



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Verzicht auf Gesundheitsleistungen in der Schweiz

Prävalenz, Einflussfaktoren und Folgen

Kurzfassung

Carlos de Mestral
Dusan Petrovic
Kailing Marcus
Richard Dubos
Idris Guessous
Silvia Stringhini

HUG Universitätskliniken Genf, Abteilung für medizinische Grundversorgung,
Bereich Bevölkerungsepidemiologie

Impressum

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Projektleitung im BAG

Dr. Nicole Fasel und Serge Houmard, Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit

Autoren der Studie

Dr. Carlos de Mestral, Dr. Dusan Petrovic, Kailing Marcus, Richard Dubos, Prof. Idris Guessous und Prof. Silvia Stringhini
HUG Universitätskliniken Genf, Abteilung für medizinische Grundversorgung, Bereich Bevölkerungsepidemiologie

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren und das BAG-Projektleitungsteam danken dem Bundesamt für Statistik (BFS) und den beteiligten BAG-Mitarbeitenden für ihre Kommentare und Anregungen bei der Erstellung des Berichts. Sie sind zudem den Studienleitenden der Kohorten Bus Santé, Colaus und SKIPOGH für den im Rahmen dieses Berichts gewährten Datenzugriff äusserst dankbar. Ihr Dank gilt auch den Mitarbeitenden von SILC und IHP, die ebenfalls einen Beitrag geleistet haben. Schliesslich sei auch den Teilnehmenden aller Erhebungen und Kohorten gedankt, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Zitierung

de Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I., & Stringhini, S. (2022). Verzicht auf Gesundheitsleistungen in der Schweiz: Prävalenz, Einflussfaktoren und Folgen. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern: BAG
Für den Inhalt dieses vom BAG in Auftrag gegebenen Berichts sind die Autoren verantwortlich.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Bern,
Tel. +41 58 464 20 74
healthequity@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch

Professor Silvia Stringhini, Unité d'Epidémiologie Populationnelle, Service de Médecine de Premier Recours, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4 CH – 1211 Genève 14
silvia.stringhini@hcuge.ch | Tel. +41 (0)22 305 58 61 | Fax +41(0)22 372 30 15

Originaltext

Abschlussbericht in englischer Sprache. Die Kurzfassung liegt in deutscher, französischer und italienischer Übersetzung vor.
Übersetzungen: Sprachdienste BAG

Layout

Vorlagenbauer, www.vorlagenbauer.ch

Download PDF

www.miges.admin.ch > Chancengerechtigkeit messen © BAG 2022

Einleitung

Die Möglichkeit, wenn nötig Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, ist entscheidend für die Verbesserung und Erhaltung von Gesundheit und Lebensqualität. In der Schweiz hat das Krankenversicherungsgesetz das Ziel, eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle Einwohnerinnen und Einwohner zu gewährleisten. Eine kürzlich durchgeführte systematische Analