an Bluthochdruck und psychischen Erkrankungen wie Angstzuständen und Depressionen sowie an Asthma oder Lungenerkrankungen.

Die Wohnbevölkerung der Schweiz macht sich häufiger **Sorgen** als in den Vorjahren. Mehr als ein Drittel der Befragten macht sich Sorgen finanzieller Art, womit die Schweiz im internationalen Vergleich im oberen Drittel liegt. Etwas mehr als jede zehnte Person hat eine Beratung oder Behandlung im Zusammenhang mit der **psychischen Gesundheit** in Anspruch genommen.

In der Schweiz konsumiert die Hälfte der Befragten mindestens ein **rezeptpflichtiges Medikament**, was im internationalen Vergleich den viertniedrigsten Wert darstellt. Der Anteil derjenigen, die mindestens zwei rezeptpflichtige Medikamente einnehmen (rund ein Drittel), ist in der Schweiz am niedrigsten. Dieser Anteil ist jedoch seit der IHP-Befragung 2010 deutlich angestiegen.

Zwei von zehn Personen in der Schweiz leisten **informelle Hilfe oder Pflege für Familienmitglieder**. Obwohl dies im internationalen Vergleich der zweitniedrigste Anteil ist, geben rund sechs von zehn Personen an, dies mindestens einmal pro Woche zu tun.

Entsprechend geben auch vier von zehn Personen an, dass die geleistete informelle Hilfe oder Pflege für ein Familienmitglied belastend war. Finanzielle Unterstützung als pflegende Angehörige erhalten nur rund fünf Prozent der Befragten, die informelle Hilfe oder Pflege leisten.

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 13 Jahren ist eine Abnahme der Praxistreue festzustellen sowie eine kritischere Bewertung des Verlaufs der Konsultationen bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt. Die in den Hausarztpraxen erhaltene medizinische Betreuung wird jedoch im Jahr 2023 sehr positiv bewertet.

Die **Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen** (z. B. Konsultation bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten, stationäre Spitalaufenthalte, planbare Operationen und Besuche in der Notfallaufnahme) hat sich seit 2020 nicht wesentlich verändert. Sechs von zehn Befragten haben eine Spezialistin oder einen Spezialisten aufgesucht, eine von zehn eine planbare Operation erhalten, zwei von zehn mindestens eine Nacht im Spital verbracht und zwei von zehn die Notfallaufnahme besucht. Während im Jahr 2023 der Anteil der Notfallaufnahmen der drittniedrigste im internationalen Vergleich ist, liegen die anderen beiden Anteile im Mittelfeld. 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 sechs von zehn Befragten die **Qualität der medizinischen Versorgung** als «hervorragend» oder «sehr gut». Allerdings ist der Anteil derer, die diese positive Bewertung abgeben, geringer als im Jahr 2020. Für die Wohnbevölkerung der Schweiz ist es seit der letzten IHP-Erhebung im Jahr 2020 schwieriger geworden, medizinische Versorgung **ausserhalb der üblichen Öffnungszeiten** zu erhalten. Sechs von zehn Befragten geben an, dass es «sehr schwierig» oder «eher schwierig» sei, abends, am Wochenende oder an Feiertagen eine medizinische Versorgung zu erhalten. Im internationalen Vergleich ist dies der drittniedrigste Wert.

Trotz steigender **Wartezeiten** schneidet die Schweiz im internationalen Vergleich gut bis sehr gut ab. Wenn es um einen Termin bei einem Spezialisten geht, nimmt die Wartezeit in der Schweiz zwar zu (der Anteil der Wartezeiten unter einem Monat nimmt ab), ist aber im Vergleich zu den anderen Ländern immer

noch am besten. Bei den planbaren Operationen ist keine signifikante Zunahme der Wartezeiten zu beobachten, die Schweiz belegt hier den drittbesten Rang.

Die Nutzung von **eHealth** in der Kommunikation mit den Hausarztpraxen (z. B. Kommunikation mit der Praxis zu medizinischen Anliegen oder Online-Zugang zu Gesundheitsinformationen) hat seit der letzten IHP-Befragung im Jahr 2020 stark zugenommen. Im internationalen Vergleich ist die Nutzung jedoch sehr gering.

Die **Koordination** zwischen den Leistungserbringern im Sinne von Informationsaustausch vor der Konsultation einer Spezialistin oder eines Spezialisten und nach der Rückkehr zur Hausarztpraxis verläuft gemäss den Befragten in knapp zwei von zehn Fällen nicht optimal. Im Vergleich mit den anderen Ländern ist insbesondere die Koordination vor der Konsultation einer Spezialistin oder eines Spezialisten verbesserungswürdig (dritthöchster Anteil). Die Koordination nach der Rückkehr zur Hausarztpraxis schneidet im internationalen Vergleich gut ab (zweithöchster Anteil).

Bei der Wahrnehmung von gelebter **Inklusion** und dem Umgang mit **Diversität** in der Versorgung belegt die Schweiz im internationalen Vergleich den drittbesten Rang. Eine von zehn Personen fühlt sich ungerecht behandelt und zwei von zehn Personen fühlen sich mit ihren gesundheitlichen Anliegen nicht ernst genommen. Am häufigsten fühlen sich Personen in der Schweiz aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung oder chronischen Krankheit und am zweithäufigsten aufgrund ihres Alters diskriminiert.

**Medizinische Fehler** können sich auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten auswirken. In der Schweiz ist etwa ein Zehntel der Befragten der Meinung, dass sie einen medizinischen Fehler erlitten haben. Dieser Anteil ist seit 2010 gestiegen. Gleichzeitig berichten fünf Prozent der Wohnbevölkerung, dass sie Erfahrungen mit einem Medikamenten- oder Dosierungsfehler durch eine Ärztin bzw. einen Arzt, eine Pflegefachperson, ein Spital oder eine Apotheke gemacht haben – ein Anteil, der seit 13 Jahren stabil geblieben ist.

Seit 2020 hat das Hausarztmodell die gewöhnliche Krankenversicherung als häufigstes **Versicherungsmodell** abgelöst und kann im Jahr 2023 den Abstand zu diesem Modell weiter ausbauen. Knapp ein Viertel der Befragten in der Schweiz bezieht Prämienverbilligungen und 15,5% der 65-Jährigen und Älteren Ergänzungsleistungen der AHV.

Die Schweiz bleibt auch 2023 das Land mit den höchsten Out-of-pocket-Kosten: Fast die Hälfte der Befragten tätigt für ihre Familie Gesundheitsausgaben im Gegenwert von mindestens 1000 US-Dollar, die nicht durch eine Versicherung abgedeckt sind. Dieser Anteil ist in der Schweiz im Jahr 2020 etwas höher und sinkt bis 2023 wieder auf das Niveau von 2016.

Der **Verzicht auf medizinische Leistungen** aus Kostengründen hat in den letzten 13 Jahren stark zugenommen. In der IHP-Befragung von 2023 geben zwei von zehn Personen in der Schweiz an, auf einen Arztbesuch zu verzichten. Jeweils rund eine von zehn Personen verzichten auf einen ärztlich empfohlenen

Test, eine Behandlung oder eine Nachuntersuchung oder auf ein verschriebenes Medikament bzw. die verschriebene Menge. Der Anteil der Befragten, die auf einen Arztbesuch verzichten, ist im internationalen Vergleich der zweithöchste, der Anteil derjenigen, die auf ärztlich empfohlenen Tests, Behandlungen oder Nachuntersuchungen verzichten, der dritthöchste. Rund drei von zehn Personen verzichten aus Kostengründen auf eine Zahnbehandlung oder eine zahnärztliche Untersuchung, weniger als eine von zehn Personen auf eine Behandlung im psychischen Bereich.

# Résumé

Depuis 2010, la Suisse participe à l'enquête internationale sur la politique de santé de la fondation Commonwealth Fund (CWF). En Suisse, le projet est conduit par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) réalise sur mandat les analyses et le rapport. La collecte des données pour 2023 a eu lieu du printemps à l'été. Comme en 2010, 2013, 2016 et 2020, l'enquête concerne les expériences avec le système de santé de la population résidente âgée de 18 ans et plus. Par conséquent, des comparaisons tant internationales que temporelles sont possibles.

Le présent rapport aborde **quatre domaines thématiques** : l'état de santé, le recours aux soins et le déroulement du traitement, les indicateurs de qualité des soins ainsi que les dépenses de santé et les défis financiers. Les principaux résultats sont résumés ci-dessous.

En 2023, la Suisse n'occupe pas la première place, mais la deuxième en comparaison internationale en ce qui concerne **l'état de santé autoévalué**. Par rapport aux années précédentes, ce dernier s'est détérioré, mais se maintient à un bon niveau. La part de personnes souffrant **d'au moins une maladie chronique** est en hausse depuis 2016. En Suisse, la population résidente souffre le plus souvent d'hypertension et de maladies psychiques telles que l'anxiété et la dépression, ainsi que d'asthme ou de maladies pulmonaires.

La population résidant en Suisse se fait plus fréquemment du **souci** que les années précédentes. Plus d'un tiers des personnes interrogées ont des soucis d'ordre financier, ce qui place la Suisse dans le premier tiers du classement international. Un peu plus d'une personne sur dix a eu recours à un conseil ou à un traitement en rapport avec sa **santé psychique**.

En Suisse, la moitié des personnes interrogées consomment au moins un **médicament sur ordonnance**, ce qui représente la quatrième valeur la plus faible en comparaison internationale. La part des personnes qui consomment au moins deux médicaments sur ordonnance (environ un tiers) est la plus faible en Suisse. Cette proportion a toutefois nettement augmenté depuis l'enquête IHP de 2010.

En Suisse, deux personnes sur dix fournissent une **aide ou des soins informels à des membres de leur famille**. Bien qu'il s'agisse de la deuxième part la plus faible en comparaison internationale, environ six personnes sur dix indiquent le faire au moins une fois par semaine. De même, quatre personnes sur dix indiquent que l'aide ou les soins informels qu'elles ont apportés à un membre de leur famille ont été pénibles. Seuls 5 % environ des personnes interrogées qui fournissent une aide ou des soins

informels reçoivent un soutien financier en tant que proches aidants.

Neuf personnes sur dix en Suisse consultent généralement le même médecin ou le même centre de santé (appelé « **cabinet médical** » dans le rapport). Au cours des 13 dernières années, on constate une diminution de la fidélité au cabinet médical ainsi qu'une évaluation plus critique du déroulement des consultations chez le médecin de premier recours. Cependant, le suivi médical reçu dans les cabinets médicaux est évalué très positivement en 2023.

Le **recours aux structures de soins** (p. ex. la consultation d'un spécialiste, les hospitalisations, les opérations planifiables et le recours aux urgences) n'a pas évolué de manière significative depuis 2020. Six personnes interrogées sur dix ont consulté un spécialiste, une sur dix a subi une opération planifiable, deux sur dix ont passé au moins une nuit à l'hôpital et deux sur dix se sont rendues aux urgences. Alors qu'en 2023, la proportion de recours aux urgences est la troisième plus faible en comparaison internationale, les deux autres proportions se situent dans la moyenne. 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, six personnes interrogées sur dix jugent la **qualité des soins médicaux** «excellente» ou «très bonne». Toutefois, la proportion de personnes donnant cette évaluation positive est plus faible qu'en 2020. Pour la population résidant en Suisse, il est devenu plus difficile d'obtenir des soins médicaux **en dehors des heures d'ouverture habituelles** depuis la dernière enquête IHP en 2020. Six personnes interrogées sur dix indiquent qu'il est « très difficile » ou « plutôt difficile » d'obtenir des soins médicaux le soir, le week-end ou les jours fériés. En comparaison internationale, il s'agit de la troisième valeur la plus basse.

Malgré des **délais d'attente** en hausse, la Suisse s'en sort bien, voire très bien, en comparaison internationale. Lorsqu'il s'agit d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste en Suisse, le délai augmente certes (la part des délais d'attente inférieurs à un mois diminue), mais il reste le meilleur en comparaison avec les autres pays. Pour les opérations programmées, on n'observe pas d'augmentation significative des délais d'attente, la Suisse occupe ici le troisième meilleur rang.

Le recours à la **cybersanté** dans la communication avec les cabinets médicaux (p. ex. sur des questions médicales ou l'accès en ligne à des informations sur la santé) a fortement progressé



depuis la dernière enquête IHP en 2020. En comparaison internationale, il est toutefois très faible.

Selon les personnes interrogées, la **coordination** en termes d'échanges d'informations entre les prestataires de soins avant la consultation d'un spécialiste et lors du retour au cabinet médical ne se déroule pas de manière optimale dans près de deux cas sur dix. En comparaison avec les autres pays, c'est surtout la coordination avant la consultation d'un spécialiste qui mérite d'être améliorée (troisième pourcentage le plus élevé). La coordination lors du retour au cabinet médical s'en sort bien en comparaison internationale (deuxième pourcentage le plus bas).

En ce qui concerne la perception de l'expérience de **l'inclusion** et de la gestion de la **diversité**, la Suisse se classe au troisième rang du classement international. Une personne sur dix se sent traitée de manière injuste et deux personnes sur dix ne se sentent pas prises au sérieux dans leurs préoccupations en matière de santé. En Suisse, les personnes se sentent le plus souvent discriminées en raison d'un handicap physique ou d'une maladie chronique et, en deuxième lieu, en raison de leur âge.

Les **erreurs médicales** peuvent avoir des répercussions sur la santé des patients. En Suisse, environ un dixième des personnes considèrent avoir subi une erreur médicale. Cette proportion a augmenté depuis 2010. En parallèle, cinq pour cent de la population résidente rapporte avoir fait l'expérience d'une erreur de médicament ou de dosage de la part d'un médecin, d'un infirmier ou d'une infirmière, d'un hôpital ou d'une pharmacie – une proportion stable depuis 13 ans.

Depuis 2020, le modèle du médecin de famille a remplacé l'assurance-maladie standard en tant que **modèle d'assurance** le plus fréquent et l'écart s'est encore creusé en 2023. Près d'un quart des personnes interrogées en Suisse bénéficient de réductions de primes et 15,5% des 65 ans et plus de prestations complémentaires de l'AVS.

En 2023, la Suisse reste le pays où les paiements directement effectués par les répondants sont les plus élevés : près de la moitié des personnes interrogées effectuent pour leur famille des dépenses de santé d'une valeur d'au moins 1000 dollars US qui ne sont pas couvertes par une assurance. Cette proportion était légèrement plus élevée en Suisse en 2020 et est retombée en 2023 au niveau de 2016.

Le **renoncement à des prestations médicales** pour des raisons de coûts a fortement augmenté au cours des 13 dernières années. Dans l'enquête IHP de 2023, deux personnes sur dix en Suisse indiquent avoir renoncé à une consultation médicale. Environ une personne sur dix a renoncé à un test, un traitement ou un examen de dépistage recommandé par un médecin, ou encore à un médicament ou à une quantité prescrite. En comparaison internationale, la part des personnes interrogées qui renoncent à une visite chez le médecin est la deuxième plus élevée, et la part de celles qui renoncent à des tests, traitements ou examens de dépistage recommandés par le médecin est la troisième plus élevée. Environ trois personnes sur dix ont renoncé à un traitement ou à un examen dentaire pour des raisons de coûts, et moins d'une personne sur dix à un traitement dans le domaine psychique.

# 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 internationale vergleichbare Befragungen zu gesundheitspolitischen Themen durchführen. Die Befragungen beziehen sich abwechslungsweise 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 Jahr 2023 nahm die Schweiz nach 2010, 2013, 2016 und 2020 zum fünften Mal an der Befragung mit der hier porträtierten Zielgruppe teil. Folglich sind sowohl zeitliche wie auch internationale Vergleiche mit den folgenden neun Teilnehmerländern möglich: Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Schweden und USA.<sup>1</sup>

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, 2020a, 2021; Pahud & Dorn, 2023; Petrini & Sturny, 2013; Sturny & Camenzind, 2011; Vilpert, 2012). Zusätzlich entstehen auf Basis der IHP-Ergebnisse weitere nationale und internationale Fachpublikationen, die sich vertieft mit einem spezifischen Thema der IHP-Befragungen auseinandersetzen (siehe beispielsweise: Beer, Cohidon & Senn, 2022; Cohidon, Wild & Senn, 2019; Merçay & Camenzind, 2016; Pahud, 2020b, 2023).

## 1.2 Stichproben

Im Jahr 2023 wurde neben der Wohnbevölkerung der Schweiz auch die Wohnbevölkerung von Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Schweden und den USA befragt. Der CWF hat für die IHP-Befragung von

2023 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 4981 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, die sie online vornehmen konnten. Personen die älter als 71 Jahre sind, hatten zusätzlich die Möglichkeit telefonisch an der Befragung teilzunehmen. Bei Nichtbeantwortung der Einladung wurden zwei Erinnerungsschreiben versandt, was schliesslich in einer Nettostichprobe (nachfolgend Stichprobe genannt) von 2292 komplettierten Fragebögen (95% online und 5% per Telefon) resultierte, die zwischen Ende März und Anfang Juni 2023 erhoben wurden. Die Stichprobe wurde nach den folgenden Kriterien gewichtet: Kanton, geschlechtsabhängige Altersklassen und Bildung. Die ungewichteten länderspezifischen Stichproben und Rücklaufquoten der IHP-Befragungen 2010, 2016, 2020 und 2023 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 ist in den Jahren 2020 und 2023 deutlich grösser als noch 2010 und 2016, was durch die Stichprobenaufstockung der Kantone zu erklären ist. 2023 haben folgende Kantone ihre Stichprobe erhöht: Zürich ( $n = 307$ ), Tessin ( $n = 325$ ), Waadt ( $n = 307$ ) und Wallis ( $n = 363$ ).<sup>2</sup>

Zudem fällt auf, dass die Rücklaufquoten in Ländern in Abhängigkeit der Stichprobenmethode stark variiert. Am höchsten ist sie in den beiden Ländern, in denen das Sampling auf einer adressbasierten Stichprobe beruht (Schweiz: 48,8% und Schweden: 29,2%). In allen weiteren Ländern wurde «Random Digit Dialing» (RDD), also zufällig generierte Telefonnummern genutzt. Für Grossbritannien und die USA wurde diese Methode mit einer Wahrscheinlichkeitsstichprobe aus Panels ergänzt (SSRS, 2023).

<sup>1</sup> Norwegen hat in der IHP-Befragung 2023 ebenso wie im Jahr 2022 nicht teilgenommen.

<sup>2</sup> Die vier Kantone mit Stichprobenaufstockungen wurden in der Bruttostichprobe als zusätzliche Schichten erhoben.

## T 1.1 Stichproben und Rücklaufquoten (in %), internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023

Land und Abkürzung	2010		2016		2020		2023	
	Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote
Australien AU	3 552	-	5 248	25,4	2 201	18,5	751	9,7%
Deutschland DE	1 005	-	1 000	26,9	1 004	24,4	2 005	22,9%
Frankreich FR	1 402	-	1 103	25,2	3 028	22,7	751	10,7%
Grossbritannien UK	1 511	-	1 000	21,9	1 991	14,2	3 361	5,8%
Kanada CA	3 302	-	4 547	21,4	5 089	17,1	4 820	11,7%
Neuseeland NZ	1 000	-	1 000	31,1	1 003	14,0	751	8,7%
Niederlande NL	1 001	-	1 227	32,4	753	25,6	751	10,0%
Norwegen NO	1 058	-	1 093	10,9	607	19,5	-	-
Schweden SE	2 100	-	7 124	16,9	2 513	30,4	2 266	29,2%
Schweiz CH	1 306	53,7	1 520	46,9	2 284	48,7	2 292	48,8%
USA US	2 501	-	2 001	18,1	2 488	13,7	3 594	9,9%

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

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020, 2023

© Obsan 2023

## T 1.2 Stichprobe nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, Sprachregion, Urbanität und kantonaler Aufstockung, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2023

Merkmal	Merkmalsausprägung	Stichprobe (nicht gewichtet)	Prozentanteil (nicht gewichtet)	Stichprobe (gewichtet)	Prozentanteil (gewichtet)
Geschlecht	Männer	1 067	47,6	1 094	48,7
	Frauen	1 175	52,4	1 153	51,3
Alter	18-34 Jahre	414	18,1	561	24,5
	35-49 Jahre	583	25,4	586	25,6
	50-64 Jahre	731	31,9	602	26,3
	65+ Jahre	563	24,6	543	23,7
Bildung	Obligatorische Schule	321	14,1	336	14,7
	Sekundarstufe II	1 236	54,3	1 431	62,9
	Tertiärstufe	720	31,6	509	22,4
Einkommen	Überdurchschnittlich	705	31,2	693	30,8
	Im Durchschnitt	498	22,0	484	21,5
	Unterdurchschnittlich	1 058	46,8	1 075	47,7
Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	1 407	62,1	1 442	63,6
	Mit Migrationshintergrund	860	37,9	827	36,4
Sprachregion	Deutschschweiz	1 112	48,5	1 622	70,7
	Französische Schweiz	829	36,2	569	24,8
	Italienische Schweiz	351	15,3	102	4,4
Urbanisierung	Stadt	1 385	60,5	1 393	60,9
	Agglomeration	527	23,0	502	21,9
	Land	378	16,5	394	17,2
Kantonale Aufstockungen	Zürich	307	13,4	413	18,0
	Schweiz ohne Zürich	1 985	86,6	1 879	82,0
	Tessin	325	14,2	97	4,2
	Schweiz ohne Tessin	1 967	85,8	2 195	95,8
	Waadt	307	13,4	217	9,5
	Schweiz ohne Waadt	1 985	86,6	2 075	90,5
Kantonale Aufstockungen	Wallis	363	15,8	98	4,3
	Schweiz ohne Wallis	1 929	84,2	2 194	95,7

Anmerkung: Bei einigen soziodemografischen Merkmalen kann die Summe der Merkmalsausprägungen vom Stichprobentotal ( $n = 2292$ ) abweichen, da beispielsweise nicht alle befragten Personen ihr durchschnittliches Einkommen definiert haben. Ohne die offene Antwortkategorie «Anderes Geschlecht»

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023

© Obsan 2023

### 1.3 Nutzen und Grenzen der Analyse

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 vier IHP-Befragungen von 2010, 2016, 2020 und 2023 möglich. Das Jahr 2013 wurde analog zum IHP-Bericht von 2016 und 2020 (Merçay, 2016; Pahud, 2020) aus Platzgründen für die Analysen nicht berücksichtigt. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es die nachfolgenden Punkte zu beachten.

Einige Fragestellungen und/oder Antwortformate wurden zwischen den Befragungen modifiziert, weshalb diese nur mit Vorsicht oder nicht verglichen werden können (z. B. die Frage Q1190 zur generellen Bewertung der medizinischen Betreuung in der Hausarztpraxis kann nicht mehr mit den Ergebnissen der Vorjahre 2020, 2016 und 2010 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 durch die Befragten 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.

### 1.4 Tabellen im Bericht

Ab der IHP-Befragung 2023 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, 2020 und 2023 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](http://www.bag.admin.ch/cwf-berichte)) unter Wohnbevölkerung ab 18 Jahren.

Die soziodemografischen Tabellen der Schweiz enthalten die folgenden acht Merkmale: Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, Sprachregion und die kantonalen

Aufstockungen der Kantone Zürich, Tessin, Waadt und Wallis. Die Merkmale werden hier mit Ausnahme von Geschlecht, Alter und den kantonalen Aufstockungen kurz erläutert.

Das Bildung widerspiegelt die höchstabgeschlossene Ausbildung im Moment der Befragung und wird in die drei Merkmalsausprägungen obligatorische Schule, Sekundarstufe II und Tertiärstufe unterteilt. Die Ausprägung obligatorische Schule beinhaltet Personen ohne Schulabschluss bis hin zu einer verkürzten, einjährigen Ausbildung (z. B. 10. Schuljahr oder Vorlehre)<sup>3</sup>, 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 Migrationshintergrund<sup>4</sup> 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, die in der Schweiz geboren sind und bei denen mindestens ein Elternteil ebenfalls in der Schweiz geboren ist sowie Personen, die nicht in der Schweiz geboren sind, bei denen aber mindestens ein Elternteil in der Schweiz geboren ist. Alle anderen 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 vier Erhebungsjahren der Deutschschweiz zugeordnet (2010:  $n = 2$ ; 2016:  $n = 0$ ; 2020:  $n = 4$ ; 2023:  $n = 3$ ).

Der Urbanisierungsgrad wurde im Vergleich zur Erhebung von 2020 geändert und ist nicht mehr vergleichbar. Im Unterschied zu 2020 wurden die Befragten anhand ihrer Postleitzahl der Stadt/Land-Typologie des BFS (BFS, 2023a) zugeordnet.

<sup>3</sup> Im weiteren Verlauf des Berichtes werden diese Personen als Personen ohne nachobligatorische Ausbildung bezeichnet.

<sup>4</sup> Bevölkerung nach Migrationsstatus ersetzt zunehmend das Konzept der Nationalität, das 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.

Befragte, die nicht zugeordnet werden konnten, hatten die Möglichkeit, sich in eine von drei Kategorien einzuteilen («vorrangig Stadtgebiet», «sowohl städtisch als auch ländlich (dazwischen)» und «vorrangig ländlich»). Im weiteren Verlauf des Berichtes werden die drei Kategorien des Urbanisierungsgrades als Stadt, Agglomeration und Land bezeichnet.

In den Tabellen werden die Konfidenzintervalle angezeigt, die den Bereich zeigen, in dem 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 Lebenserwartung der Wohnbevölkerung der Schweiz ist eine der höchsten der Welt. Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung schätzt die eigene Gesundheit als «gut» oder sogar «sehr gut» ein und sehr viel häufiger positive als negative Gefühle (BFS, 2023b). Im Folgenden werden die Ergebnisse zur körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zum gesundheitsrelevanten Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente dargestellt. Ergänzt wird dieses Kapitel durch einen Exkurs zur informellen Hilfe oder Pflege von Angehörigen, ein Engagement, das für die Betroffenen zu einer körperlichen und psychischen Belastung werden kann.

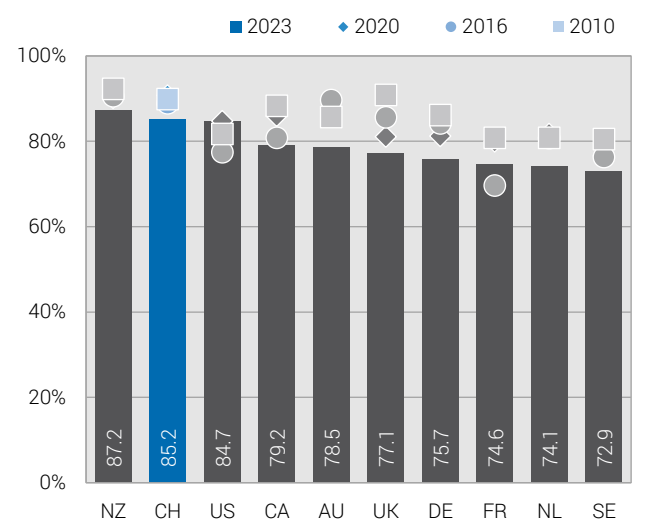
### 2.1 Körperlicher Gesundheitszustand

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

*Im Ländervergleich belegt die Schweiz bei der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit der Wohnbevölkerung nun den zweiten Rang – auch wenn das Niveau weiter sehr hoch ist.*

Im Jahr 2023 schätzten 85,2% der Wohnbevölkerung der Schweiz ihre Gesundheit als «gut», «sehr gut» oder «ausgezeichnet» ein. Im Ländervergleich liegt die Schweiz damit an zweiter Stelle hinter Neuseeland (87,2%) und vor den USA (84,7%) und belegt nicht mehr den ersten Rang wie im Jahr 2020 (vgl. Grafik G 2.1). Schweden bildet in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit das Schlusslicht. Der Anteil der Wohnbevölkerung der Schweiz, die ihre Gesundheit als «gut» bis «ausgezeichnet» einschätzen, ist geringer als in den Vorjahren (2020: 90,7%, 2016: 88,9%, 2010: 89,9%). Auch in den meisten anderen Ländern ist das Gesundheitsempfinden im Jahr 2023 geringer als in den Vorjahren – mit Ausnahme der USA und Frankreichs.

**G 2.1 Befragte, die ihre Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreiben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**

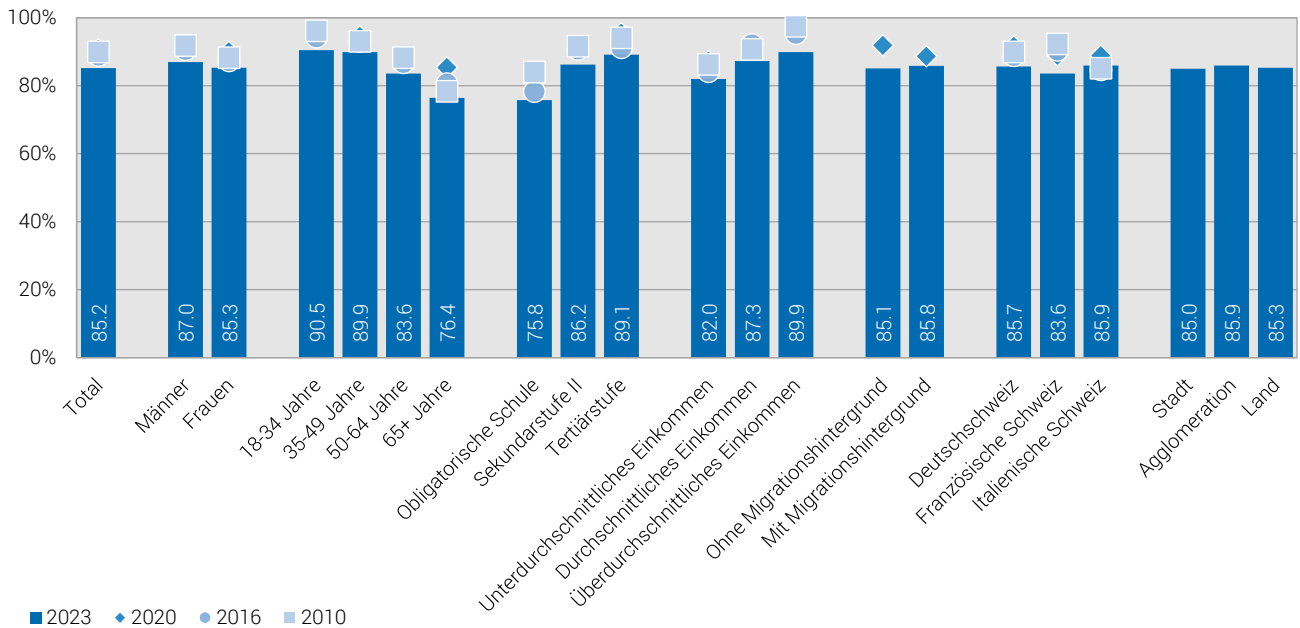


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023  
© Obsan 2023

Im soziodemografischen Profil<sup>5</sup> der Schweiz zeigen sich deutliche Unterschiede in der Qualität der selbst wahrgenommenen Gesundheit nach Alter, Bildung und Einkommen (vgl. Grafik G 2.2). Die tieferen beiden Altersklassen (18–34 Jahre: 90,5%, 35–49 Jahre: 89,9%) schätzen ihre Gesundheit eher als «gut», «sehr gut» oder «ausgezeichnet» ein als die beiden höheren Altersklassen (50–64 Jahre: 83,6%, 65+ Jahre: 76,4%). Auch ist die wahrgenommene Gesundheit bei Personen mit tertiärem (89,1%) und sekundärem Bildungsabschluss (86,2%) besser als bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (75,8%). Diese Personen schätzen ihre eigene Gesundheit um mindestens –10,4 Prozentpunkte schlechter ein. Da die Bildung positiv mit dem Einkommen zusammenhängt, erstaunt es nicht, dass Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen ihre Gesundheit ebenfalls deutlich besser einschätzen als Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen (89,9% vs. 82,0%).

<sup>5</sup> Zwischen soziodemografischen Merkmalen können Interaktionseffekte bestehen, da beispielsweise Personen im Ruhestand ein tieferes Einkommen ausweisen als die noch arbeitenden jüngeren Personen.

**G 2.2 Befragte, die ihre Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreiben, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023**



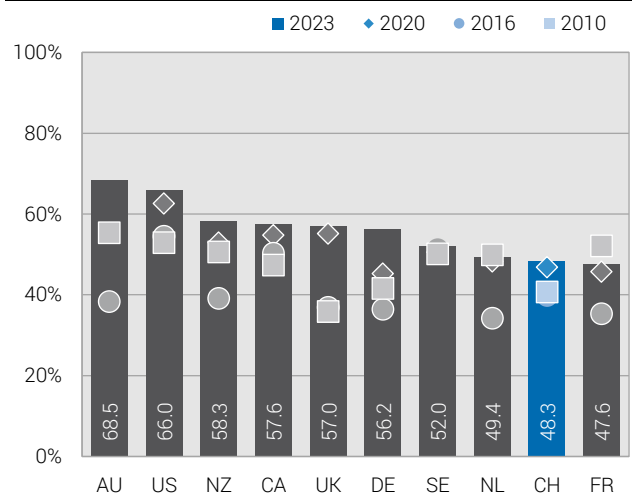
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023

© Obsan 2023

Obwohl der objektive Gesundheitszustand der Wohnbevölkerung der Schweiz im internationalen Vergleich sehr gut ist, hat der Anteil mit mindestens einer chronischen Krankheit zugenommen.

Im Gegensatz zum subjektiven Gesundheitsempfinden ist das Vorhandensein chronischer Erkrankungen ein objektiver Indikator für den Gesundheitszustand der Wohnbevölkerung. In der Schweiz gibt knapp die Hälfte der Wohnbevölkerung an, schon einmal von einer Ärztin bzw. einem Arzt gehört zu haben, dass sie an mindestens einer chronischen Krankheit leidet (48,3%, vgl. Grafik G 2.3).<sup>6</sup> Im internationalen Vergleich ist dies nach Frankreich (47,6%) und vor den Niederlanden (49,4%) der zweitniedrigste Anteil. In den USA haben knapp zwei Drittel (66,0%) und in Australien, dem Land mit dem höchsten Anteil, sogar mehr als zwei Drittel (68,5%) mindestens eine chronische Erkrankung. Im Zeitvergleich berichtet im Jahr 2023 ein höherer Anteil der Wohnbevölkerung der Schweiz (mindestens +7,6 Prozentpunkte) von mindestens einer chronischen Erkrankung als in den Jahren 2016 und 2010 (2016: 39,7%, 2010: 40,7%). Seit dem Jahr 2020 hat sich dieser Anteil jedoch nicht signifikant erhöht (2020: 46,8%).

**G 2.3 Befragte, die an mindestens einer chronischen Erkrankung leiden, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023  
© Obsan 2023

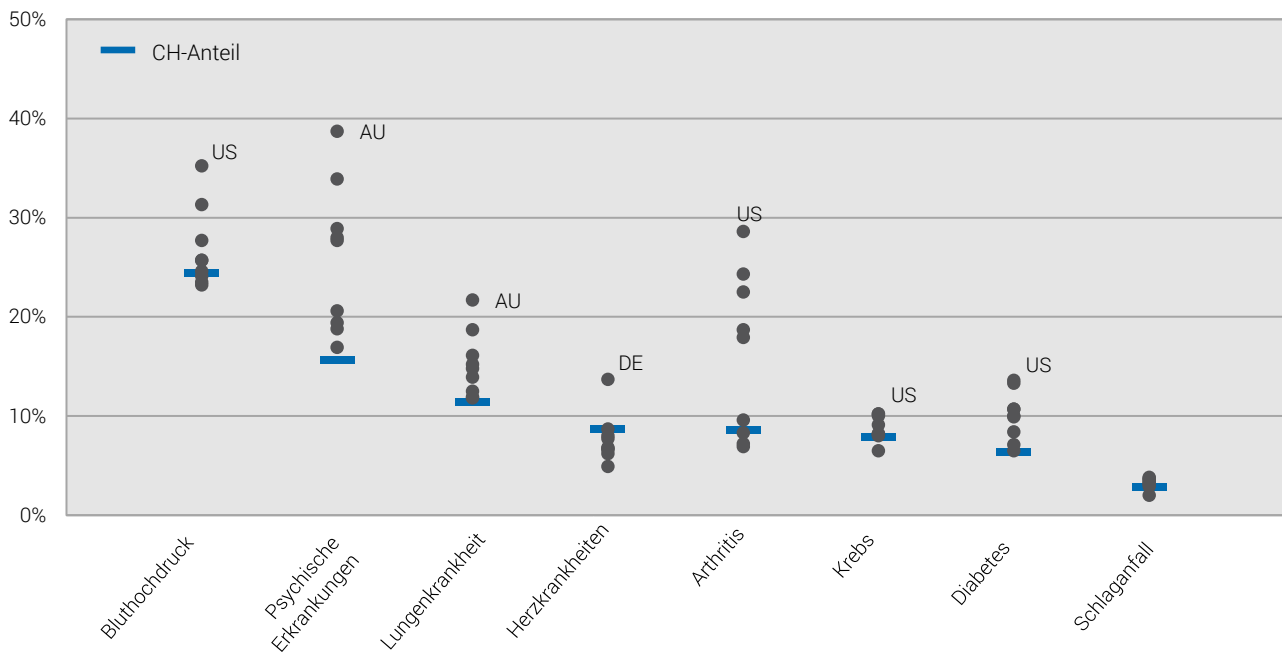
<sup>6</sup> Ja-Antworten bei mindestens einer der sechs chronischen Krankheiten: Asthma oder chronische Lungenerkrankungen, Krebs, psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen oder Angstzustände), Diabetes, Herzkrankheiten, Hypertonie oder Bluthochdruck.

Das soziodemografische Profil der Schweiz zeigt Unterschiede bezüglich Alter, Bildung, Migrationshintergrund, Urbanität und Sprachregion (vgl. Tabelle C 2.17). Erwartungsgemäss geben die beiden älteren Altersklassen häufiger als die beiden jüngeren an, mindestens eine chronische Erkrankung zu haben. Bei den 50- bis 64-Jährigen sind es fast sechs von zehn (57,8%) und bei den 65-Jährigen und Älteren mehr als sieben von zehn (72,5%), während es bei den jüngeren Altersklassen nur rund drei von zehn sind (35–49 Jahre: 33,9%, 18–34 Jahre: 29,7%). Zudem variiert die Häufigkeit an chronischen Erkrankungen nach Bildung: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (54,8%) oder mit sekundärem Bildungsabschluss (49,7%) haben häufiger mindestens eine chronische Erkrankung als Personen mit tertiärem Bildungsabschluss (39,6%). Personen mit Migrationshintergrund scheinen ebenfalls häufiger betroffen zu sein als Personen ohne Migrationshintergrund (51,5% vs. 43,8%), und Personen, die in Städten leben, haben häufiger mindestens eine chronische Krankheit als Personen, die in Agglomerationen leben (50,8% vs. 41,8%). Schliesslich zeigen sich Unterschiede zwischen den Sprachregionen: In der Deutschschweiz (49,3%) und in der französischen Schweiz (47,7%) geben Personen häufiger mindestens eine chronische Krankheit an als in der italienischen Schweiz (36,0%).

Die von der Wohnbevölkerung der Schweiz am häufigsten genannten chronischen Krankheiten sind Bluthochdruck, psychische Erkrankungen sowie Asthma oder Lungenerkrankungen.

Von den 2023 abgefragten Krankheiten sind bei der Wohnbevölkerung der Schweiz Bluthochdruck (24,4%), psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angstzustände (15,6%) und Asthma oder chronische Lungenerkrankungen (11,4%) die drei häufigsten (vgl. Grafik G 2.4). Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz bei den abgefragten Erkrankungen häufig im unteren oder mittleren Bereich. Meist sind es die USA (Bluthochdruck: 35,2%, Arthritis: 28,6%, Krebs: 10,2%, Diabetes: 13,3%) oder Australien (psychische Erkrankungen: 38,7%, Asthma: 21,7%), bei denen der grösste Anteil der Teilnehmenden von einer Diagnose dieser chronischen Krankheiten berichtet. Die Schweiz erreicht nur bei den Herzinfarkten einen hohen Rang, allerdings ist dies eine der Diagnosen mit der geringsten Streuung zwischen den Ländern, d. h. die Werte liegen nahe beieinander. In der Schweiz ist seit 2010 bei allen chronischen Erkrankungen eine leichte Zunahme zu beobachten, am stärksten bei Krebs, psychischen Krankheiten und Diabetes (vgl. Tabelle L 2.1 bis L 2.8).

**G 2.4 Befragte, die an mindestens einer spezifischen chronischen Erkrankung leiden, internationaler Vergleich, 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023

© Obsan 2023

<sup>7</sup> C- und L-Tabellen weisen auf die schweizspezifischen respektive auf die länderspezifischen Tabellen hin, die neu nicht mehr im Anhang, sondern auf der Internetseite des BAG ([www.bag.admin.ch/cwf-be-richte](http://www.bag.admin.ch/cwf-be-richte)) unter «Wohnbevölkerung ab 18 Jahren» zu finden sind.



Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung wurden zusätzlich gefragt, ob verschiedene Bereiche des Krankheitsmanagements (*chronic care management*) mit der behandelnden Fachperson besprochen wurden (vgl. Tabellen L 2.9 bis L 2.11). In der Schweiz wurden die Hauptziele oder Prioritäten der Behandlung bei 54,8% der Befragten besprochen, im Vergleich zu 45,3% im Jahr 2020. Die Behandlungsmöglichkeiten und mögliche Nebenwirkungen wurden bei 49,1% besprochen, gegenüber 41,7% im Jahr 2020. Ein schriftlicher Selbstmanagementplan wurde 2023 bei 20,3% der Befragten abgegeben, gegenüber 21,4% im Jahr 2020. Im internationalen Vergleich entsprechen die Schweizer Anteile des Jahres 2023 bei allen drei Auswertungen den viert-, siebt-, und achthöchsten Anteil. Dies bedeutet, dass in einigen Bereichen des Krankheitsmanagements noch Verbesserungspotenzial besteht.

90,8% der Betroffenen in der Schweiz sind der Meinung, dass sie «voll und ganz» (55,5%) oder «teilweise» (35,3%) die nötige Unterstützung durch Gesundheitsfachpersonen erhalten haben, um mit der chronischen Krankheit besser umgehen zu können (vgl. Tabelle L 2.12), was nur unwesentlich weniger ist als im Jahr 2020 (2020: 93,2%). Im internationalen Vergleich entspricht dies dem dritten Rang.

## 2.2 Psychischer Gesundheitszustand

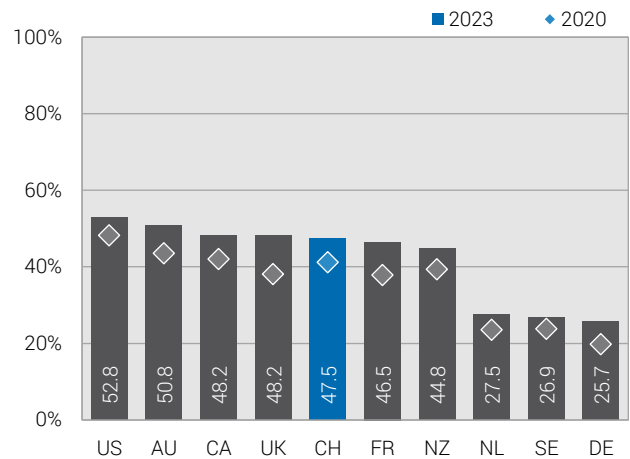
*Die Wohnbevölkerung der Schweiz macht sich häufiger Sorgen als in den Vorjahren – im internationalen Vergleich erneut ein mittlerer Rang.*

In den 12 Monaten vor der Befragung 2023 machten sich 36,5% der Wohnbevölkerung der Schweiz «immer», «meistens» oder «manchmal» Sorgen darüber, ob sie einen sicheren Arbeitsplatz oder eine sichere Einkommensquelle haben (dritthöchster Anteil im internationalen Vergleich), und 36,4% machten sich Sorgen darüber, ob sie genügend Geld haben, um die Miete oder die Hypothek zu bezahlen (zweithöchster Anteil). Deutlich weniger Sorgen machten sich die Wohnbevölkerung der Schweiz um genügend zu essen (16,7%) und um einen sauberen und sicheren Schlafplatz (14,1%) (siebt- bzw. sechsthöchster Anteil, vgl. Grafik G 2.5).

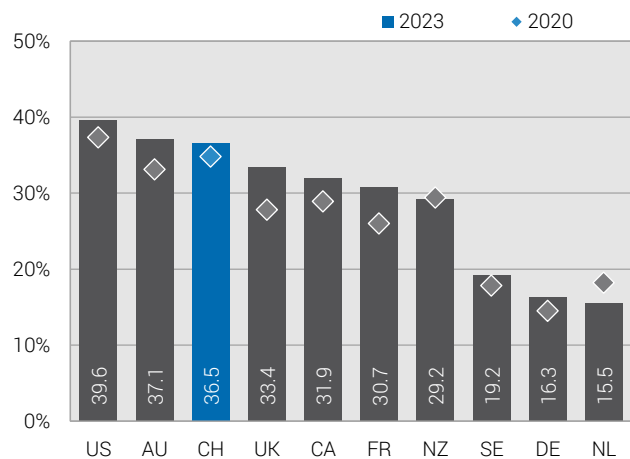
Insgesamt machte sich knapp die Hälfte der Wohnbevölkerung der Schweiz (47,5%) in irgendeiner Form, d. h. mindestens eine der vier oben genannten Sorgen, was im internationalen Vergleich der fünftöchste Anteil ist. Am meisten Sorgen machten sich die Einwohnerinnen und Einwohner der USA (52,8%), deutlich am wenigsten diejenigen der Niederlande (27,5%), Schwedens (26,9%) und Deutschlands (25,7%). Im zeitlichen Vergleich zeigt sich jedoch, dass die Befragten in der Schweiz im Jahr 2023 um +6,3 Prozentpunkte besorgter sind als im Jahr 2020 (2020: 41,2%) – eine Tendenz, die sich auch in allen anderen Ländern zeigt.

**G 2.5 Befragte, die sich während den letzten 12 Monaten «immer», «meistens» oder «manchmal» Sorgen machten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023**

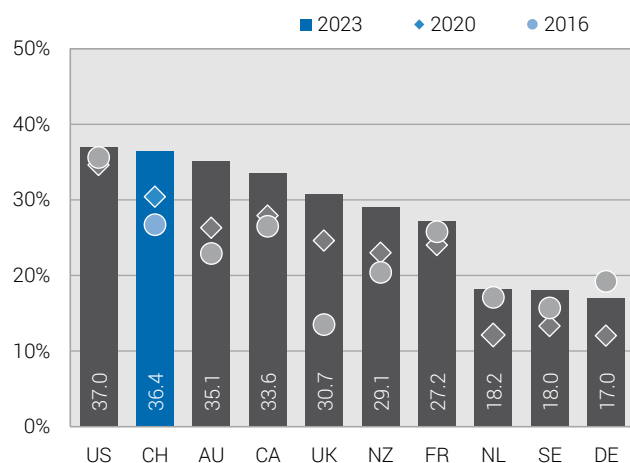
### Mindestens eine Sorge



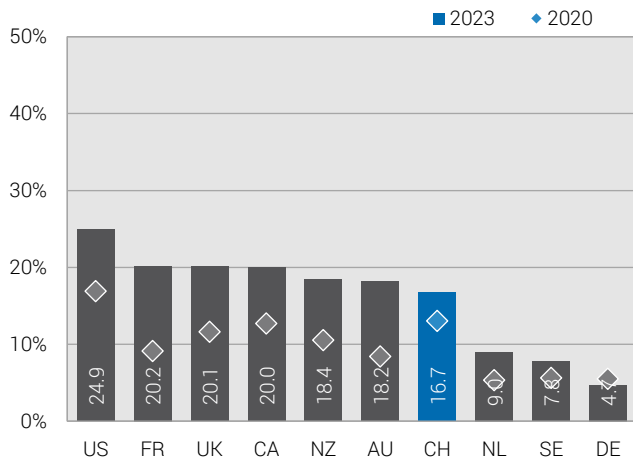
### Sorge, einen stabilen Job oder eine stabile Einkommensquelle zu haben



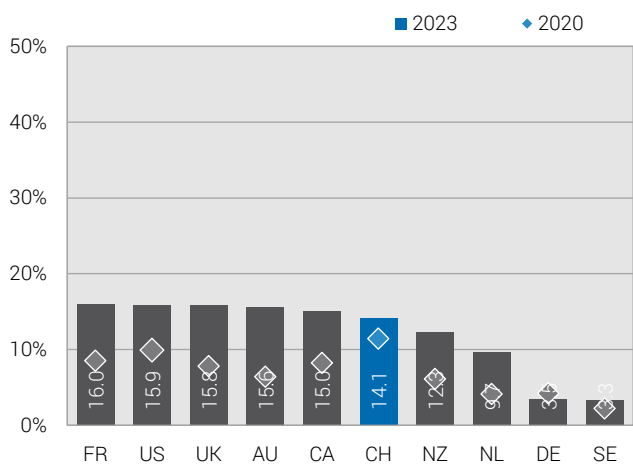
### Sorge, genügend Geld zu haben, um Miete oder Hypothek zu bezahlen



**Sorge, genug zu essen zu haben**



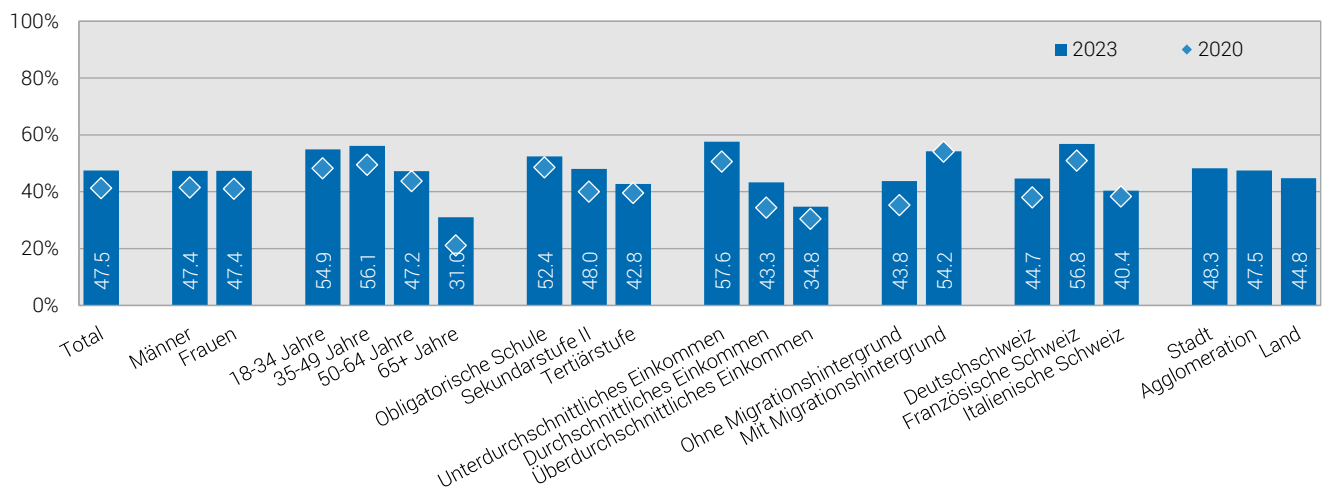
**Sorge, einen sauberen und sicheren Ort zum Schlafen zu haben**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

Das soziodemografische Profil der Schweiz zeigt deutlich den Einfluss der sozioökonomischen Ausgangslage (vgl. Grafik G 2.6). Unterschiede im Anteil der Personen mit mindestens einer Sorge finden sich nach Einkommen, Migrationshintergrund, Sprachregion und Alter. Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen haben deutlich häufiger mindestens eine Sorge (57,6%) als Personen mit durchschnittlichem (43,3%) und überdurchschnittlichem Einkommen (34,8%). Auch Personen mit Migrationshintergrund haben häufiger mindestens eine Sorge als Personen ohne Migrationshintergrund (54,2% vs. 43,8%). Zudem haben Personen aus der französischen Schweiz (56,8%) deutlich häufiger mindestens eine der vier Sorgen als Personen aus der Deutschschweiz (44,7%) und der italienischen Schweiz (40,4%). Schliesslich nehmen die Sorgen mit zunehmendem Alter ab. Die 65-Jährigen und Älteren (31,0%) haben im Vergleich zu den anderen Altersklassen am seltensten mindestens eine Sorge (18- bis 34-Jährige: 54,9%, 35- bis 49-Jährige: 56,1%, 50- bis 64-Jährige: 47,2%). Die Gründe hierfür können vielfältig sein, jedoch muss man sich in der Regel keine Sorgen mehr um einen sicheren Arbeitsplatz machen, die Hypothek ist weitgehend abbezahlt oder man lebt im Alter häufig in einer angepassten Wohnform mit entsprechender Finanzierung und Versorgung.

**G 2.6 Befragte, die sich während den letzten 12 Monaten «immer», «meistens» oder «manchmal» mindestens eine Sorge machten, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020 und 2023

© Obsan 2023

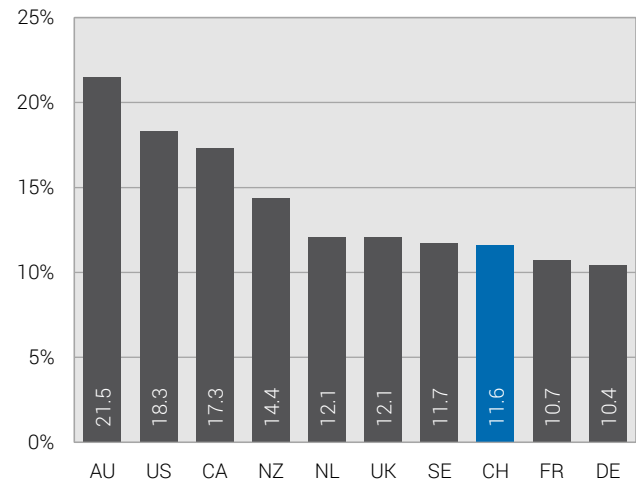
Eine von zehn Personen wurde in den letzten 12 Monaten in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit beraten oder behandelt – der drittniedrigste Anteil im internationalen Vergleich.

Im Jahr 2023 hat sich mehr als jede zehnte Person der Wohnbevölkerung der Schweiz in den 12 Monaten vor der Befragung in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit beraten oder behandeln lassen (11,6%, vgl. Grafik G 2.7).<sup>8</sup> Im internationalen Vergleich ist dies der drittniedrigste Anteil. Deutlich höher ist dieser Anteil in Australien (21,5%), in den USA (18,3%) und in Kanada (17,3%). Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigt sich lediglich ein Unterschied nach Alter und Sprachregion. Die beiden jüngeren Altersklassen (18–34 Jahre: 14,7%, 35–49 Jahre: 13,7%) haben eher eine Beratung oder Behandlung erhalten als die Ältesten (65+ Jahre: 7,0%). Zudem haben Personen aus der französischen Schweiz (16,6%) häufiger eine Beratung oder Behandlung in Anspruch genommen als Personen aus der Deutschschweiz (9,8%). Mehr als vier von zehn wurden von einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten oder einer Psychologin bzw. Psychologen (44,0%) und etwa drei von zehn Personen von einer Psychiaterin bzw. einem Psychiater behandelt oder beraten (29,7%). Rund zwei von zehn Personen haben die letzte Beratung oder Behandlung bei ihrer Hausärztin oder Hausarzt (19,2%) erhalten (vgl. Tabelle C 2.2).

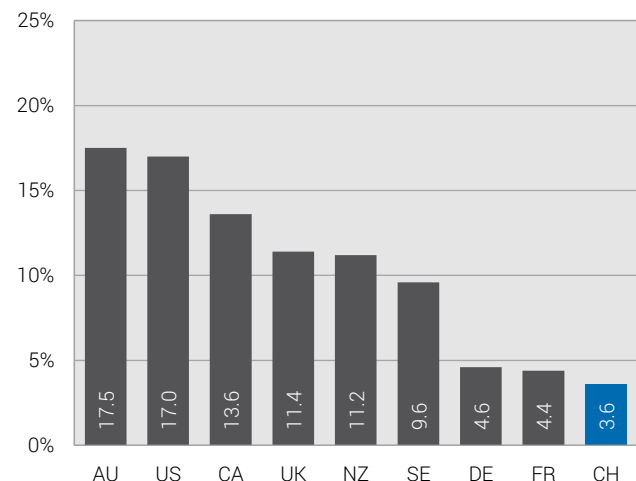
Der Anteil der Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit eine Behandlung benötigt, aber nicht erhalten haben, ist in der Schweiz mit 3,6%<sup>9</sup> im Ländervergleich am niedrigsten (vgl. Grafik G 2.7). Am höchsten ist dieser Anteil wiederum in Australien (17,5%) und den USA (17,0%), gefolgt von den Niederlanden (16,8%). Auffallend bei den Antworten aus der Schweiz ist aber der höchste Anteil an «weiss nicht»-Antworten (3,5%).

**G 2.7 Befragte, die in den letzten 12 Monaten eine Beratung oder eine Behandlung wegen ihrer psychischen Gesundheit erhalten haben, internationaler Vergleich, 2023**

**Irgendeine Beratung oder eine Behandlung wegen der psychischen Gesundheit erhalten**



**Einen Moment gehabt, an dem eine Behandlung wegen der psychischen Gesundheit benötigt, aber nicht erhalten wurde**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023  
© Obsan 2023

<sup>8</sup> Aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten sind die Antworten auf diese Frage nicht mit denen aus der IHP-Befragung 2020 vergleichbar. Das diesjährige Ergebnis lässt sich jedoch mit der Omnibuserhebung *Psychische Gesundheit* im Herbst 2022 kontextualisieren, in der 9,9% der Befragten angeben, in den letzten 12 Monaten wegen eines psychischen Problems in Behandlung gewesen zu sein (Peter et al., 2023). Der leichte Unterschied kann dadurch erklärt werden, dass

die entsprechende Frage in der Omnibuserhebung spezifischer formuliert ist.

<sup>9</sup> In der Omnibuserhebung *Psychische Gesundheit* geben 7,5% der Befragten an, in den letzten 12 Monaten daran gedacht zu haben, sich wegen psychischer Probleme behandeln zu lassen (Peter et al., 2023). Diese Frage ist viel weiter gefasst und beinhaltet unter anderem auch die Absicht, sich behandeln zu lassen.

### 2.3 Konsum rezeptpflichtiger Medikamente

Die Hälfte der befragten Personen in der Schweiz konsumiert mindestens ein rezeptpflichtiges Medikament – der Anteil Personen, die mindestens zwei rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, ist seit dem Jahr 2010 angestiegen.

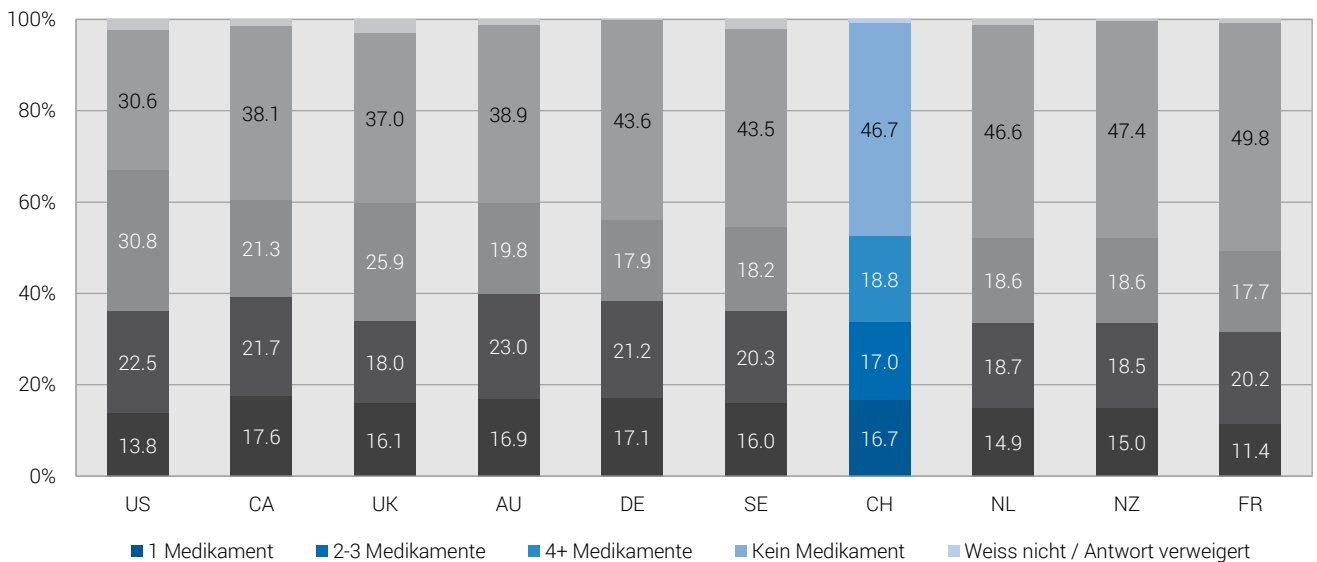
Der Anteil der Wohnbevölkerung der Schweiz, die rezeptpflichtige Medikamente konsumiert, setzt sich wie folgt zusammen: 16,7% konsumieren ein rezeptpflichtiges Medikament, 17,0% zwei bis drei rezeptpflichtige Medikamente und 18,8% vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente (Total: 52,5%, vgl. Grafik G 2.8). Im internationalen Vergleich weist die Schweiz nach den Niederlanden (52,2%), Neuseeland (52,1%) und Frankreich (49,3%) den viertniedrigsten Anteil rezeptpflichtiger Medikamente in der Wohnbevölkerung auf. Am höchsten ist dieser Anteil in den USA (67,1%). Dort ist auch der Anteil der Personen, die vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, deutlich am höchsten (30,8% gegenüber 19,6% im Durchschnitt der anderen Länder).

Bereits die Einnahme von zwei oder mehr verschiedenen rezeptpflichtigen Medikamenten kann ein Sicherheitsrisiko darstellen, insbesondere wenn die Medikamente von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden. Eine regelmässige Kontrolle durch eine medizinische Fachperson ist deshalb notwendig. In der Schweiz ist der Anteil der Personen, die zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, zwischen 2010 und 2023 um +10,7 Prozentpunkte gestiegen (2010: 25,2%; 2023: 35,9%, vgl. Grafik G 2.9). Lediglich in Neuseeland ist der Konsum

von zwei oder mehr rezeptpflichtigen Medikamenten von 2010 bis 2020 zurückgegangen (2010: 37,4%; 2020: 31,1%), um im Jahr 2023 wieder fast das Ausgangsniveau zu erreichen (2023: 37,1%). Bei rund zwei Dritteln der Personen, die in der Schweiz zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, wurde in den 12 Monaten vor der Befragung eine Medikamentenkontrolle durch eine medizinische Fachperson durchgeführt (2023: 64,8%, vgl. Tabelle C 2.3).

Das soziodemografische Profil der Wohnbevölkerung der Schweiz, die vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, unterscheidet sich deutlich nach Alter, Bildung, Einkommen und Sprachregion (vgl. Tabelle C 2.4). Wenig überraschend nehmen Personen der älteren Altersklassen häufiger vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente ein (50–64 Jahre: 19,7%, 65+ Jahre: 33,5%) als Personen der jüngeren Altersklassen (18–34 Jahre: 11,8%, 35–49 Jahre: 11,1%). Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (32,4%), nehmen deutlich häufiger vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente ein als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (17,9%) und Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe noch etwas seltener (11,5%). Dasselbe Muster zeigt sich beim Einkommen: Der Anteil der Personen, die vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente konsumieren, ist bei unterdurchschnittlichem Einkommen höher (22,8%) als bei mittlerem (17,9%) und überdurchschnittlichem Einkommen (12,5%). In der französischen Schweiz (24,6%) werden zudem häufiger rezeptpflichtige Medikamente in diesem Ausmass eingenommen als in der Deutschschweiz (16,7%).

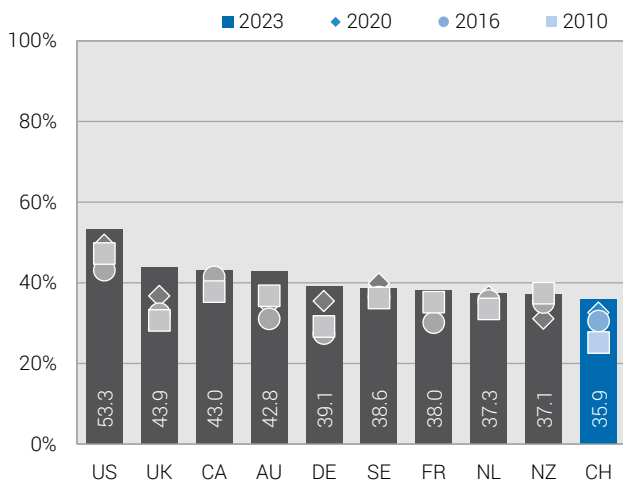
G 2.8 Befragte, die rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, internationaler Vergleich, 2023



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023

© Obsan 2023

**G 2.9 Befragte, die zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

## 2.4 Exkurs: Informelle Hilfe oder Pflege für Familienmitglieder

*Zwei von zehn Personen in der Schweiz leisten informelle Hilfe oder Pflege für Familienmitglieder.*

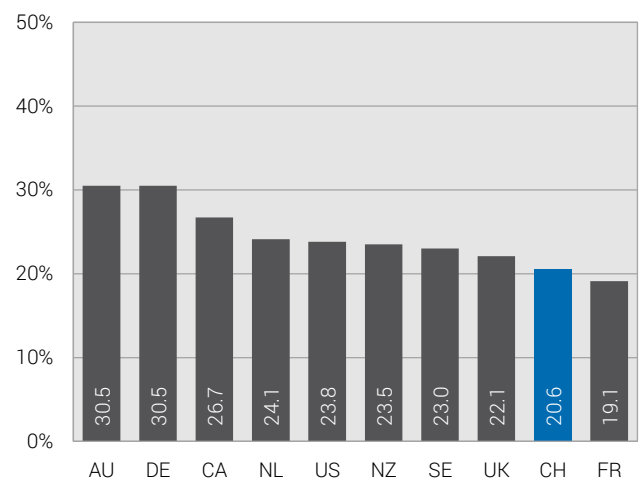
Neben der professionellen Hilfe oder Pflege zu Hause durch die Spitex leistet ein Teil der Bevölkerung ihren Angehörigen Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen oder bei der Pflege (BFS, 2021). Die IHP-Befragung 2023 wurde um Fragen erweitert, die unter anderem die Häufigkeit dieser informellen Hilfe oder Pflege, die Art der erbrachten Leistungen und die empfundene Belastung der Betroffenen erfassen.

Zwei von zehn Personen in der Schweiz haben in den 12 Monaten vor der Befragung ein Familienmitglied mit einer schweren oder chronischen Krankheit oder Behinderung über kürzere oder längere Zeit unterstützt (20,6%, vgl. Grafik G 2.10). Im internationalen Vergleich ist dies nach Frankreich (19,1%) der zweit-

niedrigste Anteil. In Deutschland und Australien, den beiden Ländern mit den höchsten Anteilen (je 30,5%), leisten dagegen drei von zehn Personen diese Art der informellen Hilfe oder Pflege für Familienmitglieder.

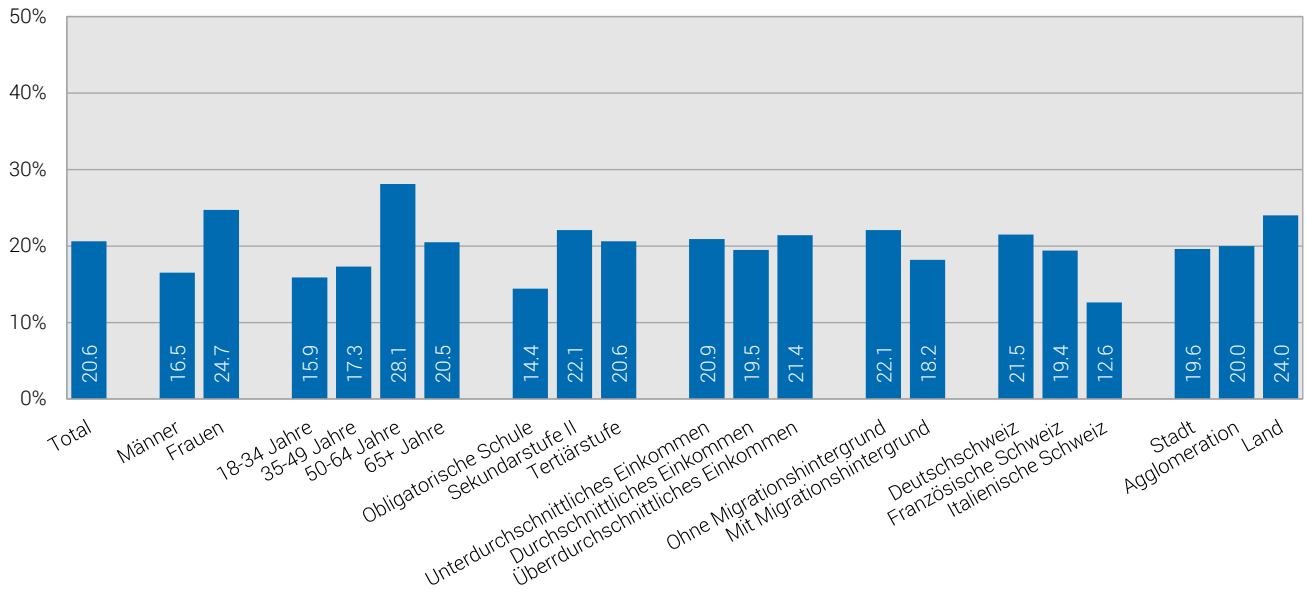
Im soziodemografischen Profil der Personen, die informelle Hilfe oder Pflege geleistet haben, zeigen sich für die Schweiz ein Geschlechtereffekt, ein Alterseffekt und ein Effekt nach Sprachregion. Es sind mehr Frauen als Männer, die informelle Hilfe oder Pflege leisten (24,7% vs. 16,5%, vgl. Grafik G 2.11). Zudem ist der Anteil der Personen, die informelle Hilfe oder Pflege geleistet haben, in der Altersklasse der 50- bis 64-Jährigen (28,1%) höher als in den beiden jüngeren Altersklassen (18- bis 34-Jährige: 15,9%, 35- bis 49-Jährige: 17,3%). In der Deutschschweiz (21,5%) und in der französischen Schweiz (19,4%) wird häufiger informelle Hilfe oder Pflege für Angehörige geleistet als in der italienischen Schweiz (12,6%).

**G 2.10 Befragte, die in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied mit einer schweren oder chronischen Krankheit oder Behinderung während einer kürzeren oder längeren Zeit geholfen haben, internationaler Vergleich, 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023 © Obsan 2023

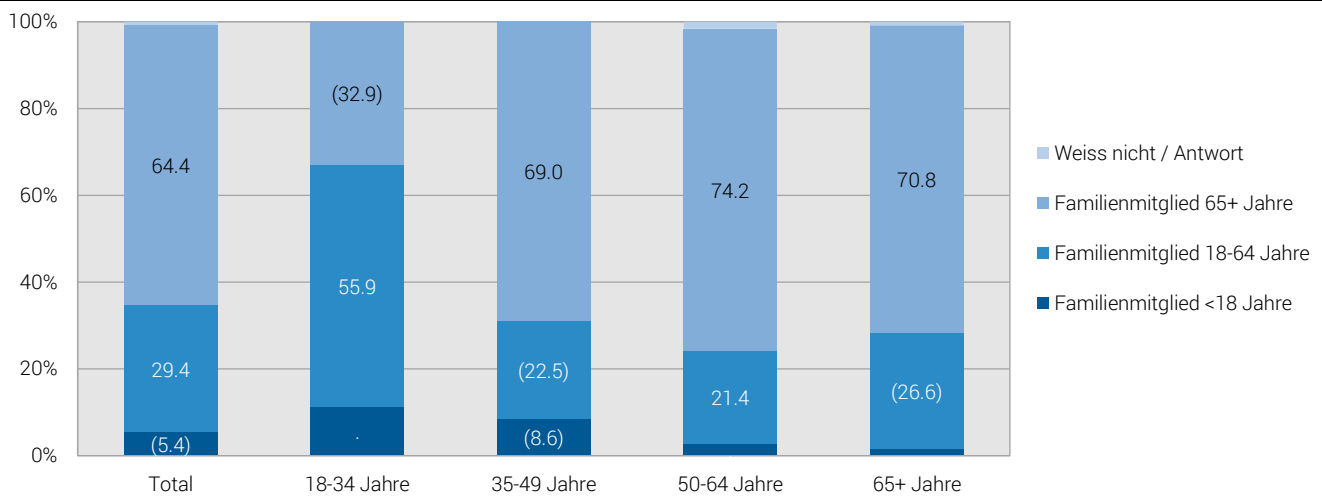
**G 2.11 Befragte, die in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied mit einer schweren oder chronischen Krankheit oder Behinderung während einer kürzeren oder längeren Zeit geholfen haben, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023

© Obsan 2023

**G 2.12 Befragte, die in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied geholfen haben, nach Altersklassen der Befragten und des Familienmitgliedes, Schweiz, 2023**



Anmerkung: Werte in Klammern sind aufgrund der kleinen Fallzahl (n <30) mit Vorsicht zu interpretieren. Anteile basierend auf weniger als 10 Personen werden aufgrund der hohen statistischen Unsicherheit nicht präsentiert und durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023

© Obsan 2023

Zwei Drittel der informellen Hilfe oder Pflege für Familienangehörige entfielen auf Personen im Alter von 65 Jahren und älter (64,4%) und knapp ein Drittel auf Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren (29,4%, vgl. Grafik G 2.12). Informelle Hilfe oder Pflege für minderjährige Familienmitglieder wurde nur in 5,4% der Fälle geleistet.

Betrachtet man das Alter der Personen, die informelle Hilfe oder Pflege erhalten, und das Alter der zu unterstützenden

Familienmitglieder gemeinsam, so zeigen sich folgende Effekte: Die Altersklasse der 18- bis 34-Jährigen leistete in mehr als der Hälfte der Fälle informelle Hilfe oder Pflege für Familienmitglieder im Alter von 18 bis 64 Jahren (55,9%) und in knapp einem Drittel der Fälle für Familienmitglieder im Alter von 65 Jahren und älter (32,9%). Die älteren Altersklassen leisteten in mehr als zwei Drittel der Fälle informelle Hilfe oder Pflege für Familienmitglieder im

Alter von 65 und mehr Jahren (35–49 Jahre: 69,0%, 50–64 Jahre: 74,2%, 65+ Jahre: 70,8%).

*Zwei Drittel helfen im Haushalt, jeweils etwa die Hälfte bei den Finanzen und bei der Koordination der Pflege und ein Viertel bei der persönlichen Pflege.*

Die Personen in der Schweiz, die informelle Hilfe oder Pflege für ein Familienmitglied geleistet haben, gaben an, in den folgenden vier Teilbereichen der informellen Hilfe oder Pflege tätig gewesen zu sein (vgl. Grafik G 2.13): Zwei Drittel von ihnen halfen im Haushalt z. B. bei der Zubereitung von Mahlzeiten, beim Einkaufen, bei der Hausarbeit oder beim Umgang mit Medikamenten (65,2%). Jeweils etwa die Hälfte war damit beschäftigt, die Finanzen und alltägliche administrative Angelegenheiten zu regeln (z. B. Rechnungen zahlen oder Versicherungs-Rückerstattungs-Formulare ausfüllen (50,9%) und die Pflege zu koordinieren (z. B. rezeptpflichtige Medikamente abholen, nach einer Ärztin bzw. einem Arzt oder verschiedenen Gesundheitsdienstleistern oder Sozialdienstleistungen suchen (48,7%)). Mehr als ein Viertel der Befragten half bei der persönlichen Pflege, z. B. beim Anziehen, Toilettengang, Baden oder Essen (26,9%).

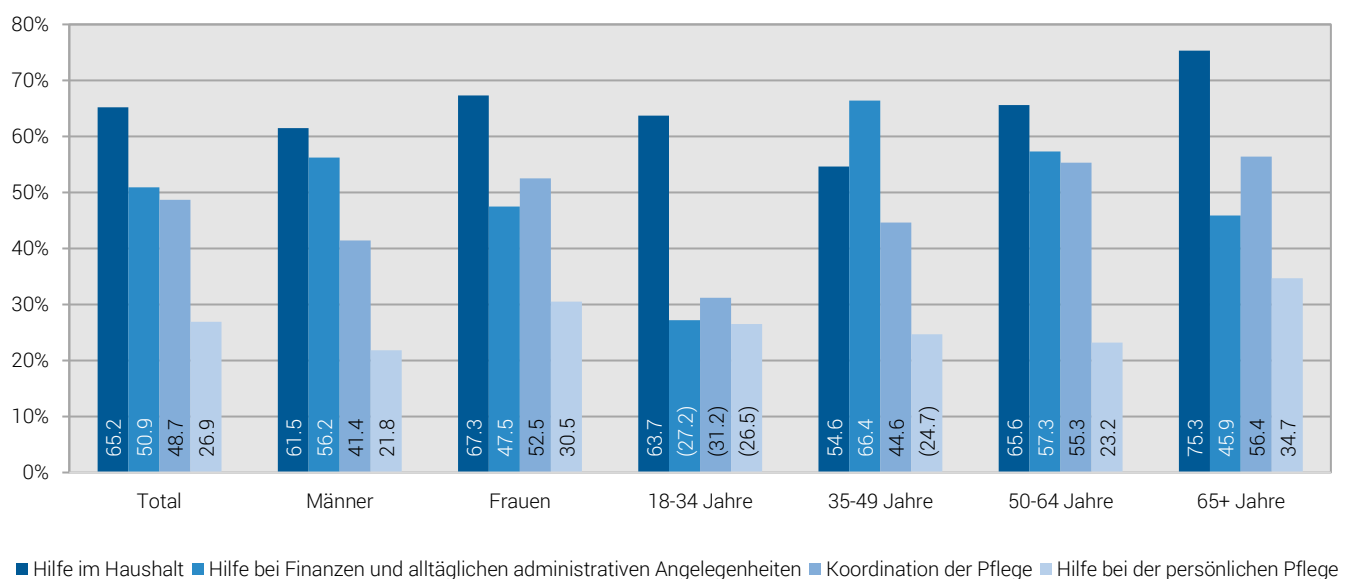
Eine Aufschlüsselung nach soziodemografischen Merkmalen zeigt zudem, dass der Anteil der Frauen, die informelle Hilfe oder Pflege für ein Familienmitglied geleistet haben, zwar höher ist als jener der Männer, dass sich die Anteile von Frauen und Männern in den vier Teilbereichen aber nicht signifikant unterscheiden. Anders verhält es sich bei den Altersklassen, in denen bei zwei Arten von Hilfeleistungen Alterseffekte auftreten. So wird die Hilfe bei

Finanzen und alltäglichen administrativen Angelegenheiten deutlich häufiger von den drei älteren Altersklassen geleistet (35–49 Jahre: 66,4%, 50–64 Jahre: 57,3%, 65+ Jahre: 45,9%) als von der Jüngsten (18–34 Jahre: 27,2%). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Koordination der Pflege, die deutlich häufiger von den beiden ältesten Altersklassen (50–64 Jahre: 55,3%, 65+ Jahre: 56,4%) als von der jüngsten Altersklasse (18–34 Jahre: 31,2%) geleistet wird. Weitere vereinzelte Effekte nach Einkommen und Sprachregion sind aufgrund der Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren.

*Etwa sechs von zehn der betroffenen Personen leisten mindestens einmal pro Woche informelle Hilfe oder Pflege.*

Bemerkenswert ist der Umfang der informellen Hilfe oder Pflege für ein Familienmitglied der Wohnbevölkerung in der Schweiz, der sich wie folgt verteilt (vgl. Tabelle C 2.5): Ein Viertel der Betroffenen leistet täglich Hilfe oder Pflege (26,0%), ein Drittel mindestens einmal pro Woche (32,7%), ein Fünftel mindestens einmal pro Monat (19,9%) und ein weiteres Fünftel seltener als einmal pro Monat (21,1%). Das bedeutet, dass fast sechs von zehn der betroffenen Personen mindestens einmal pro Woche informelle Hilfe oder Pflege für Angehörige geleistet haben (58,7%). Dementsprechend geben auch vier von zehn Personen (43,2%) an, dass die geleistete informelle Hilfe oder Pflege für ein Familienmitglied belastend war (15,3% «extrem belastend» oder «sehr belastend», 27,9% «ein bisschen belastend», vgl. Tabelle C 2.6). Finanzielle Unterstützung als pflegende Angehörige erhielten 5,4% derjenigen, die informelle Hilfe oder Pflege leisteten (vgl. Tabelle C 2.7).

**G 2.13 Befragte, die in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied geholfen haben, nach Altersklassen der Befragten und Art der informellen Hilfe oder Pflege, Schweiz, 2023**



Anmerkung: Werte in Klammern sind aufgrund der kleinen Fallzahl (n <30) mit Vorsicht zu interpretieren. Anteile basierend auf weniger als 10 Personen werden aufgrund der hohen statistischen Unsicherheit nicht präsentiert und durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023

© Obsan 2023

## 3 Inanspruchnahme und Behandlungsverlauf

Die Hausarztpraxen und ambulanten Gesundheitszentren stellen für die Wohnbevölkerung meistens den ersten und wichtigsten Kontaktpunkt 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.

### K 3.1 Definition «Hausarztpraxis» im Bericht

Der Index der Hausarztpraxis setzt sich zusammen 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, die Sie normalerweise aufsuchen, wenn Sie medizinische Versorgung benötigen?» (Q1132). Folglich wird im gesamten Bericht der Begriff *Hausarztpraxis* verwendet, obwohl es sich im Allgemeinen um die Anlaufstelle handelt, die die Patientin bzw. der Patient normalerweise für die medizinische Versorgung aufsucht.

### 3.1 Hausarztpraxen und ambulante Gesundheitszentren

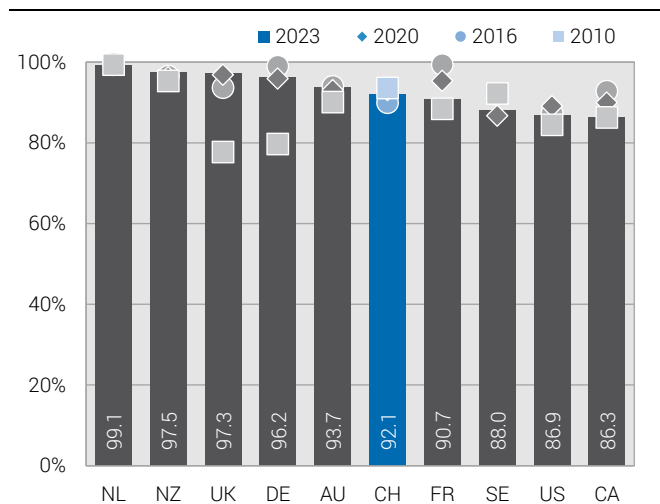
*Neun von zehn Personen in der Schweiz verfügen über eine Hausärztin, einen Hausarzt oder ein Gesundheitszentrum – doch die Praxistreue hat im Laufe der Zeit abgenommen.*

Neun von zehn Personen in der Schweiz (92,1%, vgl. Grafik G 3.1) verfügen über eine Hausärztin, einen Hausarzt oder ein Gesundheitszentrum, die sie in der Regel für ihre medizinische Versorgung aufsuchen (im Folgenden Hausarztpraxis genannt, vgl.

Kasten K 3.1). Im internationalen Vergleich ist dies der sechsthöchste Anteil. In den Niederlanden ist der Anteil der Befragten mit einer Hausarztpraxis am höchsten (99,1%), in Kanada am niedrigsten (86,3%). Im Zeitvergleich ist der Anteil der Personen mit Hausarztpraxis in der Schweiz seit 2010 ähnlich geblieben (–1,5 Prozentpunkte). Anders in Deutschland und in Grossbritannien, wo dieser Anteil im Vergleich zu 2010 deutlich zugenommen hat (Grossbritannien: +19,6 Prozentpunkte, Deutschland: +16,5 Prozentpunkte).

Im soziodemografischen Profil jener, die über eine Hausarztpraxis verfügen, unterscheidet sich die Schweiz lediglich nach Alter: die älteren beiden Altersklassen verfügen häufiger über eine Hausarztpraxis (65+ Jahre: 97,2%, 50–64 Jahre: 95,1%) als die jüngeren beiden Altersklassen (35–49 Jahre: 88,6%, 18–34 Jahre: 87,7%, vgl. Tabelle C 3.1).

**G 3.1 Befragte, die über eine Hausarztpraxis verfügen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

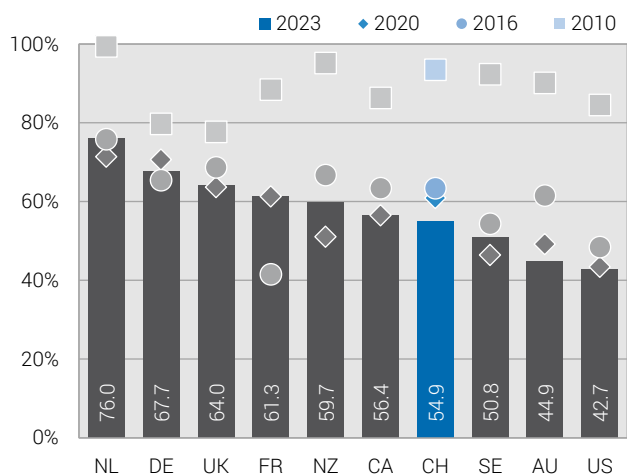
54,9% der Wohnbevölkerung der Schweiz mit einer Hausarztpraxis suchen diese seit 5 oder mehr Jahren auf. Im internationalen Vergleich entspricht diese langfristige Praxistreue dem viertiefsten Anteil (vgl. Grafik G 3.2). In allen betrachteten Ländern hat



dieser Anteil zwischen 2010 und 2023 abgenommen, am stärksten zwischen 2010 und 2016. In der Schweiz waren 2010 mehr als neun von zehn Patientinnen und Patienten seit mehr als fünf Jahren ihrer Hausarztpraxis treu (93,5%), 2020 waren es sechs von zehn (60,9%) und 2023 fünf von zehn (54,9%).

Im soziodemografischen Profil der Schweiz variiert die Praxistreue nach Alter, Migrationshintergrund, Urbanität und Sprachregion (vgl. Tabelle C 3.2). Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die seit fünf oder mehr Jahren eine Hausarztpraxis aufsuchen, ist bei den Älteren mit mehr als sechs von zehn am höchsten (65+ Jahre: 64,8%), während es bei den Jüngeren nur vier von zehn sind (18–34 Jahre: 40,0%). Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund sind häufiger seit fünf oder mehr Jahren in einer Hausarztpraxis als diejenigen mit Migrationshintergrund (60,7% vs. 45,2%) – auch diejenigen, die in einer Agglomeration leben, gegenüber jenen, die in einer Stadt wohnen (60,1% vs. 51,3%). Schliesslich sind die Patientinnen und Patienten in der Deutschschweiz (57,2%) ihrer Hausarztpraxis treuer als jene in der französischen Schweiz (48,9%).

**G 3.2 Befragte, die über eine Hausarztpraxis verfügen und diese seit 5 Jahren oder mehr aufsuchen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

*Eine Qualitätsverschlechterung im Behandlungsablauf der Hausarztpraxen zwischen den Jahren 2010 und 2016 setzt sich im Jahr 2023 fort – auch wenn das Niveau weiterhin sehr hoch ist.*

Die Befragten, die von einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt betreut werden, beurteilen die Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis anhand von fünf Indikatoren, wobei im Folgenden die Anteile derer angegeben sind, die mit «immer» oder «häufig» geantwortet haben (vgl. Grafik G 3.3): Die Hausärztin bzw. der Hausarzt kennt die medizinische Vergangenheit der Patientinnen und Patienten (71,1%, drittniedrigster Anteil im

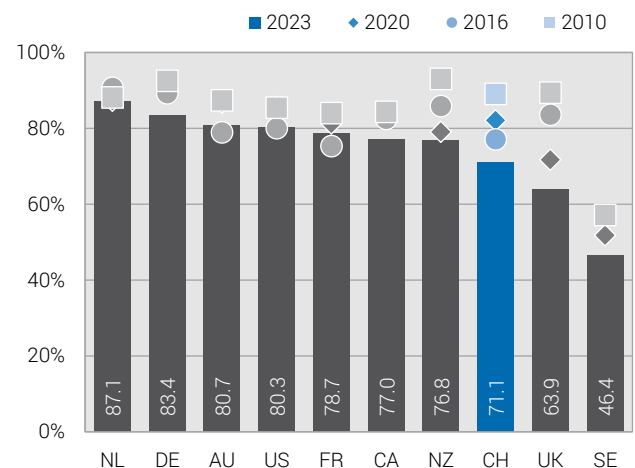
internationalen Vergleich), bringt genügend Zeit für Patientinnen und Patienten auf (76,1%, viertniedrigster Anteil), bezieht die Patientinnen und Patienten in Entscheidungen über die Behandlung ein (72,9%, viertniedrigster Anteil), erklärt Dinge auf einfach verständliche Weise (82,7%, drittniedrigster Anteil) und behandelt mit Höflichkeit und Respekt (94,7%, viertniedrigster Anteil).

In der zeitlichen Entwicklung zeigt sich in der Schweiz eine langfristige Verschlechterung der wahrgenommenen Qualität gegenüber dem Jahr 2010, aber auch eine kurzfristige Verschlechterung gegenüber dem Jahr 2020. Die kurzfristige Verschlechterung ist insofern bemerkenswert, als im Bericht zur IHP-Befragung 2020 die wahrgenommene Qualität etwas höher war als im Jahr 2016 und eine Trendumkehr gegenüber der Entwicklung seit 2010 festgestellt wurde (Pahud, 2020). Diese zwischenzeitliche leichte Verbesserung hat sich im Jahr 2023 nicht fortgesetzt.

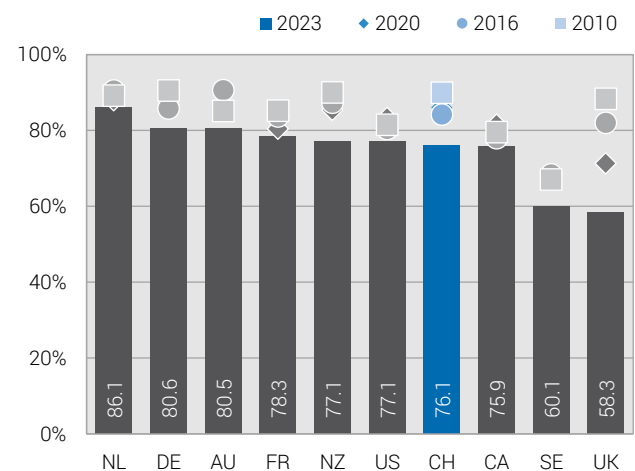
**G 3.3 Befragte, die auf die Fragen zur Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis mit «immer» oder «häufig» geantwortet haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**

**Hausärztin oder Hausarzt...**

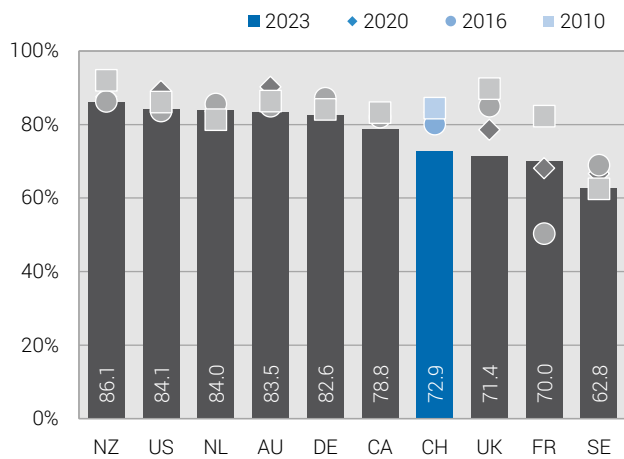
**...hat wichtige Informationen über die medizinische Vergangenheit**



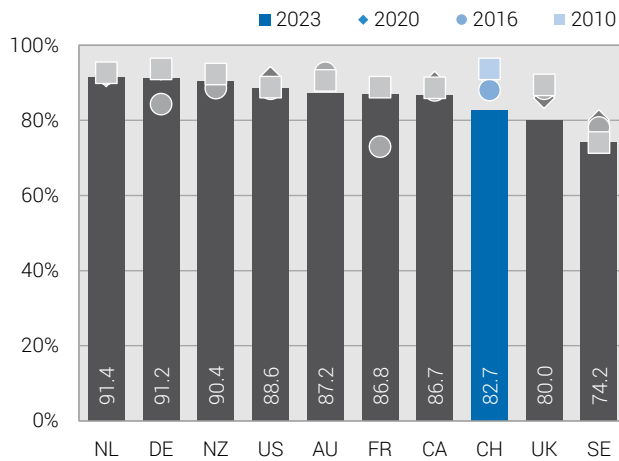
**...bringt genügend Zeit auf**



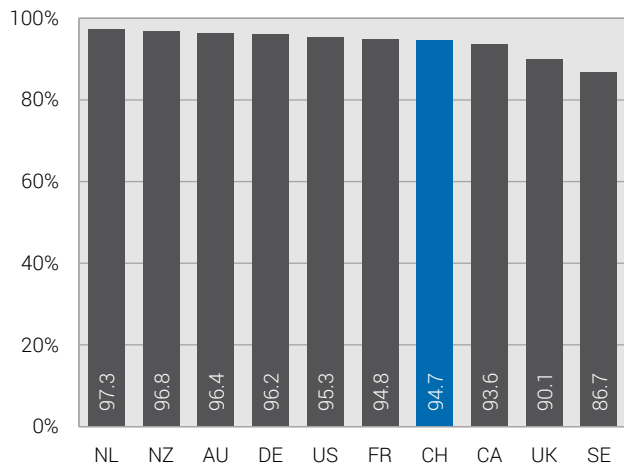
**...bezieht in die Entscheidungen über die Behandlung mit ein**



**...erklärt Dinge auf einfach verständliche Weise**



**...behandelt mit Höflichkeit und Respekt**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

Im Vergleich der Altersklassen zeigen sich bei vier Indikatoren Unterschiede in der wahrgenommenen Qualität, insbesondere zwischen den jüngsten (18–34 Jahre) und den ältesten Patientinnen und Patienten (65+ Jahre, vgl. Grafik G 3.4). Die Jüngsten empfinden, dass ihre medizinische Vergangenheit weniger häufig bekannt ist (60,2% vs. 81,6%), weniger häufig genügend Zeit aufgebracht wird (64,3% vs. 85,4%), sie weniger häufig miteinbezogen werden (65,4% vs. 82,3%) und weniger häufig einfach verständlich erklärt wird (78,5% vs. 87,9%).

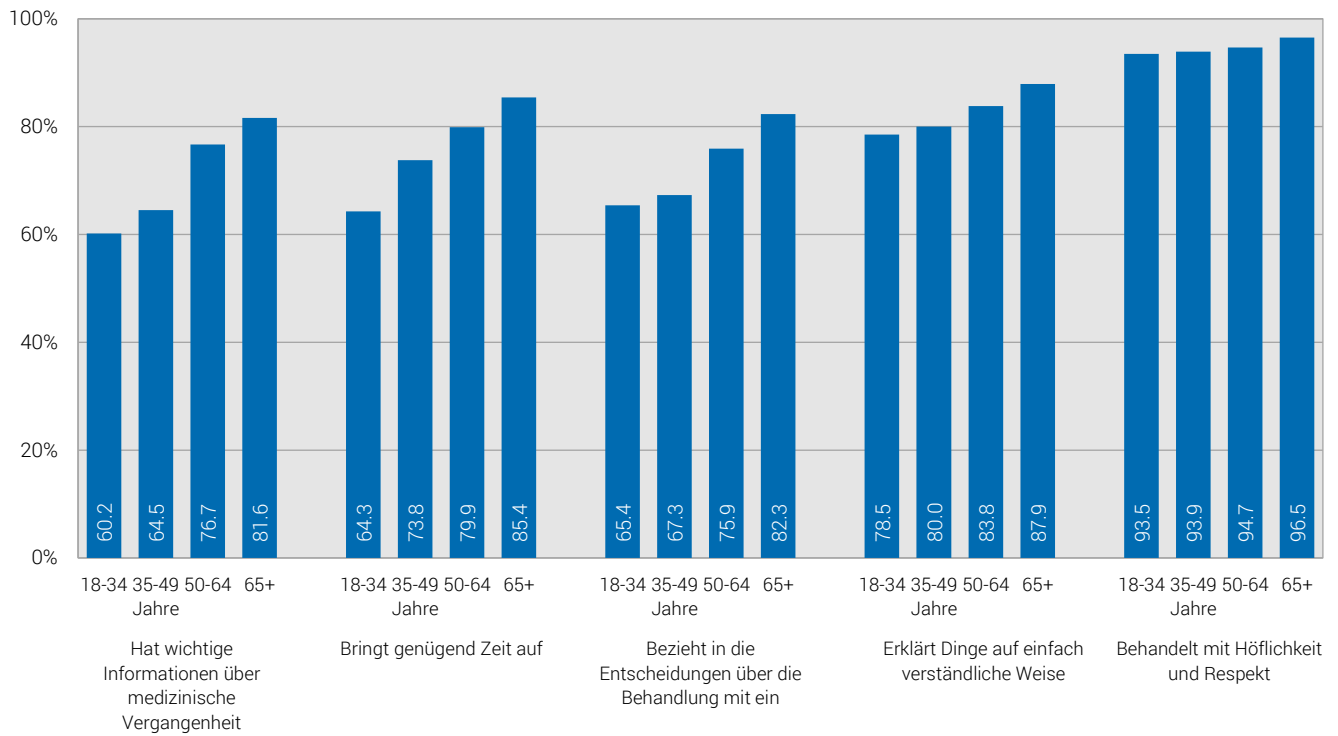
Bei drei dieser Indikatoren ist auch zwischen Patientinnen und Patienten mit oder ohne Migrationshintergrund ein Unterschied zu beobachten. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund berichten, dass ihre medizinische Vergangenheit weniger häufig bekannt ist (66,4% vs. 74,2%), weniger häufig genügend Zeit aufgebracht wird (71,8% vs. 79,4%) und sie weniger häufig miteinbezogen werden (68,1% vs. 76,3%, vgl. Tabelle C 3.3 bis C 3.5).

In einer globalen Beurteilung empfinden fast neun von zehn Personen in der Schweiz die medizinische Betreuung, die sie in den 12 Monaten vor der Befragung in ihrer Hausarztpraxis erhalten haben, als «ausgezeichnet» oder «sehr gut» (88,7%), 7,4% als «mittelmässig» und 1,3% als «schlecht» oder «sehr schlecht» (vgl. Grafik G 3.5).<sup>10</sup> Bei den soziodemografischen Merkmalen zeigt sich lediglich ein Unterschied zwischen den Altersklassen. Die jüngsten Patientinnen und Patienten (18–34 Jahre) beurteilen die medizinische Versorgung seltener als «ausgezeichnet» oder «sehr gut» als die ältesten (65+ Jahre, 84,0% vs. 93,7%, vgl. Grafik G 3.5).

<sup>10</sup> Korrigierte Basisrate (n = 2131): Es handelt sich nur um die Personen, die im letzten Jahr eine medizinische Betreuung in ihrer Hausarztpraxis erhalten haben. Aufgrund von Anpassungen der Frage, sind die

Ergebnisse nicht mehr mit denen der IHP-Befragungen 2010, 2016 und 2020 vergleichbar.

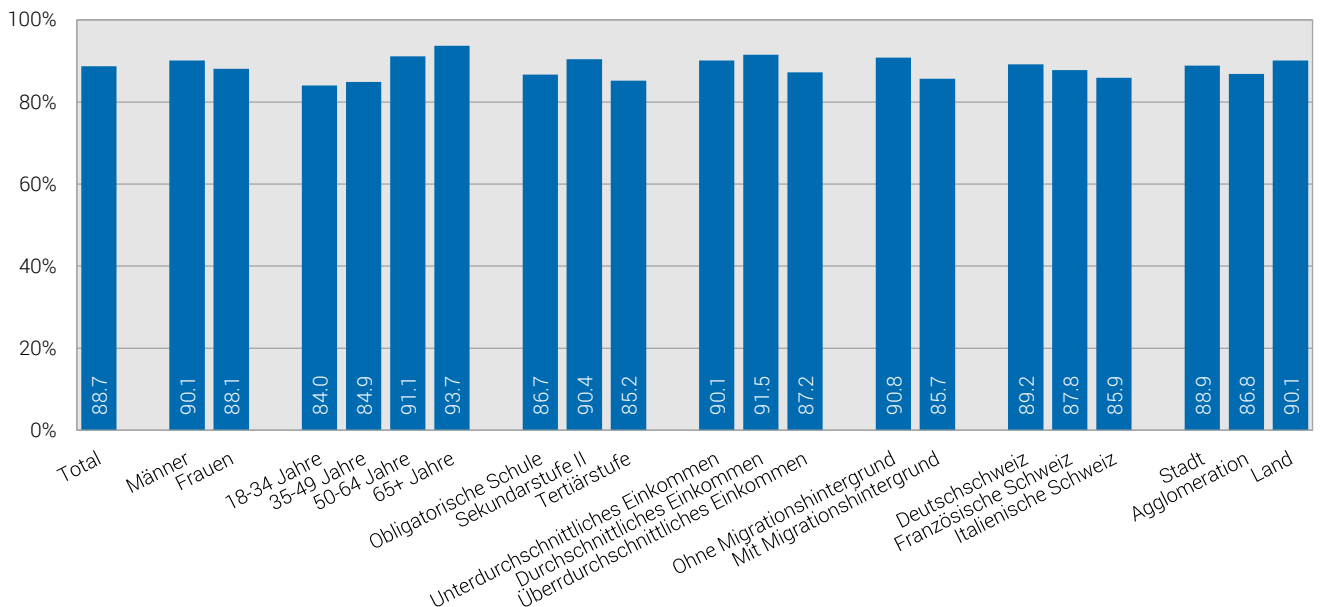
**G 3.4 Befragte, die auf die Fragen zur Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis mit «immer» oder «häufig» geantwortet haben, nach Alter, Schweiz, 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023

© Obsan 2023

**G 3.5 Befragte, die die medizinische Betreuung in der Hausarztpraxis als «ausgezeichnet» oder «sehr gut» beschreiben, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023

© Obsan 2023

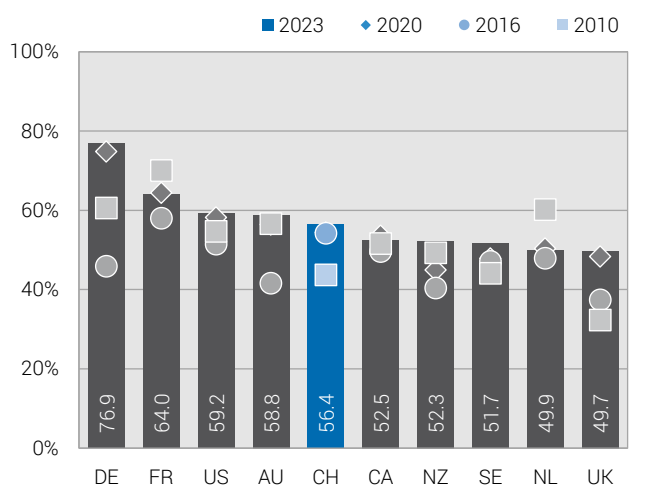
### 3.2 Konsultation von Spezialistinnen und Spezialisten

Mehr als die Hälfte der Wohnbevölkerung der Schweiz (56,4%) hat in den letzten zwei Jahren eine Spezialistin oder einen Spezialisten konsultiert, was im Mittelfeld der untersuchten Länder liegt.

Mehr als die Hälfte der Wohnbevölkerung der Schweiz hat in den zwei Jahren vor der Befragung eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten aufgesucht (56,4%), was im internationalen Vergleich den fünfthöchsten Anteil darstellt (vgl. Grafik G 3.6). Während neun Länder – von Frankreich (64,0%) bis zu Grossbritannien (49,7%) – dicht beieinander liegen, sticht Deutschland mit mehr als drei Vierteln der Wohnbevölkerung, die in den letzten zwei Jahren eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten aufgesucht haben, deutlich hervor (76,9%). In der Schweiz hat die Häufigkeit der Spezialarztbesuchen seit 2010 zugenommen (2010: 43,7%), wobei der Anstieg insbesondere zwischen 2010 und 2016 erfolgte (2016: 54,2%) und sich anschliessend stabilisierte (2020: 54,4%). Der weitere Anstieg zwischen 2020 und 2023 ist unbedeutend (2023: 56,4%).

Die Häufigkeit eines Besuches bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten hängt auch vom Alter der Befragten ab und zeigt einen nicht unerwarteten Effekt: Die beiden ältesten Altersklassen (50–64 Jahre: 61,3%, 65+ Jahre: 71,7%) suchen häufiger eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten auf als die beiden jüngeren (18–34 Jahre: 45,4%, 35–49 Jahre: 47,7%, vgl. Tabelle C 3.6).

**G 3.6 Befragte, die in den letzten zwei Jahren eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten konsultiert haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

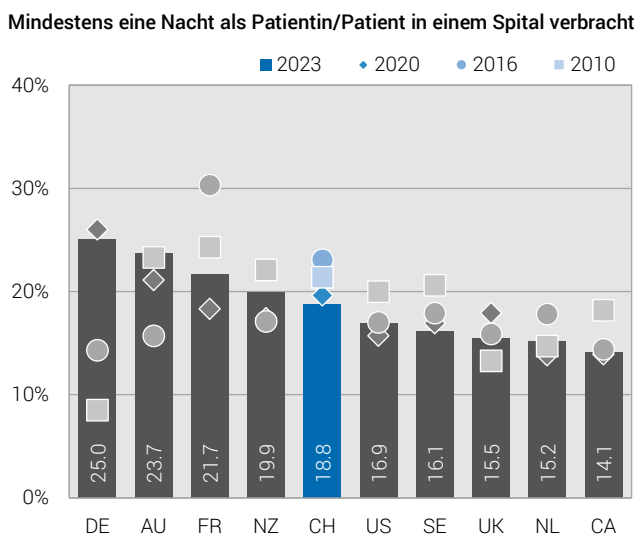
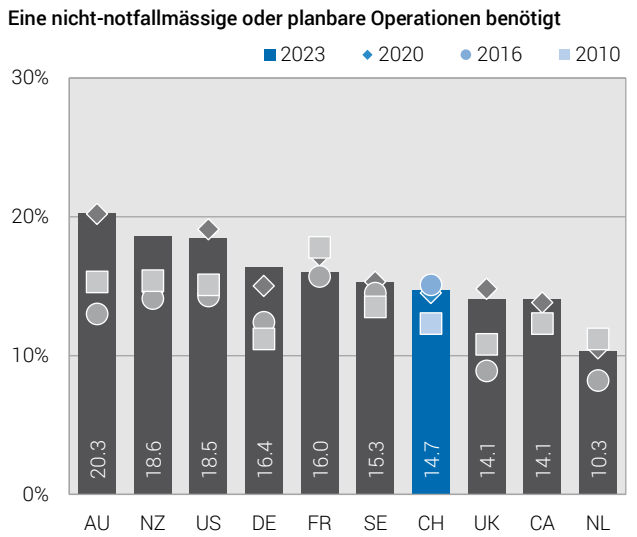
### 3.3 Ambulante und stationäre Spitalaufenthalte (inklusive Notaufnahme)

In den zwei Jahren vor der Befragung mussten sich 14,7% der Wohnbevölkerung der Schweiz einer nicht notfallmässigen oder planbaren Operation unterziehen und 18,8% verbrachten mindestens eine Nacht im Spital.

In den zwei Jahren vor der Befragung mussten sich 14,7% der Wohnbevölkerung der Schweiz einer nicht notfallmässigen oder planbaren Operation unterziehen. Im internationalen Vergleich ist dies der viertniedrigste Anteil (vgl. Grafik G 3.7). Während in Australien der grösste Anteil der Wohnbevölkerung solche Operationen benötigte (20,3%), war es in den Niederlanden der geringste Anteil der Wohnbevölkerung (10,3%). Im Zeitvergleich hat sich dieser Anteil der Wohnbevölkerung in der Schweiz zwischen 2010 und 2016 nur geringfügig verändert (2010: 12,3%, 2016: 15,1%, 2020: 14,5%). Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigt sich vor allem ein Alterseffekt. In den beiden älteren Altersklassen (50–64 Jahre: 17,9%, 65+ Jahre: 20,0%) wurden häufiger nicht-notfallmässige oder planbare Operationen durchgeführt als in den beiden jüngeren Altersklassen (18–34 Jahre: 9,8%, 35–49 Jahre: 11,3%, vgl. Tabelle C 3.7).

Bei den Spitalaufenthalten von mindestens einer Nacht in den zwei Jahren vor der Befragung liegt die Schweiz mit 18,8% der Wohnbevölkerung international an fünfter Stelle (vgl. Grafik G 3.7). Die Anteile der einzelnen Länder liegen zwischen 14,1% der Wohnbevölkerung in Kanada und 25,0% in Deutschland. Bemerkenswert ist die Entwicklung in Deutschland, wo die Häufigkeit von Spitalaufenthalten von mindestens einer Nacht zwischen 2010 und 2020 um +17,5 Prozentpunkte zugenommen hat und 2023 wieder auf einem ähnlichen Niveau liegt (2010: 8,5%, 2020: 26,0%, 2023: 25,0%). In der Schweiz schwanken die Anteile zwar im Zeitverlauf, diese Schwankungen sind aber unbedeutend. Die Spitalaufenthalte mit mindestens einer Übernachtung in den letzten zwei Jahren zeigen ebenfalls einen Alterseffekt. Die Ältesten (65+ Jahre: 29,2%) waren häufiger im Spital als die anderen Altersklassen (18–34 Jahre: 16,9%, 35–49 Jahre: 11,5%, 50–64 Jahre: 18,1%, vgl. Tabelle C 3.8). Interessanterweise ist der Anteil der Personen mit einem Spitalaufenthalt in der Altersklasse der 35- bis 49-Jährigen am geringsten.

**G 3.7 Befragte, die in den letzten zwei Jahren eine planbare Operation benötigt oder mindestens eine Nacht im Spital verbracht haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

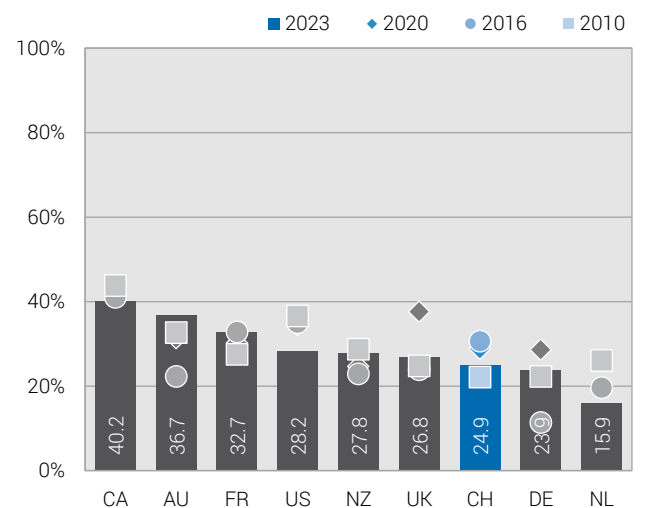
*Ein Viertel der Wohnbevölkerung der Schweiz hat die Notaufnahme eines Spitals für eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen – ein Drittel der notfallmässig behandelten Probleme hätte auch in der Hausarztpraxis behandelt werden können, wenn diese verfügbar gewesen wäre.*

Ein Viertel der Wohnbevölkerung der Schweiz (24,9%) hat in den zwei Jahren vor der Befragung die Notaufnahme eines Spitals für eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen. Im internationalen Vergleich ist dies der drittniedrigste Anteil (vgl. Grafik G 3.8). In den Niederlanden (15,9%) ist dieser Anteil tiefer und in Frankreich (32,7%), Australien (36,7%) und Kanada (40,2%) höher. Im Zeitvergleich ist für die Schweiz vor allem die Zunahme zwischen 2010 und 2016 sowie der Rückgang zwischen 2016 und

2023 bemerkenswert. Im Jahr 2016 haben drei von zehn statt zwei von zehn Personen die Notaufnahme eines Spitals für die eigene medizinische Behandlung in Anspruch genommen (2010: 22,1%, 2016: 30,6%). Im Jahr 2023 ist dieser Anteil fast wieder auf dem Niveau von 2010, jedoch variiert die Nutzung der Notfallstation nach Sprachregion: In der französischen Schweiz wird sie häufiger genutzt als in der Deutschschweiz (31,1% vs. 22,7%, vgl. Tabelle C 3.9).

Mehr als ein Drittel der Notfallpatientinnen und -patienten gibt an, dass ihre Beschwerden auch von der Hausärztin oder dem Hausarzt hätten behandelt werden können, wenn diese respektive dieser verfügbar gewesen wäre (35,8%, vgl. Tabelle C 3.10). Im internationalen Vergleich ist dies der dritthöchste Anteil nach den USA (40,7%) und Kanada (38,0%), wobei die Unterschiede zwischen diesen Ländern vernachlässigbar sind. Hinsichtlich des soziodemografischen Profils zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede (vgl. Tabelle L 3.1).

**G 3.8 Befragte, die in den letzten zwei Jahren vor der Befragung die Notaufnahme in Anspruch genommen haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

*Bei der Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Entscheidungen über ihre Pflege und Behandlung nimmt die Schweiz eine Spitzenposition ein, während die schriftliche Information und die Besprechung von (Mehrfach-)Medikation vor dem Spitalaustritt Verbesserungspotenzial aufweisen.*

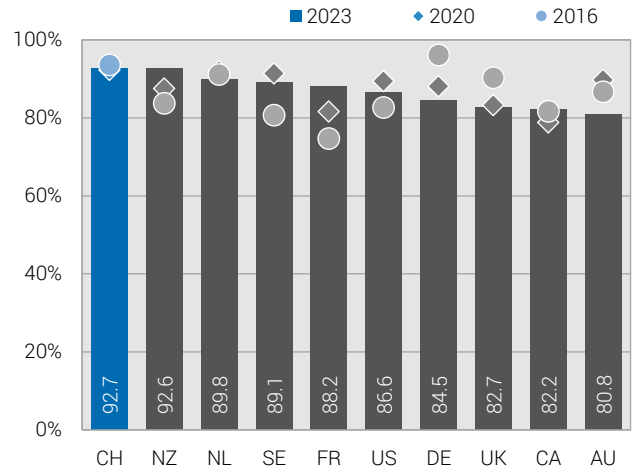
62,5% der Schweizer Bevölkerung wurde nach einem Spitalaufenthalt «voll und ganz» wie gewünscht in die Entscheidungen über ihre Pflege und Behandlung miteinbezogen. Bei 30,2% war dies «teilweise» wie gewünscht der Fall (vgl. Grafik G 3.9). Die Summe der beiden Anteile entspricht im internationalen Vergleich dem gemeinsamen ersten Platz zusammen mit Neuseeland (beide 92,6%), während Grossbritannien (82,7%), Kanada (82,2%) und Australien (80,8%) die letzten Plätze belegen. Darüber hinaus

wurden die Befragten in der Schweiz während ihres letzten Spitalaufenthaltes «immer» oder «häufig» freundlich und respektvoll durch das Pflegepersonal behandelt, was im internationalen Vergleich den dritthöchsten Anteil darstellt (92,4%, vgl. Grafik G 3.10). Während Frankreich (96,7%) und die Niederlande (94,7%) hier an der Spitze liegen, bilden die USA das Schlusslicht (82,3%).

Knapp drei Viertel (73,3%) der Wohnbevölkerung der Schweiz haben bei ihrem letzten Spitalaufenthalt schriftliche Informationen darüber erhalten, auf welche Symptome oder gesundheitlichen Probleme sie nach dem Spitalaustritt achten sollten (vgl. Grafik G 3.11). Im internationalen Vergleich entspricht dies dem viertletzten Platz, nur in Australien (72,7%), Grossbritannien (72,2%) und vor allem Schweden (68,0%) werden deutlich weniger schriftliche Informationen ausgehändigt. Im Zeitvergleich ist der Anteil in der Schweiz zwischen 2010 und 2020 zwar kontinuierlich gestiegen (2010: 53,7%; 2016: 64,0% und 2020: 75,0%), seit der letzten Erhebung ist er jedoch leicht rückläufig.

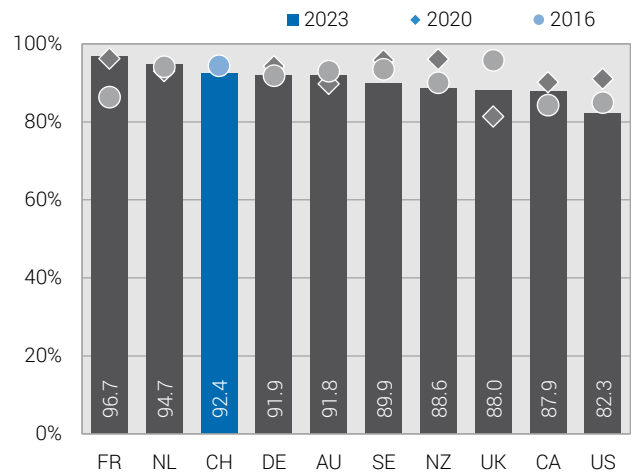
Wenn während eines Spitalaufenthaltes Medikamente verordnet werden, ist die Besprechung und Überprüfung der verordneten Medikamente (einschliesslich der vor dem Spitalaufenthalt eingenommenen Medikamente) mit der Patientin oder dem Patienten vor der Entlassung ein wichtiger Sicherheitsfaktor. Bei drei Viertel der aus dem Spital entlassenen Personen wurden alle verordneten Medikamente (vor und während des Spitalaufenthaltes) entsprechend besprochen (77,0%, vgl. Grafik G 3.11).<sup>11</sup> Im internationalen Vergleich ist dies der sechsthöchste Wert (max. Niederlande: 89,6%, min. Deutschland: 64,8%). Allerdings ist dieser Anteil in der Schweiz seit dem Jahr 2010 rückläufig (2010: 89,0%, 2020: 79,9%).

**G 3.9 Befragte, die «voll und ganz» oder «teilweise» während des Spitalaufenthaltes in die Entscheidungen über die Pflege und Behandlung einbezogen worden sind, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

**G 3.10 Befragte, die während des Spitalaufenthaltes von den Pflegefachpersonen «immer» oder «häufig» freundlich und respektvoll behandelt worden sind, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023**

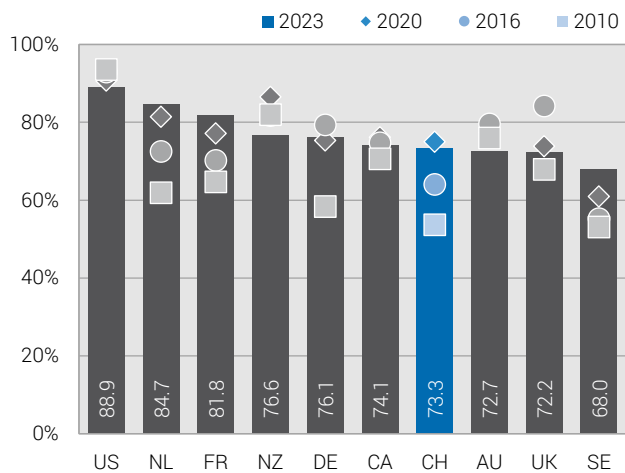


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

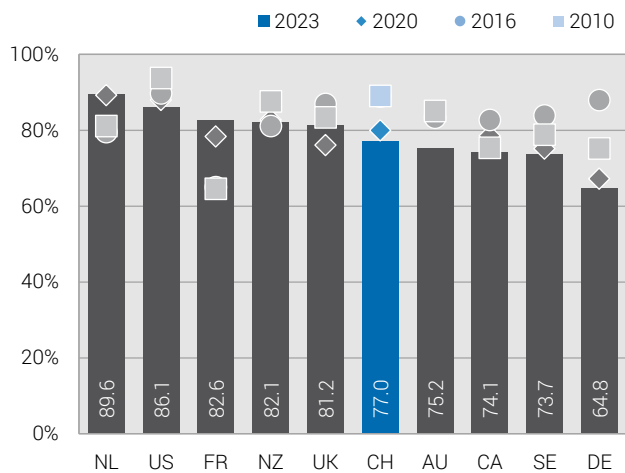
<sup>11</sup> Korrigierte Basisrate (n = 428): Es handelt sich nur um die Personen, die vor oder während des Spitalaufenthaltes Medikamente bekommen haben.

**G 3.11 Befragte, die während des Spitalaufenthaltes Informationen zu Symptomen oder Rücksprachen zu Medikamenten erhalten haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**

Während des Spitalaufenthaltes schriftliche Informationen dazu bekommen, auf welche Symptome oder gesundheitliche Probleme zu achten ist



Vor der Spitalentlassung ist jemand alle verschriebenen Medikamente durchgegangen



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

# 4 Qualitätsindikatoren der Versorgung

Qualitätsindikatoren dienen dazu, ein Gesundheitssystem und die darin erbrachten Leistungen zu überprüfen und gegebenenfalls zu verbessern. Als gesetzliche Grundlage schreibt das Krankenversicherungsgesetz (KVG) den Leistungserbringern eine vertraglich vereinbarte Qualitätssicherung vor, die auch auf eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit abzielt (vgl. ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken). Im möglichen Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität gewinnen die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten im Rahmen von Befragungen zunehmend an Bedeutung. Diese können dazu beitragen, die Ergebnisse weiterer Qualitätsmessungen zu kontextualisieren oder gar mögliche Problembereiche zu identifizieren. Dabei kann es sich unter anderem um Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten zu strukturellen, organisatorischen, zwischenmenschlichen oder fachlichen Aspekten handeln. Dementsprechend werden nachfolgend neben den Ergebnissen der Gesamtbewertung der medizinischen Versorgung weitere Rückmeldungen zu Verfügbarkeit und Wartezeiten, zur erlebten Koordination zwischen den Leistungserbringern, zu Inklusion und Diversität sowie zu wahrgenommenen Ineffizienzen und Behandlungsfehlern berichtet.

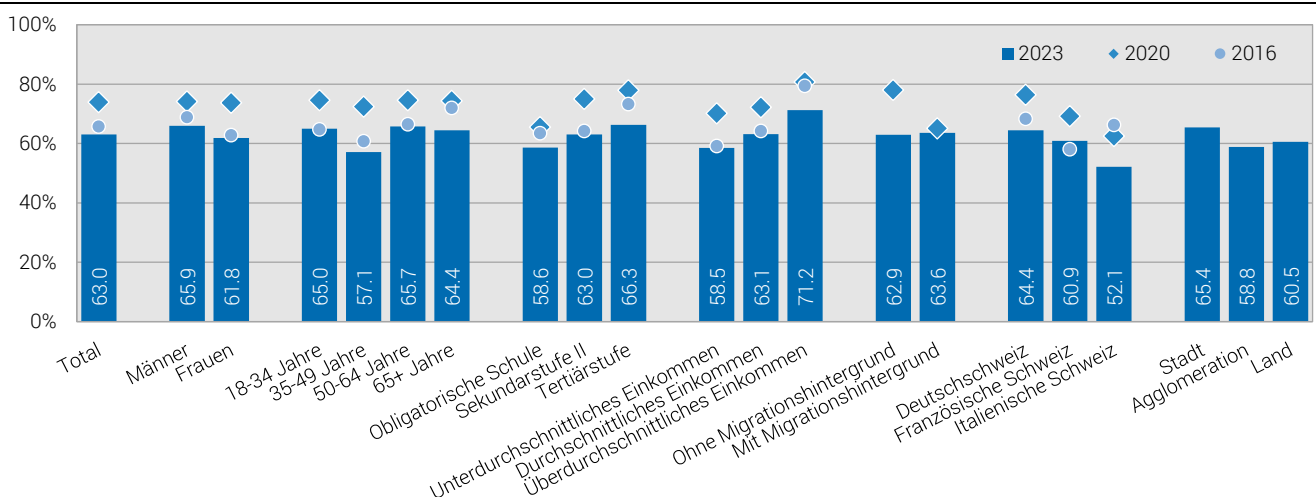
## 4.1 Bewertung der medizinischen Versorgung

Zwei Drittel der Wohnbevölkerung der Schweiz beurteilen die Qualität der medizinischen Versorgung als «hervorragend» oder «sehr gut».

Rund zwei Drittel der Wohnbevölkerung der Schweiz beurteilen die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz als «hervorragend» oder «sehr gut» (63,0%, vgl. Grafik G 4.1).<sup>12</sup> Im Zeitvergleich liegt dieser Anteil nur leicht unter dem Wert von 2016 (2016: 65,7%). Allerdings ist dieser Anteil im Jahr 2020 zwischenzeitlich deutlich höher (2020: 73,9%).

Im soziodemografischen Profil der Schweiz fallen zwei Besonderheiten auf: Befragte mit überdurchschnittlichem Einkommen (71,2%) schätzen die Qualität der medizinischen Versorgung eher als «hervorragend» oder «sehr gut» ein als Befragte mit unterdurchschnittlichem Einkommen (58,5%). Zudem ist der Anteil der Antwortkategorien «hervorragend» oder «sehr gut» in der Deutschschweiz (64,4%) höher als in der italienischen Schweiz (52,1%).

**G 4.1 Befragte, die die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz als «hervorragend» oder «sehr gut» empfinden, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2016, 2020 und 2023

© Obsan 2023

<sup>12</sup> Diese Frage wurde in der IHP-Befragung von 2023 nur in der Schweiz gestellt.

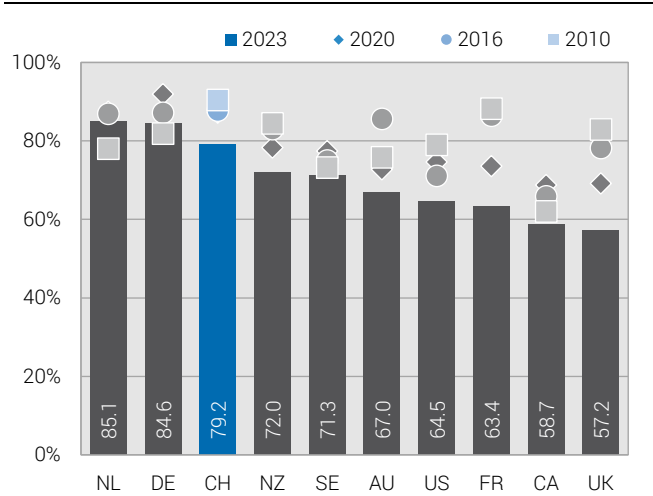


## 4.2 Verfügbarkeiten und Wartezeiten

Die wahrgenommene Verfügbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten hat sich seit der letzten Befragung in der Schweiz verschlechtert – auch wenn die Schweiz im internationalen Vergleich gut abschneidet.

Acht von zehn Personen in der Schweiz erhalten «immer» oder «oft» noch am selben Tag eine Antwort, wenn sie sich mit einem medizinischen Anliegen während der normalen Öffnungszeiten an ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt wenden (79,2%, vgl. Grafik G 4.2).<sup>13</sup> Obwohl dies im internationalen Vergleich nach den Niederlanden und Deutschland der dritthöchste Wert ist, hat sich dieser Anteil in der Schweiz im Zeitverlauf um –11,2 Prozentpunkte verschlechtert (2010: 90,4%). Auch in Neuseeland, den USA, Frankreich und Grossbritannien ist in diesem Zeitraum eine Verschlechterung zu beobachten, in den beiden letztgenannten Ländern eine besonders starke Verschlechterung seit 2016. Anders die Verschlechterung in der Schweiz, die grösstenteils (–8,0 Prozentpunkte) erst seit der letzten Erhebung im Jahr 2020 stattgefunden hat (2020: 87,2%).

**G 4.2 Befragte, die bei einem medizinischen Anliegen «immer» oder «oft» am selben Tag eine Antwort der Hausarztpraxis erhalten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**

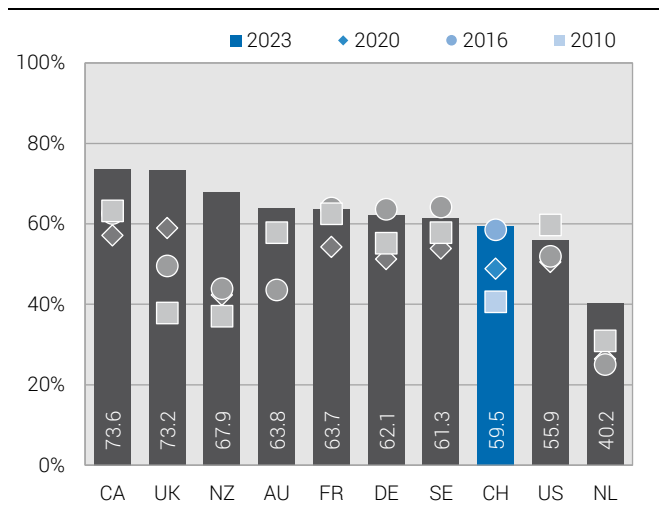


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

Die Abdeckung von Randzeiten und Wochenende ist im internationalen Vergleich in der Schweiz zwar gut, jedoch hat sich deren Beurteilung seit der letzten Befragung im Jahr 2020 verschlechtert.

Für sechs von zehn Personen in der Schweiz ist es «sehr schwierig» oder «ziemlich schwierig», abends, am Wochenende oder an Feiertagen medizinische Versorgung zu erhalten (59,5%, vgl. Grafik G 4.3).<sup>14</sup> Im Ländervergleich ist dies jedoch der drittniedrigste Anteil vor den USA (55,9%) und den Niederlanden (40,2%). Im Zeitverlauf fallen die Verschlechterungen in Grossbritannien und Neuseeland auf. In Grossbritannien hat sich der Anteil seit 2010 fast verdoppelt, in Neuseeland hat die Verschlechterung fast ausschliesslich nach 2020 stattgefunden. Für die Schweiz schwanken die Ergebnisse in den letzten 13 Jahren stark. Während es 2010 und 2020 deutlich weniger Personen «sehr schwierig» oder «ziemlich schwierig» fanden Termine ausserhalb der Öffnungszeiten zu bekommen (2010: 40,6%, 2020: 48,8%), war der Anteil 2016 ähnlich hoch wie 2023 (2016: 58,5%).

**G 4.3 Befragte, die es als «sehr schwierig» oder «ziemlich schwierig» erachten, ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten medizinische Versorgung zu erhalten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

<sup>13</sup> Korrigierte Basisrate (n = 1948): Personen mit einem Versuch der Kontaktaufnahme.

<sup>14</sup> Korrigierte Basisrate (n = 1796): Personen, die Betreuung am Abend, Wochenende oder Feiertag benötigen.

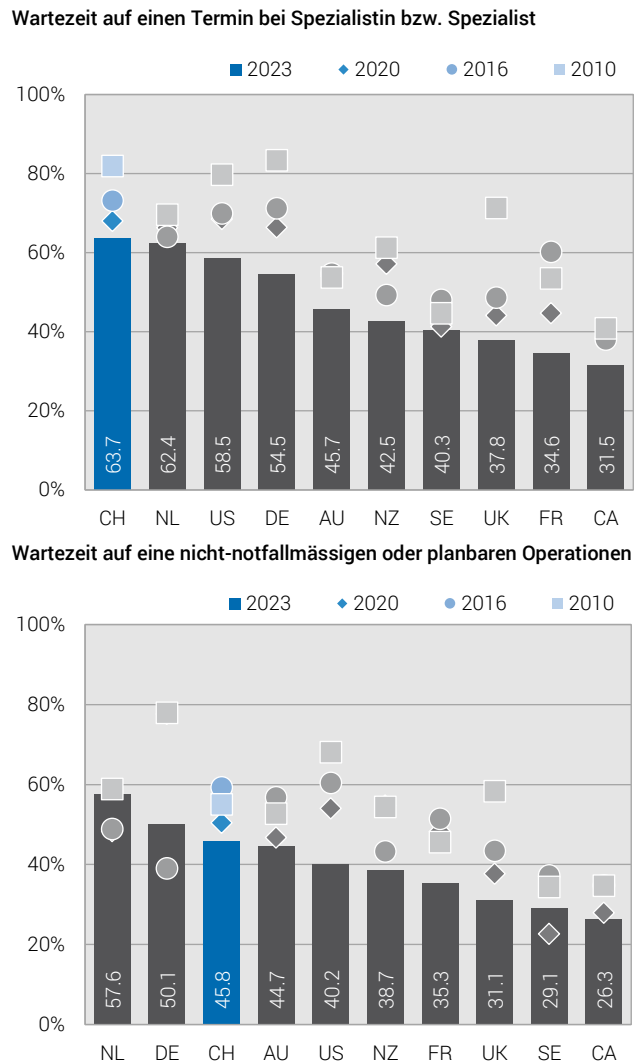
*Auch wenn die Wartezeiten insbesondere für einen Termin bei einer Spezialistin oder einem Spezialisten ansteigen, schneidet die Schweiz im internationalen Vergleich weiterhin sehr gut ab.*

Die Wartezeit auf einen Termin bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten, nachdem dies einem geraten wurde oder man sich selbst dafür entschieden hat, beträgt in der Schweiz im Jahr 2023 in zwei Dritteln der Fälle weniger als einen Monat (63,7%), in 23,0% der Fälle einen Monat bis weniger als zwei Monate und in 13,2% der Fälle zwei Monate oder länger (vgl. Grafik G 4.4). Im internationalen Vergleich weist die Schweiz den höchsten Anteil der kürzesten Wartezeit von einem Monat auf, dies vor den Niederlanden (62,4%) und den USA (58,5%).

Im Zeitverlauf ist in der Schweiz der Anteil derer, die weniger als einen Monat warten, seit 2010 um -18,2 Prozentpunkte gesunken (2010: 81,9%), d. h. die Wartezeiten haben sich verlängert. Der Grossteil dieser Veränderung fand jedoch zwischen 2010 und 2016 statt und hat sich seitdem nur geringfügig verändert (2016: 73,2%, 2020: 68,0%). Besonders ausgeprägt ist dieses Entwicklungsmuster in Grossbritannien (Rückgang seit 2010: -33,5 Prozentpunkte).

Von den Befragten in der Schweiz, die eine nicht-notfallmässige oder planbare Operation benötigten, mussten 45,8% weniger als einen Monat warten, ein Drittel einen Monat bis unter zwei Monate (32,4%) und ein Fünftel (21,8%) zwei Monate oder länger. Im internationalen Vergleich ist der Anteil der Befragten, die weniger als einen Monat auf eine Operation warten mussten, mit 45,8% der dritthöchste nach den Niederlanden (57,6%) und Deutschland (50,1%) (vgl. Grafik G 4.4). In einigen Ländern ist dieser Anteil seit dem Jahr 2010 gesunken, was bedeutet, dass die Wartezeiten zugenommen haben. Ganz besonders stark ist diese Veränderung in Deutschland, den USA und Grossbritannien (Rückgang um rund -27,0 Prozentpunkte). Auch wenn der Anteil der Wartezeiten von weniger als einem Monat in der Schweiz seit 2016 ebenfalls rückläufig zu sein scheint, sind die Veränderungen nicht signifikant.

**G 4.4 Befragte mit Wartezeiten von weniger als einem Monat auf einen Termin bei Spezialistin bzw. Spezialist sowie elektiven Operationen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

### 4.3 eHealth-Leistungen

In der Vergangenheit haben Befragungen der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz gezeigt, dass das Angebot an digitalen Dienstleistungen (eHealth) in der ambulanten Grundversorgung zwar deutlich angewachsen, aber dennoch noch relativ schwach ausgeprägt ist und dies obwohl die Wohnbevölkerung grosses Interesse an eHealth zeigt (FMH, 2019; 2022; Pahud, 2020; 2023). So hat die Möglichkeit, mit Hausarztpraxen mittels E-Mail bezüglich medizinischer Anliegen zu kommunizieren stark zugenommen (2019: 79,9%; 2022: 88,3%). Weitere eHealth-Angebote haben zwar ebenfalls zugenommen, sind aber noch immer deutlich seltener zu finden: Online-Einsicht in Testresultate (2019: 7,5%, 2022: 18,5%) oder Zusammenfassung des Arztbesuchs (2019: 2,8%, 2022: 6,4%; vgl. Pahud, 2023). Während in der IHP-Befragung der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung von 2022 das Angebot der Hausarztpraxen erhoben wurde, kann auch in der IHP-Befragung von 2023 erfasst werden, inwiefern die Wohnbevölkerung das (allenfalls vorhandene) eHealth-Angebot nutzt.

*Die Nutzung von eHealth-Leistungen hat in der Schweiz zugenommen, bleibt aber im internationalen Vergleich stark verbesserungswürdig.*

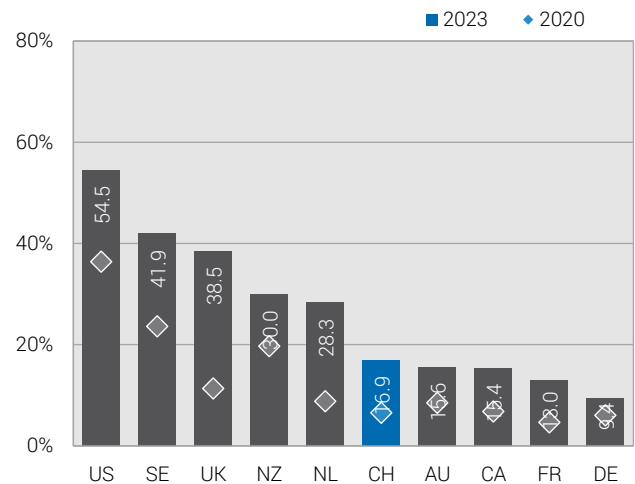
In den zwei Jahren vor der Befragung haben 16,9% der Wohnbevölkerung der Schweiz über eine sichere Internetseite, ein Patientenportal oder eine Handy-App bezüglich einer medizinischen Frage oder Anliegen mit ihrer Hausarztpraxis kommuniziert (vgl. Grafik G 4.5). Dies sind +10,4 Prozentpunkte mehr als in der Befragung 2020 (6,5%) und im internationalen Vergleich ein mittlerer Rang. Allerdings ist der Abstand zum Spitzenreiter USA beträchtlich, wo mehr als die Hälfte der Personen mit Hausarztpraxis diese Möglichkeit der Kommunikation nutzen (54,5%). Auch wenn die Anteile in allen Ländern seit dem Jahr 2020 deutlich gestiegen sind, ist der Zuwachs in Grossbritannien besonders hoch (+27,2 Prozentpunkte).

Knapp ein Viertel (23,0%) der Wohnbevölkerung der Schweiz mit Hausarztpraxis hat in den zwei Jahren vor der Befragung Gesundheitsinformationen wie Zusammenfassungen der Arztbesuche, Resultate von Tests oder Laboranalysen online angeschaut (vgl. Grafik G 4.5). Dieser Anteil hat sich seit der Befragung im Jahr 2020 fast vervierfacht (2020: 6,1%). Dennoch liegt die Schweiz im internationalen Vergleich an vorletzter Stelle vor Deutschland (22,1%). In den beiden Ländern mit den höchsten Anteilen nutzen hingegen sieben von zehn Personen diese eHealth-Leistung (Schweden: 71,3%, USA: 71,2%). Wieder ist in allen Ländern ein Anstieg über die Zeit zu beobachten, der wiederum in Grossbritannien besonders hoch ausfällt (+28,9 Prozentpunkte).

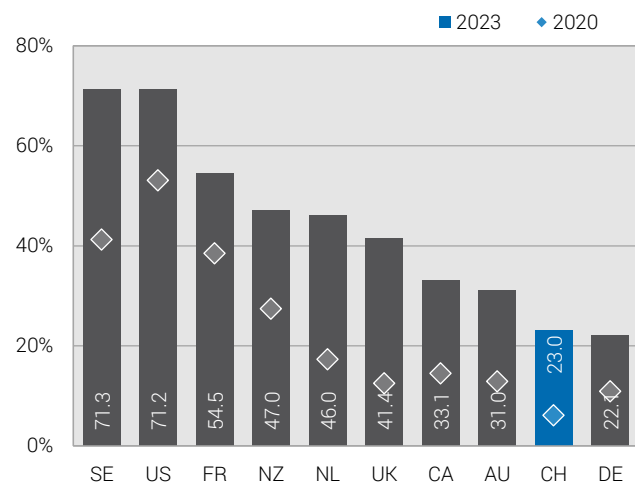
**G 4.5 Befragte, die in den letzten zwei Jahren eHealth in der Kommunikation mit der Hausarztpraxis genutzt haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2020, 2023**

**Über sichere Internetseite, Patientenportal oder Handy-App...**

**...mit der Hausarztpraxis bzgl. medizinischen Frage oder Anliegen kommuniziert**



**...Gesundheitsinformationen – wie Zusammenfassungen der Arztbesuche, Resultate von Tests oder Laboranalysen – online angeschaut**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020 und 2023 © Obsan 2023

#### 4.4 Koordination zwischen Leistungserbringern

In der Schweiz verläuft der Informationsaustausch vor der Konsultation einer Spezialistin oder eines Spezialisten in 16,1% der Fälle und nach der Rückkehr zur Hausarztpraxis in 19,4% der Fälle nicht optimal.

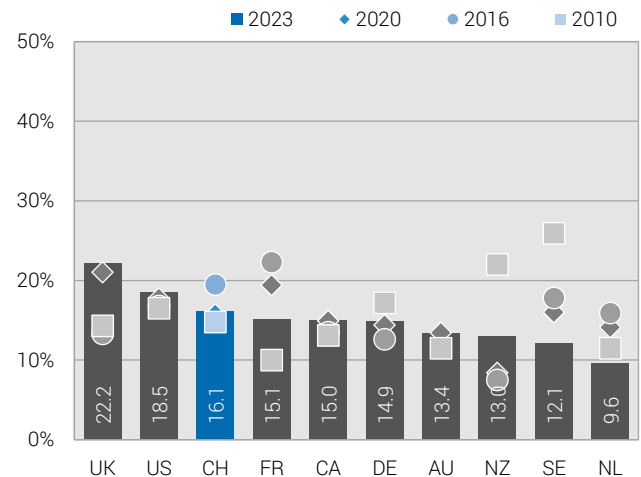
In der Schweiz ist es keine Seltenheit, dass bei einem Gesundheitsproblem mehrere Leistungserbringer konsultiert werden. Entlang der Behandlungskette erhöht ein koordinierter Austausch zwischen der Hausarztpraxis und den Spezialistinnen und Spezialisten die Effizienz der Versorgung. In der Schweiz haben in den zwei Jahren vor der Befragung 16,1% der Personen, die eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten aufgesucht haben, die Erfahrung gemacht, dass die konsultierte Spezialistin bzw. der konsultierte Spezialist keine medizinischen Informationen oder Testergebnisse über den Grund des Besuchs von der Hausarztpraxis hatte (vgl. Grafik G 4.6)<sup>15</sup>. Im Jahr 2010 lag dieser Anteil auf einem vergleichbaren Niveau (14,8%) und der zwischenzeitliche Anstieg im Jahr 2016 ist nicht signifikant (19,5%). Vergleicht man den Anteil 2023 mit den anderen Ländern, so liegt die Schweiz hinter Grossbritannien (22,2%) und den USA (18,5%) an dritter Stelle.

In fast einem Fünftel der Fälle ist der Hausarzt bzw. die Hausärztin nach der Konsultation der Spezialistin bzw. des Spezialisten nicht über die Behandlung informiert und auf dem neusten Stand (19,4%, vgl. Grafik G 4.6).<sup>16</sup> Auch wenn dieser Anteil im zeitlichen Verlauf variiert, sind die Unterschiede nicht signifikant. Im internationalen Vergleich weist die Schweiz 2023 vor Neuseeland (18,0%) den zweitniedrigsten Anteil auf. Während in Neuseeland eine Verbesserung der Koordination über die Jahre zu beobachten ist – der Anteil derjenigen, die von einem Koordinationsproblem berichten, war in der Vergangenheit höher. (2010: 30,3%, 2023: 18,0%), ist die Entwicklung in Grossbritannien gegenläufig und dieser Anteil ist nun höher als in der Vergangenheit (16,2% im Jahr 2010 und sogar nur 11,2% im Jahr 2016, 2023: 34,0%).

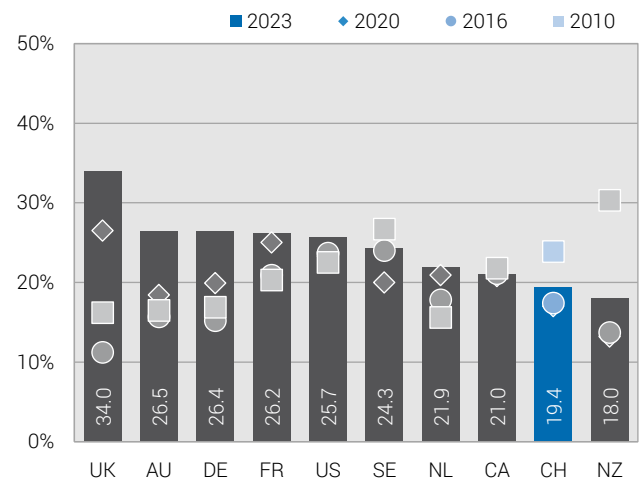
Bei 20,1% der aus einem Schweizer Spital entlassenen Personen – bei denen auch eine Folgebehandlung nötig war – hat das Spital keine Anordnungen getroffen oder nicht sichergestellt, dass die entlassene Person auch eine Folgebehandlung bei einer Ärztin bzw. einem Arzt erhält (vgl. Tabelle L 4.1). Im internationalen Vergleich ist dies der zweitniedrigste Wert. Während sich die Spitäler zwischen den Jahren 2010 und 2020 bei dieser Art der Koordination stark verbessert haben und der Anteil um –13,6% gesunken ist (2020: 13,8%), hat sich die Situation zuletzt tendenziell wieder verschlechtert (Anstieg des Anteils um +6,3 Prozentpunkte), wenngleich diese Veränderung nicht signifikant ist.

G 4.6 Befragte, die ein Koordinationsproblem zwischen Hausarztpraxis und den Spezialistinnen bzw. den Spezialisten festgestellt haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023

Spezialistin oder Spezialist hat von der Hausarztpraxis keine grundlegenden medizinischen Informationen oder Testergebnisse über den Grund der Behandlung



Nach dem Besuch bei der Spezialistin oder des Spezialisten ist die Hausärztin oder der Hausarzt nicht informiert



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

<sup>15</sup> Korrigierte Basisrate (n = 1300): Personen, die in den zwei Jahren vor der Befragung bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten waren.

<sup>16</sup> Korrigierte Basisrate (n = 1219): Personen, die in den zwei Jahren vor der Befragung bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten waren und über eine Hausarztpraxis verfügen.

## 4.5 Inklusion und Diversität

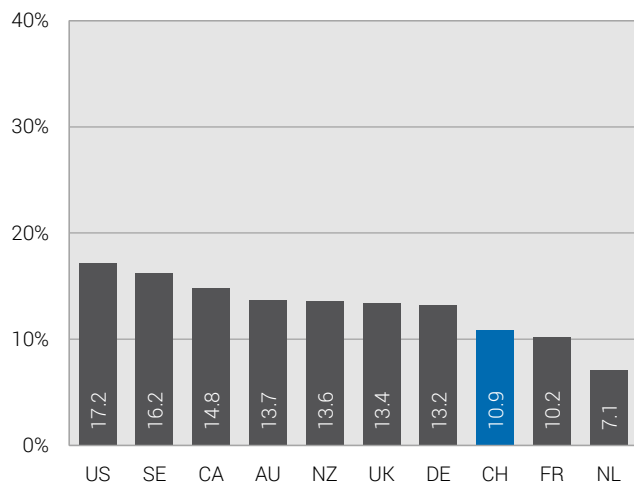
Am häufigsten fühlen sich Personen in der Schweiz aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung oder chronischen Krankheit und am zweihäufigsten wegen ihres Alters diskriminiert.

Neu im Fragebogen des Jahres 2023 sind Fragen zur wahrgenommenen gelebten Inklusion und Umgang mit Diversität in der Gesundheitsversorgung. Angesichts der kleinen Fallzahlen müssen jedoch einige der Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden, weitere Ergebnisse werden aufgrund der zu geringen Fallzahlen gar nicht erst berichtet (vgl. Tabellen L 4.2 bis L 4.17 und C 4.1 bis C 4.16).

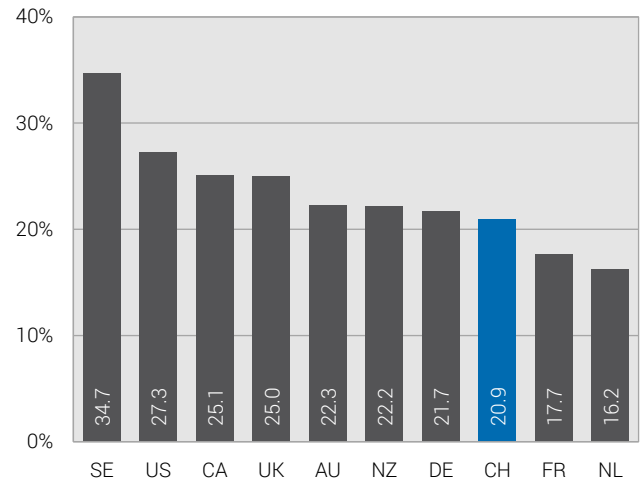
Jede zehnte Person der Wohnbevölkerung der Schweiz gibt an, im Rahmen einer medizinischen Behandlung ungerecht behandelt worden zu sein (10,9%, vgl. Grafik G 4.7). Im internationalen Vergleich ist dies der drittniedrigste Anteil, wobei insbesondere in den Niederlanden der Anteil der ungerecht Behandelten signifikant tiefer ist (7,1%). Auch der Anteil derer, die sich mit ihren gesundheitlichen Sorgen nicht ernst genommen fühlen, ist in der Schweiz mit zwei von zehn Personen vergleichsweise gering und am drittniedrigsten (20,9%). Am niedrigsten ist dieser Anteil erneut in den Niederlanden (16,2%). Spitzenreiter jedoch mit wechselnden Positionen sind bei beiden Fragen die USA und Schweden. Für die Wohnbevölkerung der Schweiz zeigt sich, dass Frauen eher als Männer angeben in der medizinischen Behandlung ungerecht behandelt (13,1% vs. 8,5%) oder mit ihren gesundheitlichen Sorgen nicht ernst genommen worden zu sein (25,5% vs. 16,1%, vgl. Tabelle C 4.1 und C 4.2).

### G 4.7 Befragte, die ungerecht behandelt wurden oder das Gefühl hatten, dass ihre Gesundheitssorgen nicht ernst genommen werden, internationaler Vergleich, 2023

#### Jemals ungerecht behandelt worden



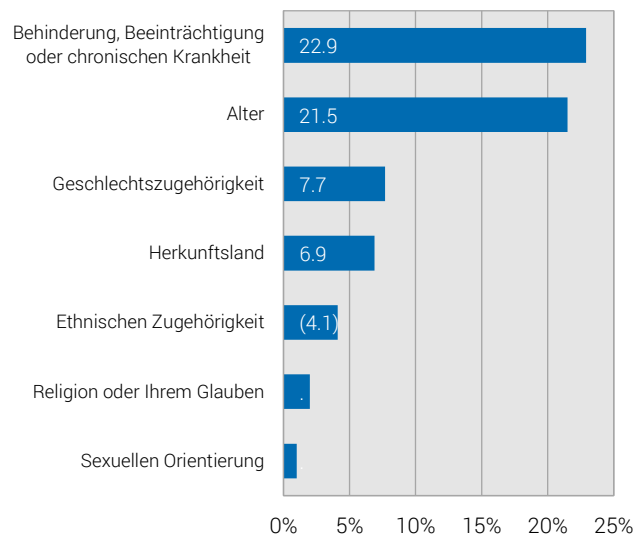
#### Jemals das Gefühl gehabt, dass die Gesundheitssorgen nicht ernst genommen werden



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023 © Obsan 2023

Von den Personen, die angeben, in der Schweiz ungerecht behandelt worden zu sein oder sich nicht ernst genommen gefühlt zu haben, sieht etwas mehr als ein Fünftel (22,9%) eine Behinderung, eine Beeinträchtigung, eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes Gesundheitsproblem als Ursache für die Diskriminierung an (vgl. Grafik G 4.8). Sechs von zehn dieser Personen geben sogar an, aus diesem Grund schon einmal eine Pflege oder Behandlung nicht erhalten zu haben (60,5%, vgl. Tabelle C 4.14). Am zweithäufigsten wird das Alter als Diskriminierungsgrund wahrgenommen (21,5%, Grafik G 4.8). Interessanterweise sind es die jüngste Altersklasse (18–34 Jahre: 32,5%) sowie die älteste Altersklasse (65+ Jahre: 29,7%), die dies am ehesten berichten (35–49 Jahre: 14,1%; 50–64 Jahre: 10,2%, vgl. Tabelle C 4.4). In diesem Zusammenhang geben 56,6%, also mehr als die Hälfte der Personen, die eine Alters-Diskriminierung angegeben haben, an, dass sie aus diesem Grund eine Behandlung oder Versorgung nicht erhalten haben (vgl. Tabelle C 4.11). Deutlich weniger Personen fühlen sich aufgrund ihres Geschlechts (7,7%) oder ihres Herkunftslandes (6,9%) ungerecht behandelt oder nicht ernst genommen. Die weiteren Diskriminierungsgründe sind aufgrund der zu geringen Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren.

**G 4.8 Gründe dafür, dass sich Befragte ungerecht behandelt fühlten oder das Gefühl hatten, dass die Gesundheitsorgen nicht ernst genommen wurden, Schweiz, 2023**



Anmerkung: Werte in Klammern sind aufgrund der kleinen Fallzahl ( $n < 30$ ) mit Vorsicht zu interpretieren. Anteile basierend auf weniger als 10 Personen werden aufgrund der hohen statistischen Unsicherheit nicht präsentiert und durch einen Punkt ersetzt.

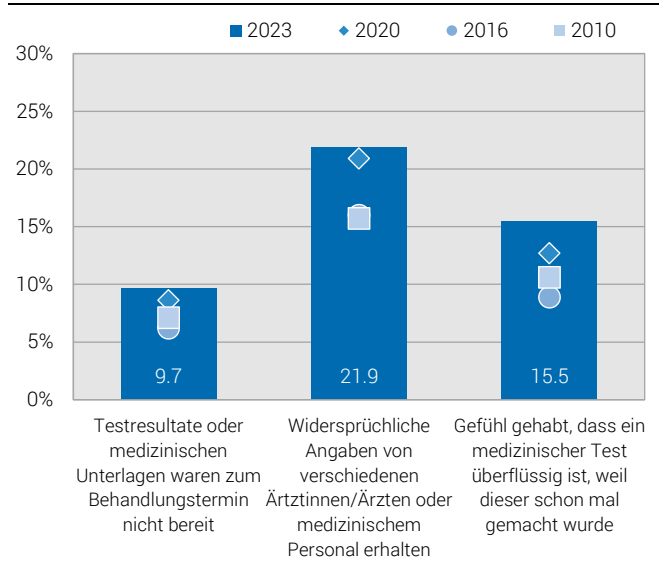
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023 © Obsan 2023

**4.6 Ineffizienz und medizinische Fehler**

*Wahrgenommene Ineffizienzen und medizinische Fehler haben in der Schweiz seit 2010 teilweise zugenommen.*

Ineffizienzen in der Versorgung können finanzielle und gesundheitliche Konsequenzen mit sich bringen. In den letzten zwei Jahren vor der Befragung haben 9,7% der Wohnbevölkerung der Schweiz je erlebt, dass die Testresultate oder die medizinischen Unterlagen zum vorgesehenen Behandlungstermin noch nicht bereit waren (siehe vgl. Grafik G 4.9). Insgesamt waren 21,9% der Befragten mit widersprüchlichen Angaben von verschiedenen Ärztinnen bzw. Ärzten oder von medizinischem Personal konfrontiert und 15,5% hatten das Gefühl, dass ein ärztlich angeordneter Test überflüssig war. Während Ineffizienzen in der Bereitstellung von Testresultaten und medizinischen Unterlagen im Zeitverlauf nur unbedeutend zugenommen haben (+2,6 Prozentpunkte, 2010: 7,1%), ist die Zunahme bei den widersprüchlichen Angaben (+6,2 Prozentpunkte, 2010: 15,7%) und den vermeintlich überflüssigen Tests (+4,9 Prozentpunkte, 2010: 10,6%) signifikant.

**G 4.9 Befragte, die in den letzten zwei Jahren je Ineffizienzen in der Betreuung eines medizinischen Problems erlebt haben, Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023**

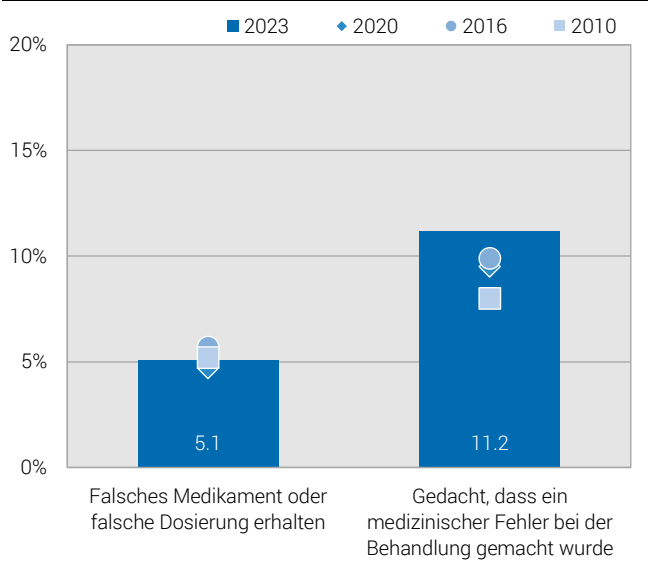


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

Noch gravierender als Ineffizienzen können sich medizinische Fehler auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten auswirken. In den letzten zwei Jahren vor der Befragung haben 5,1% der Wohnbevölkerung der Schweiz erlebt, dass ein falsches Medikament oder eine falsche Dosierung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt, eine Pflegefachperson, ein Spital oder eine Apotheke abgegeben wurde (vgl. Grafik G 4.10). Seit dem Jahr 2010 ist dieser Anteil in der Schweiz vergleichbar hoch (2010: 5,2%). In der Schweiz gehen 11,2% der Wohnbevölkerung davon aus, dass in den letzten zwei Jahren vor der Befragung ein medizinischer Fehler gemacht wurde (vgl. G 4.10). Seit dem Jahr 2010 ist dieser Anteil in der Schweiz um +3,2 Prozentpunkte gestiegen (2010: 8,0%). In je rund einem Drittel der Fälle sind diese wahrgenommenen Fehler in der Hausarztpraxis (29,8%) oder dem Spital (30,3%) passiert und in 10,2% der Fälle sogar an beiden Orten. Während ein minimaler Anteil der Fälle in der medizinischen Versorgung zu Hause aufgetreten ist (0,9%), lassen sich mehr als ein Viertel der Fälle nicht genauer zuordnen («anderswo»: 27,7%, vgl. C 4.17).<sup>17</sup> Wichtig zu präzisieren ist, dass in weniger als einem Viertel der Fälle von wahrgenommenen medizinischen Fehlern eine Ärztin oder ein Arzt oder eine andere beteiligte Fachperson kommuniziert hat, dass ein Fehler in der Behandlung gemacht worden ist (23,3%, vgl. C 4.18).

<sup>17</sup> Korrigierte Basisrate ( $n = 279$ ): Personen, die einen (selbstwahrgenommenen) medizinischen Fehler in den letzten zwei Jahren vor der Befragung erlebt haben.

**G 4.10 Befragte, die in den letzten zwei Jahren ein falsches Medikament oder Dosierung erhalten haben sowie die gedacht haben, dass ein medizinischer Fehler gemacht wurde, Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

# 5 Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen

Im Jahr 2022 bezogen 25,7% aller versicherten Personen in der Schweiz eine Prämienverbilligung, was Ausgaben von ungefähr 5,4 Milliarden Franken für rund 2.3 Millionen Personen entspricht (BAG, 2023b). Nach vier Jahren Stabilität sind die Krankenkassenprämien im Jahr 2023 wieder angestiegen (BAG, 2022) und steigen im Jahr 2024 weiter an (BAG, 2023a). Neben den Krankenkassenprämien können auch die darüber hinaus anfallenden Gesundheitskosten für viele Personen in der Schweiz eine finanzielle Belastung darstellen und in der Folge zu einem Verzicht auf notwendige Leistungen führen. So ist der Anteil Personen, die bei einem medizinischen Problem aus Kostengründen auf einen Besuch bei einer Ärztin bzw. einem Arzt verzichtet haben, zwischen 2010 und 2016 angestiegen und hat sich 2020 auf diesem erhöhten Niveau stabilisiert (Pahud, 2020). Entsprechend werden nachfolgend die Resultate zur Wahl der Krankenversicherungsmodelle, den selbst getragenen Kosten sowie den finanziellen Herausforderungen präsentiert.

## 5.1 Krankenversicherungsmodelle und selbst getragene Kosten

*Seit 2020 hat das Hausarztmodell die gewöhnliche Krankenversicherung als häufigste Versicherungsart abgelöst und kann 2023 den Abstand zu diesem Modell weiter ausbauen.*

Seit der IHP-Befragung 2010 hat sich die Art sich zu versichern in der Schweiz stark gewandelt. Im Jahr 2010 war die gewöhnliche Krankenversicherung<sup>18</sup> die mit Abstand häufigste Versicherungsart (79,7%), gefolgt vom Hausarztmodell (12,3%), während alle weiteren Versicherungsarten kaum vertreten waren (HMO-Versicherungsmodell: 2,1%, Telefonmodell: 1,9%, und Bonus-Versicherung: 1,3%, vgl. Grafik G 5.1).

Seit 2010 haben sich insbesondere die Anteile der gewöhnlichen Krankenversicherung, des Hausarztmodells und des Telefonmodells stark verändert, wobei die grösste Veränderung zwischen 2010 und 2016 stattgefunden hat. Ab 2020 ist das Hausarztmodell die am häufigsten gewählte Versicherungsart und 2023 ist fast die Hälfte der Wohnbevölkerung der Schweiz in diesem Modell versichert (48,1%). Die gewöhnliche Kranken-

versicherung hingegen ist seit 2020 die zweithäufigste Versicherungsart mit einem Anteil von rund einem Drittel im Jahr 2023 (34,8%). Das Telefonmodell ist seit 2016 die am dritthäufigsten gewählte Versicherungsart. Im Jahr 2023 ist fast jede zehnte Person auf diese Weise versichert (9,8%).

Im soziodemografischen Profil der Versicherungsarten zeigt sich für die gewöhnliche Krankenversicherung im Jahr 2023 ein Effekt von Bildung, Migrationshintergrund und Sprachregion (vgl. Tabelle C 5.1). Rund jede zweite Person ohne nachobligatorische Ausbildung gibt an, über eine gewöhnliche Krankenversicherung zu verfügen (49,2%). Bei den Personen mit höherer Ausbildung ist es rund jede dritte Person (Sekundarstufe: 32,7%, Tertiärstufe: 30,9%). Vier von zehn Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu drei von zehn Personen ohne Migrationshintergrund geben an, über eine reguläre Krankenversicherung zu verfügen (41,0% vs. 31,1%). Zudem ist die gewöhnliche Krankenversicherung in der französischen Schweiz (40,4%) stärker vertreten als in der Deutschschweiz (32,6%).

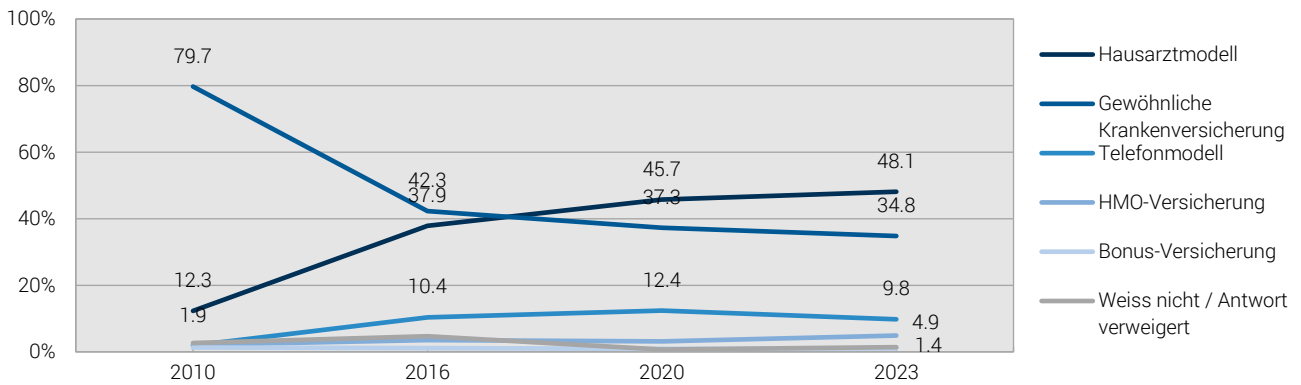
Anders ist das soziodemografische Profil des Hausarztmodells, das von den beiden älteren Altersklassen (50–64 Jahre: 50,5%, 65+ Jahre: 54,2%) häufiger genutzt wird als von der jüngsten Altersklasse (18–34 Jahre: 40,1%). Ausserdem sind Personen mit Sekundarschulabschluss (52,3%) in dieser Versicherungsart stärker vertreten als Personen mit niedrigerem oder höherem Bildungsabschluss (obligatorische Schule: 37,8%, Tertiärstufe: 43,1%). In Bezug auf den Migrationshintergrund wird der Kontrast zur gewöhnlichen Krankenversicherung besonders deutlich: Personen ohne Migrationshintergrund sind häufiger im Hausarztmodell versichert als Personen mit Migrationshintergrund (52,3% vs. 41,3%).

In der Schweiz kann die Wahl der Versicherungsart durch die Wahl der Höhe der Franchise ergänzt werden. Die sechs zur Auswahl stehenden Optionen verteilen sich auf die Befragten im Jahr 2023 wie folgt (vgl. Tabelle C 5.2): Etwas mehr als die Hälfte hat eine der beiden niedrigsten Franchisen von 300 oder 500 Franken (51,2%), 10,8% haben eine Franchise von 1000 oder 1500 Franken und etwas mehr als ein Drittel der Befragten hat die höchsten Franchisen von 2000 oder 2500 Franken (34,0%). Eine der beiden tiefsten Franchisen haben vor allem Frauen (57,2%) und Personen der ältesten Altersklassen (50–64 Jahre: 53,5%, 65+ Jahre: 72,9%).

<sup>18</sup> Standardmodell mit ordentlicher oder frei wählbarer Franchise.



**G 5.1 Krankenversicherungsmodelle, zeitlicher Vergleich, Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023

© Obsan 2023

Im Jahr 2023 erhalten 23,8% der Befragten in der Schweiz eine Prämienverbilligung und 15,5% der 65-jährigen und Älteren AHV-Ergänzungsleistungen.

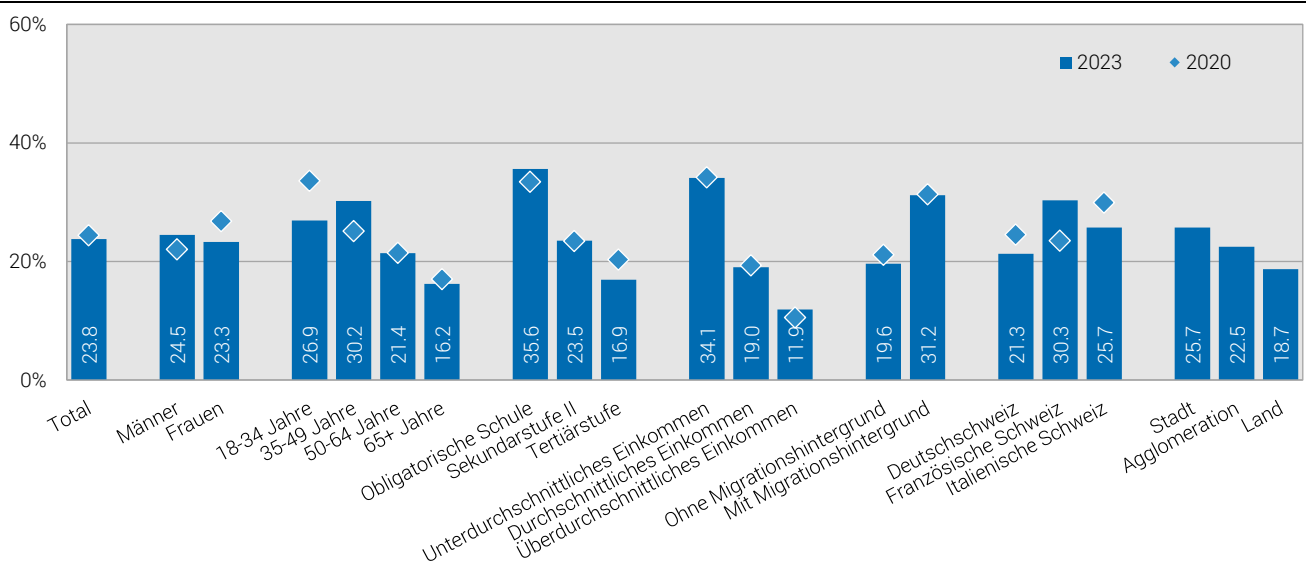
Wer in der Schweiz in bescheidenen finanziellen Verhältnissen lebt und die minimalen Lebenskosten nur mit Mühe decken kann, hat Anspruch auf Prämienverbilligung oder Ergänzungsleistungen zur AHV. Gemäss der IHP-Befragung 2023 erhalten 23,8% der befragten Personen (oder eine Person im gleichen Haushalt) kantonale Prämienverbilligungen (vgl. Grafik G 5.2).

Der Anteil der Personen, die Prämienverbilligung beziehen, ist in den beiden jüngsten Altersklassen höher (18–34 Jahre: 26,9%, 35–49 Jahre: 30,2%) als in der ältesten Altersklasse (65 Jahre und älter: 16,2%). Der Anteil der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (35,6%) ist höher als der Anteil der Personen mit höherer Ausbildung (Sekundarstufe: 23,5%, Tertiärstufe: 16,9%). Wie

zu erwarten ist, beziehen Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen (34,1%) häufiger Prämienverbilligungen (durchschnittliches Einkommen: 19,0%, überdurchschnittliches Einkommen: 11,9%). Auch Personen mit Migrationshintergrund sind häufiger vertreten als Personen ohne Migrationshintergrund (31,2% vs. 19,6%). Schliesslich gibt es einen Unterschied zwischen den Sprachregionen: Der Anteil der Personen, die Prämienverbilligung erhalten, ist in der französischen Schweiz höher (30,3%) als in der Deutschschweiz (21,3%).

Im Jahr 2023 erhalten laut IHP-Befragung 15,5% der 65-jährigen und älteren Personen AHV-Ergänzungsleistungen (vgl. Tabelle C 5.3). Aufgrund der kleinen Teilstichprobe mit breiten Konfidenzintervallen sind die Resultate bezüglich AHV-Ergänzungsleistungen mit Vorsicht zu interpretieren. Das betrifft insbesondere allfällige Unterschiede bei den soziodemografischen Merkmalen.

**G 5.2 Befragte, die eine Prämienverbilligung für die obligatorische Krankenversicherung beziehen, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2023

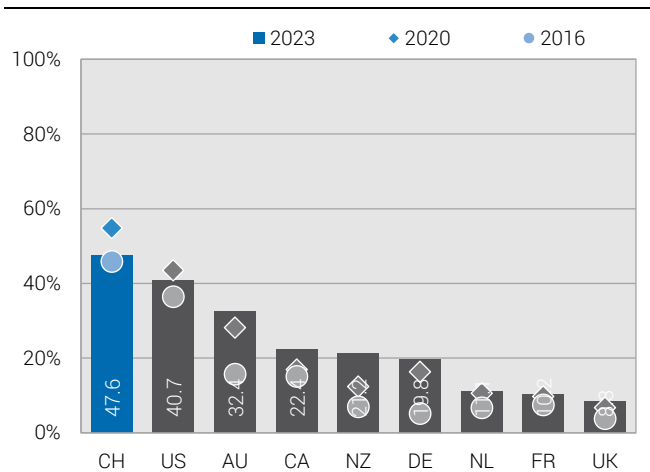
© Obsan 2023

Die Schweiz bleibt Spitzenreiter bei den selbst getragenen Gesundheitskosten. Fast jede zweite Person trägt – zusätzlich zu den Prämienzahlungen – Gesundheitskosten im Gegenwert von mindestens 1000 US-Dollar selbst.

Die Schweiz bleibt auch im Jahr 2023 das Land, in dem die selbst getragenen Gesundheitskosten (Out-of-pocket-Kosten<sup>19</sup>) in den vergangenen 12 Monaten am häufigsten den Gegenwert von 1000 US-Dollar übersteigen und jede zweite Person mit selbst getragenen Kosten dieser Grössenordnung konfrontiert ist (47,6%, vgl. Grafik G 5.3). Während in den USA vier von zehn Personen (40,7%) von selbst getragenen Gesundheitskosten in dieser Höhe betroffen sind, sind es in Australien drei von zehn Personen (32,4%). In den übrigen Ländern sind nur zwei oder weniger Personen betroffen (von 22,4% in Kanada bis 8,3% in Grossbritannien).

Im zeitlichen Verlauf ist dieser Anteil in der Schweiz im Jahr 2020 etwas höher, geht im Jahr 2023 auf ein Niveau zurück, das nur unwesentlich über dem von 2016 liegt (2020: 54,8%, 2016: 45,9%). Interessant zu ergänzen ist, dass der Anteil jener die von selbst getragene Gesundheitskosten von 2000 US-Dollar oder mehr berichten, in der Schweiz im Jahr 2023 bei 28,7% liegt. Dieser Anteil ist auch in den USA ähnlich hoch (27,8%), womit beide Länder die Anteile der weiteren Länder deutlich übertreffen (zwischen 16,1% in Australien und 4,0% in den Niederlanden, vgl. Tabelle L 5.1).

**G 5.3 Befragte, bei denen die selbst getragene Gesundheitskosten (Out-of-pocket-Kosten) in den letzten 12 Monaten den Gegenwert von 1000 US-Dollar überstiegen haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

<sup>19</sup> Selbst getragene Ausgaben für medizinische Leistungen, die nicht über eine Grund-/Zusatzversicherung oder staatliche Beiträge gedeckt sind. Hierbei handelt es sich auch 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 die Resultate zu den finanziellen Herausforderungen und Schwierigkeiten betrachtet werden, 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 (vgl. K 5.1).

### K 5.1 – Der Unterschied zwischen Verzicht und Entbehrung

In der Erhebung SILC von 2020 entbehrten 2,4% der Wohnbevölkerung der Schweiz aus Kostengründen eine notwendige Pflegeleistung bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt, während in der IHP-Befragung von 2020 ein Viertel der Befragten (26,4%) angeben, 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 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).

*18,8% der Wohnbevölkerung der Schweiz verzichten auf einen Arztbesuch, 12,7% auf ärztlich empfohlene Tests, Behandlungen oder Nachuntersuchungen und 8,5% auf ein verschriebenes Medikament respektive die verschriebene Menge.*

Der Verzicht auf allgemeine medizinische Leistungen wird in den IHP-Befragungen 2010 bis 2023 anhand von drei Fragen abgefragt: Verzicht auf einen Arztbesuch, Verzicht auf empfohlene

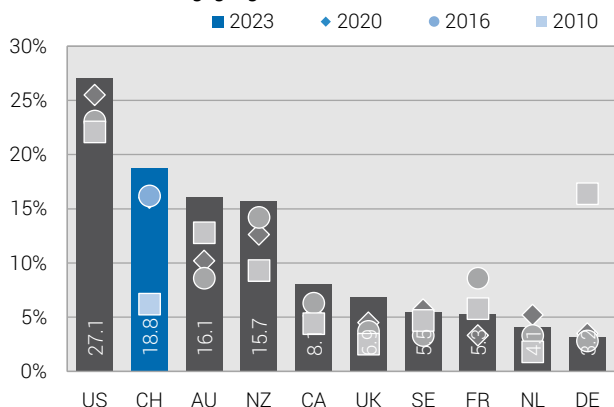
medizinische Tests, Behandlungen oder Nachuntersuchungen sowie Verzicht auf ein verschriebenes Medikament.

In der Schweiz hatten 18,8% der Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ein gesundheitliches Problem, sind aber aus Kostengründen nicht zur Ärztin bzw. zum Arzt gegangen (vgl. Grafik G 5.4). Dieser Anteil der Schweiz ist der zweithöchste nach den USA (27,1%) und vergleichbar mit den beiden nachfolgenden Ländern (Australien: 16,1% und Neuseeland: 15,7%). Aus Kostengründen haben in der Schweiz 12,7% der Befragten auf ärztlich empfohlene Tests, Behandlungen oder Nachuntersuchungen verzichtet, was im internationalen Vergleich den dritthöchsten Anteil darstellt. Weitere 8,5% haben aus Kostengründen ein verschriebenes Medikament nicht oder nicht in der verschriebenen Menge eingenommen. Dies entspricht dem vierthöchsten Anteil im internationalen Vergleich.

Für die weitere Analyse der zeitlichen Entwicklung sowie des demografischen Profils der Schweiz wird der Verzicht auf allgemeine medizinische Leistungen als Index zusammengefasst.<sup>20</sup> Der Anteil der Personen, die auf mindestens eine dieser drei Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verzichten, ist in der Schweiz seit 2010 deutlich angestiegen, wobei die Zunahme vor allem zwischen 2010 und 2016 stattgefunden hat und sich in den Jahren 2020 und 2023 nur noch geringfügig erhöht, d. h. stabilisiert hat (2010: 10,3%, 2016: 22,5%, 2020: 23,3%, 2023: 24,4%, vgl. Grafik G 5.5). Ergänzend ist anzumerken, dass der Anstieg seit 2010 beim Verzicht auf einen Arztbesuch stärker ausfällt als der Anstieg beim Verzicht auf ärztlich empfohlene Tests, Behandlungen oder Nachuntersuchungen, der wiederum stärker ausfällt als der Anstieg beim Verzicht auf ein verschriebenes Medikament (vgl. Grafik G 5.4).

**G 5.4 Befragte, die während den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf medizinische Leistungen verzichtet haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**

**Medizinisches Problem gehabt, aber aus Kostengründen zu keiner Ärztin oder keinem Arzt gegangen**

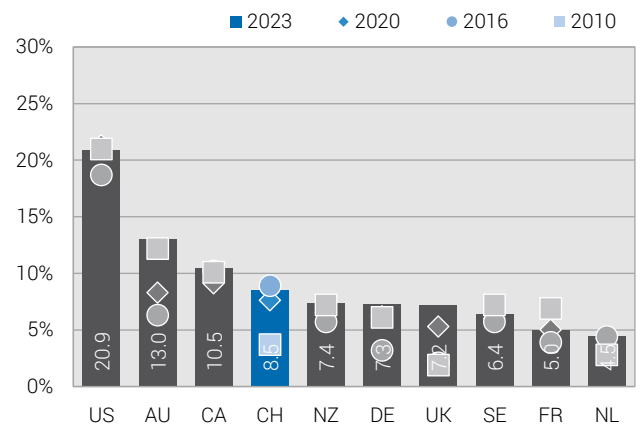


<sup>20</sup> Der Index «Accprob» setzt sich aus drei Fragen zum Verzicht auf einen Arztbesuch (Q1120A1), dem Verzicht auf eine empfohlene Behandlung (Q1120A2) und dem Verzicht auf ein Medikament (Q1120A3) zusammen.

**Medizinischen Test, eine Behandlung oder Nachuntersuchung, die von einer Ärztin oder Arzt empfohlen wurde, aus Kostengründen nicht gemacht**



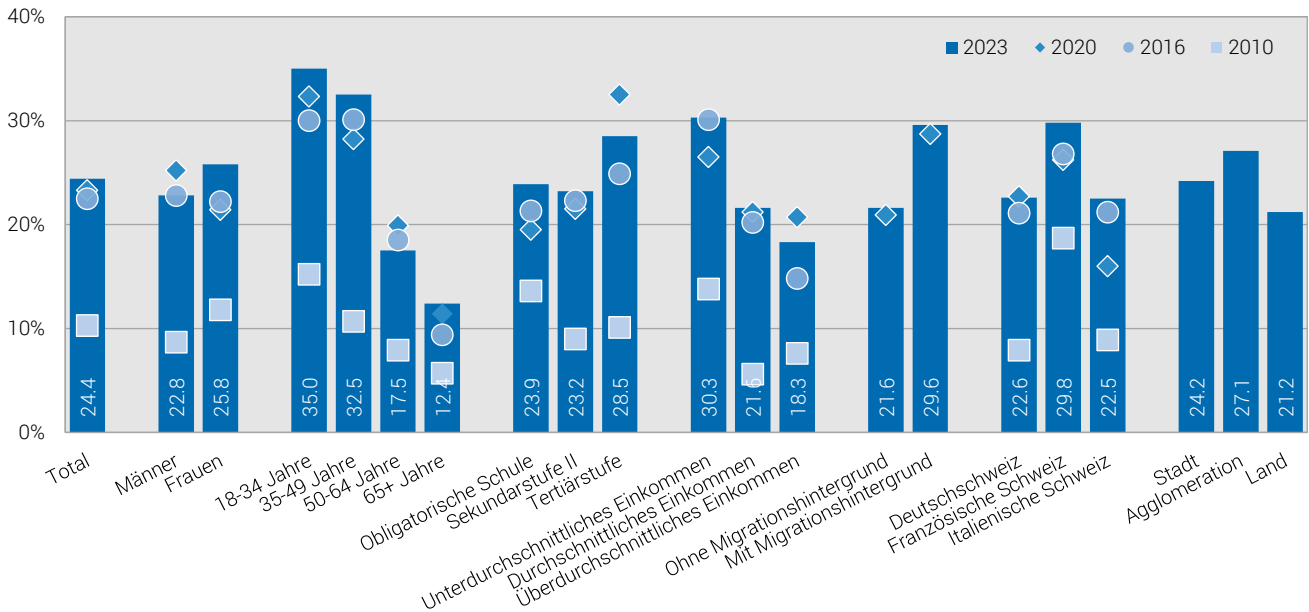
**Verschriebenes Medikament aus Kostengründen nicht abgeholt oder nicht so viel genommen wie vorgeschrieben**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

Das soziodemografische Profil des Index zeigt, dass der Verzicht auf mindestens eine der drei allgemeinen medizinischen Leistungen je nach Alter, Einkommen, Migrationshintergrund und Sprachregion variiert. Die beiden jüngeren Altersgruppen (18–34 Jahre: 35,0%, 35–49 Jahre: 32,5%) verzichten häufiger als die älteren (50–64 Jahre: 17,5%, 65+ Jahre: 12,4%). Erwartungsgemäss ist der Anteil der Verzichtenden bei Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen (30,3%) höher als bei höheren Einkommen (durchschnittliches Einkommen: 21,6%, überdurchschnittliches Einkommen: 18,3%). Personen mit Migrationshintergrund verzichten häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund (29,6% vs. 21,6%). Schliesslich ist der Anteil der Verzichtenden in der französischen Schweiz höher als in der Deutschschweiz (29,8% vs. 22,6%). Interessanterweise verzichten jene mit den zwei höchsten Franchisen (2000 Fr. und 2500 Fr., 33,7%) eher als jene mit den zwei niedrigsten Franchisen (300 Fr. und 500 Fr., 19,7%).

**G 5.5 Befragte, die während den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf mindestens eine medizinische Leistung verzichtet haben, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023

© Obsan 2023

28,8% verzichteten aus Kostengründen auf eine Zahnbehandlung oder eine zahnärztliche Untersuchung, 7,6% auf eine Behandlung im psychischen Bereich.

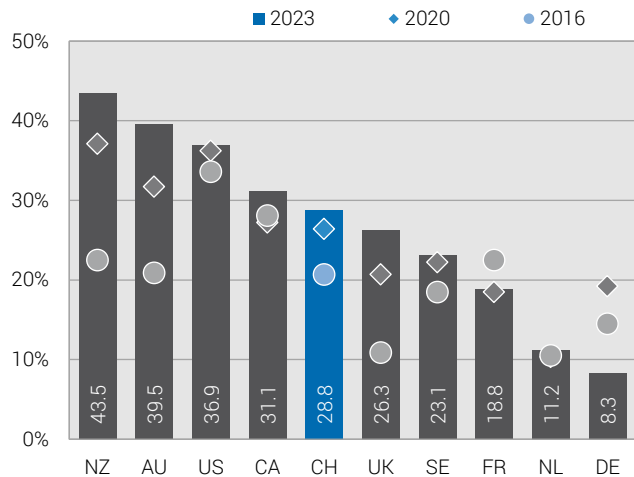
Neben dem Verzicht auf medizinische Leistungen wurde auch der Verzicht auf zwei weitere Leistungen abgefragt (vgl. Grafik G 5.6) der Verzicht auf eine Zahnbehandlung oder -untersuchung und der Verzicht auf eine Behandlung im psychischen Bereich jeweils aus Kostengründen. In der Schweiz haben in den letzten 12 Monaten vor der Befragung fast drei von zehn Personen (28,8%) aus Kostengründen auf eine Zahnbehandlung oder eine zahnärztliche Untersuchung verzichtet, was im internationalen Vergleich einer mittleren Position entspricht (maximal 43,5% in Neuseeland, minimal 8,3% in Deutschland). Dieser Anteil ist seit 2016 um +8,1 Prozentpunkte angestiegen (2016: 20,7%), wobei dieser Anstieg vor allem zwischen 2016 und 2020 stattgefunden hat (2020: 26,4%). Der leichte Anstieg bis 2023 ist nicht signifikant. In Neuseeland, Australien und Grossbritannien ist der Anteil seit 2010 noch stärker angestiegen. Der Verzicht von zahnärztlichen Leistungen unterscheidet sich ebenfalls nach Alter, Einkommen, Migrationshintergrund und Sprachregion (vgl. Tabelle C 5.4). Die jüngsten drei Altersklasse (18–34 Jahre: 36,1%, 35–49 Jahre: 35,3%, 50–64 Jahre: 27,1%) verzichteten eher als die älteste Altersklasse (65+ Jahre: 16,0%). Wie zu erwarten verzichteten jene mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen (36,5%) eher als jene mit einem höheren Einkommen (durchschnittliches Einkommen: 25,6%, überdurchschnittliches Einkommen: 19,8%). Auch Personen mit Migrationshintergrund verzichteten eher als jene ohne Migrationshintergrund (39,7% vs. 22,7%). Zuletzt sind Personen in der

französischen Schweiz (38,4%) häufiger von einem kostenbedingten Verzicht auf zahnmedizinische Leistungen betroffen als Personen in der italienischen Schweiz (28,2%) oder Deutschschweiz (25,4%).

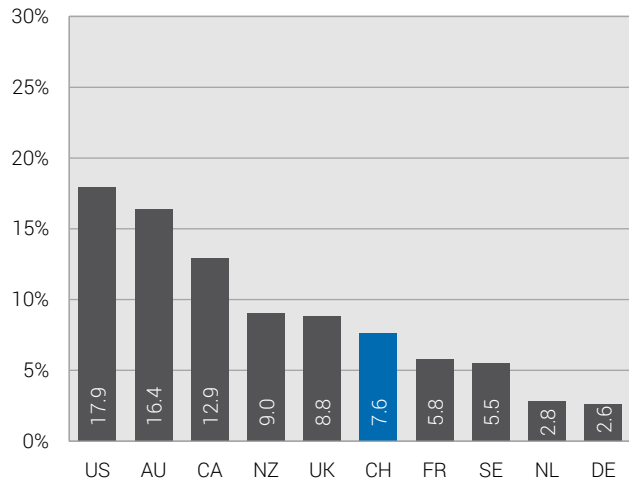
Darüber hinaus wurde in der IHP-Erhebung von 2023 auch nach dem Verzicht auf eine Behandlung im psychischen Bereich aus Kostengründen gefragt. Aus Kostengründen haben 7,6% auf eine solche Behandlung verzichtet, obwohl sie diese benötigen, was im internationalen Vergleich ebenfalls im Mittelfeld liegt (maximal 17,9% in den USA, minimal 2,6% in Deutschland). Eine Analyse der soziodemografischen Effekte für die Anteile des Verzichts auf Behandlungen im psychischen Bereich ist aufgrund der geringeren Anteile und Fallzahlen heikel (vgl. Tabelle C 5.5).

**G 5.6 Befragte, die während den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf eine Zahnbehandlung oder Untersuchung oder eine Behandlung im psychischen Bereich verzichtet haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023**

**Zahnbehandlung oder zahnärztliche Untersuchung aus Kostengründen nicht gemacht**



**Behandlung im psychischen Bereich aus Kostengründen nicht in Anspruch genommen, obwohl diese benötigt wurde**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

*Jede zehnte Person in der Schweiz hatte ernste Probleme, eine medizinische Rechnung zu bezahlen – der dritthöchste Anteil im internationalen Vergleich.*

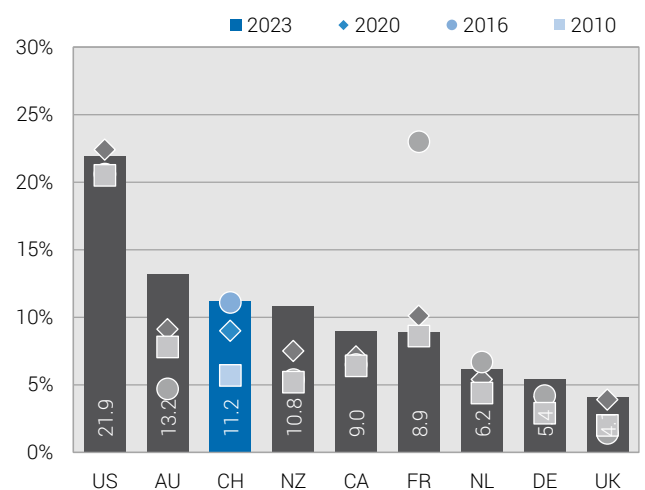
Bei einigen Personen können die potenziellen Gesundheitskosten dazu führen, dass sie auf eine Behandlung verzichten, bei anderen sind es die tatsächlichen Rechnungen, die ein Problem darstellen. In der Schweiz gibt jede zehnte befragte Person (11,2%) an, dass sie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ernste Probleme hatte, eine medizinische Rechnung zu bezahlen oder dass sie eine Rechnung gar nicht bezahlen konnte (vgl. Grafik G 5.7). Im internationalen Vergleich ist dies der dritthöchste Anteil. Allerdings ist

der Anteil in den USA, dem Land mit dem höchsten Anteil, deutlich höher. Hier sind zwei von zehn Personen betroffen (21,9%). Im Zeitverlauf ist der Anteil in der Schweiz vor allem zwischen 2010 und 2016 angestiegen und danach weitgehend stabil geblieben (2010: 5,7%, 2016: 11,1%).

Im soziodemografischen Profil der Personen, die ernsthafte Probleme hatten, eine medizinische Rechnung zu bezahlen oder die Rechnung überhaupt nicht bezahlen konnten, zeigen sich insbesondere Effekte des Alters, der Bildung, des Einkommens und des Migrationshintergrunds (vgl. Tabelle C 5.6). Personen der beiden jüngeren Altersgruppen (18–34 Jahre: 15,3%, 35–49 Jahre: 13,0%) haben häufiger Probleme, ihre Rechnung zu bezahlen als die Ältesten (65+ Jahre: 6,4%). Erwartungsgemäss ist der Anteil der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (obligatorische Schule: 18,9%) höher als der Anteil der Personen mit tertiärer Ausbildung (Tertiärstufe: 7,0%). Entsprechend sind auch Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen (17,7%) stärker betroffen als Personen mit höherem Einkommen (durchschnittliches Einkommen: 7,7%, überdurchschnittliches Einkommen: 4,0%). Auch Personen mit Migrationshintergrund sind stärker betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund (16,2% vs. 8,6%).

Weitere Herausforderungen sind mit medizinischen Rechnungen verbunden. So geben 11,6% der Befragten an, viel Zeit mit Papierkram oder Streitigkeiten im Zusammenhang mit Arztrechnungen zu verbringen (dritthöchster Anteil im internationalen Vergleich), während bei 17,1% die Versicherung die Zahlung verweigert oder nicht so viel wie erwartet gezahlt hat (fünfhöchster Anteil, vgl. Tabellen C 5.7 und C 5.8).

**G 5.7 Befragte, die während den letzten 12 Monaten ernste Probleme gehabt haben, medizinische Rechnungen zu zahlen, oder die diese nicht zahlen konnten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023**



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2010, 2016, 2020 und 2023 © Obsan 2023

# 6 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

## 6.1 Tabellenverzeichnis

T 1.1	Stichproben und Rücklaufquoten (in %), internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	9
T 1.2	Stichprobe nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, Sprachregion, Urbanität und kantonaler Aufstockung, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2023	9

## 6.2 Abbildungsverzeichnis

G 2.1	Befragte, die ihre Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreiben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	12
G 2.2	Befragte, die ihre Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreiben, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023	13
G 2.3	Befragte, die an mindestens einer chronischen Erkrankung leiden, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	13
G 2.4	Befragte, die an mindestens einer spezifischen chronischen Erkrankung leiden, internationaler Vergleich, 2023	14
G 2.5	Befragte, die sich während den letzten 12 Monaten «immer», «meistens» oder «manchmal» Sorgen machten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023	15
G 2.6	Befragte, die sich während den letzten 12 Monaten «immer», «meistens» oder «manchmal» mindestens eine Sorge machten, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2020 und 2023	16
G 2.7	Befragte, die in den letzten 12 Monaten eine Beratung oder eine Behandlung wegen ihrer psychischen Gesundheit erhalten haben, internationaler Vergleich, 2023	17
G 2.8	Befragte, die rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, internationaler Vergleich, 2023	18
G 2.9	Befragte, die zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	19
G 2.10	Befragte, die in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied mit einer schweren oder chronischen Krankheit oder Behinderung während	

	einer kürzeren oder längeren Zeit geholfen haben, internationaler Vergleich, 2023	19
G 2.11	Befragte, die in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied mit einer schweren oder chronischen Krankheit oder Behinderung während einer kürzeren oder längeren Zeit geholfen haben, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2023	20
G 2.12	Befragte, die in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied geholfen haben, nach Altersklassen der Befragten und des Familienmitgliedes, Schweiz, 2023	20
G 2.13	Befragte, die in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied geholfen haben, nach Altersklassen der Befragten und Art der informellen Hilfe oder Pflege, Schweiz, 2023	21
G 3.1	Befragte, die über eine Hausarztpraxis verfügen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	22
G 3.2	Befragte, die über eine Hausarztpraxis verfügen und diese seit 5 Jahren oder mehr aufsuchen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	23
G 3.3	Befragte, die auf die Fragen zur Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis mit «immer» oder «häufig» geantwortet haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	23
G 3.4	Befragte, die auf die Fragen zur Qualität des Behandlungsablaufs in der Hausarztpraxis mit «immer» oder «häufig» geantwortet haben, nach Alter, Schweiz, 2023	25
G 3.5	Befragte, die die medizinische Betreuung in der Hausarztpraxis als «ausgezeichnet» oder «sehr gut» beschreiben, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2023	25
G 3.6	Befragte, die in den letzten zwei Jahren eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten konsultiert haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	26
G 3.7	Befragte, die in den letzten zwei Jahren eine planbare Operation benötigt oder mindestens eine Nacht im Spital verbracht haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	27
G 3.8	Befragte, die in den letzten zwei Jahren vor der Befragung die Notaufnahme in Anspruch	

	genommen haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	27	G 4.10 Befragte, die in den letzten zwei Jahren ein falsches Medikament oder Dosierung erhalten haben sowie die gedacht haben, dass ein medizinischer Fehler gemacht wurde, Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023	37
G 3.9	Befragte, die «voll und ganz» oder «teilweise» während des Spitalaufenthaltes in die Entscheidungen über die Pflege und Behandlung einbezogen worden sind, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023	28	G 5.1 Krankenversicherungsmodelle, zeitlicher Vergleich, Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023	39
G 3.10	Befragte, die während des Spitalaufenthaltes von den Pflegefachpersonen «immer» oder «häufig» freundlich und respektvoll behandelt worden sind, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023	28	G 5.2 Befragte, die eine Prämienverbilligung für die obligatorische Krankenversicherung beziehen, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2023	39
G 3.11	Befragte, die während des Spitalaufenthaltes Informationen zu Symptomen oder Rücksprachen zu Medikamenten erhalten haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	29	G 5.3 Befragte, bei denen die selbst getragene Gesundheitskosten (Out-of-pocket-Kosten) in den letzten 12 Monaten den Gegenwert von 1000 US-Dollar überstiegen haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023	40
G 4.1	Befragte, die die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz als «hervorragend» oder «sehr gut» empfinden, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2016, 2020 und 2023	30	G 5.4 Befragte, die während den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf medizinische Leistungen verzichtet haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	41
G 4.2	Befragte, die bei einem medizinischen Anliegen «immer» oder «oft» am selben Tag eine Antwort der Hausarztpraxis erhalten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	31	G 5.5 Befragte, die während den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf mindestens eine medizinische Leistung verzichtet haben, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023	42
G 4.3	Befragte, die es als «sehr schwierig» oder «ziemlich schwierig» erachten, ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten medizinische Versorgung zu erhalten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	31	G 5.6 Befragte, die während den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf eine Zahnbehandlung oder Untersuchung oder eine Behandlung im psychischen Bereich verzichtet haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2016, 2020 und 2023	43
G 4.4	Befragte mit Wartezeiten von weniger als einem Monat auf einen Termin bei Spezialistin bzw. Spezialist sowie elektiven Operationen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	32	G 5.7 Befragte, die während den letzten 12 Monaten ernste Probleme gehabt haben, medizinische Rechnungen zu zahlen, oder die diese nicht zahlen konnten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	43
G 4.5	Befragte, die in den letzten zwei Jahren eHealth in der Kommunikation mit der Hausarztpraxis genutzt haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2020, 2023	33		
G 4.6	Befragte, die ein Koordinationsproblem zwischen Hausarztpraxis und den Spezialistinnen bzw. den Spezialisten festgestellt haben, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2010, 2016, 2020 und 2023	34		
G 4.7	Befragte, die ungerecht behandelt wurden oder das Gefühl hatten, dass ihre Gesundheitssorgen nicht ernst genommen werden, internationaler Vergleich, 2023	35		
G 4.8	Gründe dafür, dass sich Befragte ungerecht behandelt fühlten oder das Gefühl hatten, dass die Gesundheitssorgen nicht ernst genommen wurden, Schweiz, 2023	36		
G 4.9	Befragte, die in den letzten zwei Jahren je Ineffizienzen in der Betreuung eines medizinischen Problems erlebt haben, Schweiz, 2010, 2016, 2020 und 2023	36		

# 7 Literaturverzeichnis

- BAG (2022). Krankenversicherung: Starker Kostenanstieg führt zu höheren Prämien im Jahr 2023. Medienmitteilung vom 27.09.2022. Bern: BAG.
- BAG (2023a). Stark steigende Kosten führen zu deutlich höheren Prämien im Jahr 2024. Medienmitteilung vom 26.09.2023. Bern: BAG.
- BAG (2023b). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Bern: BAG.
- Beer L, Cohidon C and Senn N (2022) General Practitioner Time Availability Per Inhabitant Per Year: A New Indicator to Measure Access to Primary Care. *Front. Health Serv.* 2:832116. doi: 10.3389/frhs.2022.832116
- BFS (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht – Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2023a). Räumliche Typologien – Stadt/Land-Typologie 2012. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2023b). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022 – Übersicht. Neuchâtel: BFS.
- 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. eHealth Suisse (2018). Strategie eHealth Schweiz 2.0. Bern: eHealth Suisse
- FMH (2019). Digital Trends Survey 2019. Bern: FMH.
- FMH (2022). Digital Trends Survey 2022. Bern: FMH.
- 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.
- 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.
- Pahud, O. (2023). eHealth in der ambulanten Grundversorgung. Situation vor und nach Ausbruch der Corona-Pandemie (Obsan Bulletin 02/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (2021). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 07/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (2020a). 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.
- Pahud, O. (2020b). eHealth in der ambulanten Grundversorgung. (Obsan Bulletin 3/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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. & Dorn, M. (2023). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 01/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? (Obsan Bericht 03/2023). 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.
- 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.
- SSRS (2023). International Health Policy Survey 2023 – Methodology report. Glenn Mills: SSRS.
- 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.
- 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 2023

Fragennummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q1105	Wie würden Sie Ihre Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?
Q1811	Hat Ihnen ein Arzt / eine Ärztin 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?
ANYCHRONIC2	Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung (exkl. Arthritis und Schlaganfall)
CHRNCT2	Anzahl chronische Erkrankungen (exkl. Arthritis und Schlaganfall)
Q1817	Hat im Verlauf des letzten Jahres die behandelnde Fachperson bei der Behandlung wegen einer chronischen Erkrankung...
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?
Q1820	Sind Sie der Meinung, dass Sie so viel Unterstützung wie nötig von Gesundheitsfachpersonen bekommen haben, damit Sie mit Ihren Gesundheitsproblemen besser umgehen können?
Q1850	Konsumieren Sie Tabakwaren wie z. B. Zigaretten, oder elektronische Vaping-Produkte (inkl. E-Zigaretten)?
Q1896	Hat in den letzten 12 Monaten ein Arzt/Ärztin oder anderes Gesundheitspersonal mit Ihnen über...
Q1896A1	...gesunde Ernährungsweise und gesundes Essen geredet?
Q1896A2	...Bewegung oder körperliche Betätigung geredet?
Q1896A4	...Alkoholkonsum gesprochen?
Q1896A5	...Dinge in Ihrem Leben, die Sie beunruhigen oder Stress verursachen, gesprochen?
Q1856	Hat in den letzten 12 Monaten ein/e Arzt/Ärztin oder anderes Gesundheitspersonal mit Ihnen über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens und Wege, um damit aufzuhören, gesprochen?
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.
Q1910	Gab es in den letzten 12 Monaten ein Moment, an dem Sie eine Behandlung wegen Ihrer psychischen Gesundheit benötigten, diese aber nicht erhielten?

Fragennummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q1915	Haben Sie in den letzten 12 Monaten irgendeine Beratung oder eine Behandlung wegen Ihrer psychischen Gesundheit erhalten?
Q1920	Von wem erhielten Sie diese Beratung oder Behandlung für Ihre psychische Gesundheit?
RXUSE	Wie viele unterschiedliche rezeptpflichtige Medikamente nehmen Sie immer oder regelmässig?
Q1611A1	Hat in den vergangenen 12 Monaten eine medizinische Fachperson mit Ihnen alle Medikamente überprüft, die Sie nehmen?
Q1990	Gewisse Personen helfen während kürzerer oder längerer Zeit einem Familienmitglied, das eine schwere oder chronische Krankheit oder Behinderung hat. Dies kann Hilfe bei Dingen beinhalten, die es nicht selbst erledigen kann. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied auf diese Weise geholfen? Dabei kann es sich um bezahlte oder unbezahlte Hilfe handeln.
Q1991	Wie alt ist das Familienmitglied, für das Sie diese Hilfe geleistet haben?
Q1992	Sie haben angegeben, dass Sie informelle Hilfe und Pflege für ein Familienmitglied leisten, welches jünger als 18 Jahre ist / ein Familienmitglied leisten, welches 18-64 Jahre alt ist / ein Familienmitglied leisten, welches 65 Jahre oder älter ist. Für dieses Familienmitglied,...
Q1992A	...helfen Sie da bei der persönlichen Pflege, z. B. beim Anziehen, Toilettengang, Baden oder Essen?
Q1992B	...helfen Sie da im Haushalt, z. B. bei der Zubereitung von Mahlzeiten, beim Einkaufen, bei der Hausarbeit oder beim Umgang mit Medikamenten?
Q1992C	...kümmern Sie sich da um die Finanzen und alltäglichen administrativen Angelegenheiten wie z. B. Rechnungen zahlen oder Versicherungs-Rückerstattungs-Formulare ausfüllen?
Q1992D	...koordinieren Sie da die Pflege, wie z. B. rezeptpflichtige Medikamente abholen, die Suche nach einem Arzt/Ärztin oder verschiedenen Gesundheitsdienstleistern oder Sozial-Dienstleistungen?
Q1993	Wie häufig haben Sie im Durchschnitt in den vergangenen 12 Monaten dieses Familienmitglied unterstützt, welches jünger als 18 Jahre ist / dieses Familienmitglied unterstützt, das 18-64 Jahre alt ist / dieses Familienmitglied unterstützt, das 65 Jahre oder älter ist / dieses Familienmitglied unterstützt?
Q1994	Erhalten Sie als betreuende/r Angehörige/r dafür finanzielle Unterstützung?
Q1995	Wie belastend ist es, wenn überhaupt, diese informelle Hilfe oder Pflege für dieses Familienmitglied zu erbringen?
Q1130	Gibt es einen Arzt oder Ärztin, den/die Sie normalerweise für Ihre medizinische Versorgung aufsuchen?
Q1132	Gibt es eine Gruppe von Ärzten, ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik, wo Sie normalerweise aufsuchen, wenn Sie medizinische Versorgung benötigen?
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 / zu diesem Arzt, dieser Ärztin für Ihre medizinische Betreuung?
Q1166	Wenn Sie Betreuung oder eine Behandlung brauchen, wie häufig kommt es vor, dass der Arzt/die Ärztin 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 Sachen auf einfach verständliche Weise erklärt?
Q1166a	Wie häufig werden Sie von Ihrem Hausarzt/Hausärztin oder Ihrem medizinischen Dienstleister mit Höflichkeit und Respekt behandelt?
Q1190	Insgesamt, wie bewerten Sie die medizinische Betreuung, die Sie in der Praxis oder Klinik vom Arzt / der Ärztin, wo Sie normalerweise hingehen, in den letzten 12 Monaten bekommen haben?
Q1210	Sind Sie in den vergangenen 2 Jahren bei einem Spezialisten 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 in einem Spital verbracht?
Q1350yesno	Wie häufig haben Sie in den vergangenen 2 Jahren die Notaufnahme von einem Spital für Ihre eigene medizinische Behandlung in Anspruch genommen?
Q1360	Das letzte Mal, als Sie 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, z. B. in der Praxis Ihres Hausarztes/-ärztin, wenn diese/r verfügbar gewesen wäre?
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?
Q1324	Wie häufig sind Sie während diesem Spitalaufenthalt von den Pflegefachpersonen freundlich und respektvoll behandelt worden?

Fragennummer/ Index	Wortlaut der Frage
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?
Q1335	Als Sie das Spital verlassen haben, hat das Spital Anordnungen getroffen oder sichergestellt, dass Sie eine Folgebehandlung mit einem Arzt/Ärztin oder einem anderen Gesundheitsspezialisten erhalten?
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?
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/Ärztin gebraucht haben, wie schnell haben Sie einen Termin beim Arzt erhalten?
Q1150	Wenn Sie den Arzt oder die 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?
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?
SPECWAIT	Nachdem Ihnen geraten wurde oder Sie entschieden haben, einen Spezialisten aufzusuchen, wie viele Tage, Wochen oder Monate mussten Sie auf 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?
Q1160a	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten jemals über Telemedizin behandelt?
Q1160aA1	...einer Hausärztin / einem Hausarzt / Allgemeinmediziner/in (Grundversorger/in)
Q1160aA3	...einer Fachperson im Bereich der psychischen Gesundheit
Q1161	Wie (un)zufrieden sind Sie insgesamt mit den Telemedizin-Konsultationen mit der Hausärztin / dem Hausarzt / mit der Fachperson im Bereich der psychischen Gesundheit?
Q1161A1	...einer Hausärztin / einem Hausarzt / Allgemeinmediziner/in (Grundversorger/in)
Q1161A3	...einer Fachperson im Bereich der psychischen Gesundheit
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 oder gemailt bezüglich einer medizinischen Frage oder Anliegen?
Q1160A2	...Ihre Gesundheitsinformationen – wie Zusammenfassungen der Arztbesuche, Resultate von Tests oder Laboranalysen – online angeschaut?
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/Ärztin/Ort, wo Sie normalerweise hingehen für eine medizinische Behandlung.
Q1226A2	...Nachdem Sie den Spezialisten konsultiert haben, ist der Arzt/Ärztin, wo Sie normalerweise hingehen, anscheinend nicht informiert und auf dem neusten Stand über Ihre Behandlung beim Spezialisten gewesen
Q1170	Wie häufig hilft Ihr Hausarzt/Hausärztin oder jemand aus seiner/ihrer Praxis bei der Koordination oder Vermittlung von Behandlungen, die Sie bei anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten?
Q1997	Zurück zu Ihnen selber. Als Sie eine medizinische Behandlung erhielten, ...
Q1997A1	...wurden Sie da jemals ungerecht behandelt?
Q1997A2	...hatten Sie da jemals das Gefühl, dass Ihre Gesundheits Sorgen nicht ernst genommen wurden?
Q1998	Wurden Sie jemals ungerecht behandelt oder hatten das Gefühl, dass Ihre Gesundheits Sorgen nicht ernst genommen wurden wegen...
Q1998A1	...Ihrer ethnischen Zugehörigkeit?
Q1998A2	...Ihrem Alter?
Q1998A3	...Ihrer Geschlechtszugehörigkeit?
Q1998A4	...Ihrer sexuellen Orientierung?
Q1998A5	...einer Behinderung, Beeinträchtigung, chronischen Krankheit oder einem langanhaltenden gesundheitlichen Problem?
Q1998A6	...Ihrer Religion oder Ihrem Glauben?
Q1998A7	...Ihrem Herkunftsland?

Frage nummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q1999	Kam es, nachdem Sie wegen ... ungerecht behandelt wurden / das Gefühl hatten, dass Ihre Gesundheitsorgen nicht ernst genommen wurden / ungerecht behandelt wurden oder das Gefühl hatten, dass Ihre Gesundheitsorgen nicht ernst genommen wurden dazu, dass Sie die Pflege oder Behandlung, welche Sie benötigten, nicht erhalten haben?
Q1999A1	...Ihrer ethnischen Zugehörigkeit?
Q1999A2	...Ihrem Alter?
Q1999A3	...Ihrer Geschlechtszugehörigkeit?
Q1999A4	...Ihrer sexuellen Orientierung?
Q1999A5	...einer Behinderung, Beeinträchtigung, chronischen Krankheit oder einem langanhaltenden gesundheitlichen Problem?
Q1999A6	...Ihrer Religion oder Ihrem Glauben?
Q1999A7	...Ihrem Herkunftsland?
Q1126	Denken Sie jetzt an die letzten 2 Jahre. Wenn Sie Betreuung für ein medizinisches Problem bekommen haben, ist es da JE passiert, dass...
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/Ärztin, 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?
Q1715	Wo ist dieser medizinische Fehler passiert?
Q1716	Hat Ihnen der Arzt / die Ärztin 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?
Q1435	Wie hoch ist die Jahresfranchise, also der Betrag, wo Sie auf jeden Fall selber bezahlen müssen, für Sie persönlich?
QSWI5	Haben Sie oder jemand anderes in Ihrem Haushalt letztes Jahr kantonale Prämienverbilligungen für die Krankenversicherung bekommen?
QSWI6	Erhalten Sie AHV-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?
Q1120	Während der letzten 12 Monate, haben Sie...
Q1120A1	...ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keinem Arzt/Ärztin gegangen?
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 gemacht?
Q1120A5	...eine Behandlung im psychischen Bereich aus Kostengründen nicht in Anspruch genommen, obwohl Sie diese brauchten?
ACCPROB	Verzicht auf mindestens eine medizinische Leistung aufgrund der Kosten (exkl. psychischen Bereich + Zahn)
ACCPROB2	Verzicht auf mindestens eine medizinische Leistung aufgrund der Kosten (inkl. psychischen Bereich + Zahn)
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?

## 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
- The Swiss Federal Office of Public Health (BAG)
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
- La Haute Autorité de Santé; The Directorate for Research, Evaluation, Studies, and Statistics of the French Ministry of Health; Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
- The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport; Radboud University Medical Center
- The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (Vårdanalys)
- The Health Foundation



# Erratum

Im Obsan Bericht 10/2023:

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

BFS-Nummer 873-2310 / ISBN 978-2-940670-39-0

Kapitel 5.2: Bei den Erläuterungen zum Verzicht von medizinischen Leistungen aufgrund der Kosten im Zusammenhang mit Franchisen waren die Zahlen in den Klammern vertauscht. Die Zahlen wurden entsprechend korrigiert.

Ausserdem wurde in Kapitel 4.5 zu Inklusion und Diversität ein Ergebnis zu einem Geschlechterunterschied ergänzt.



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.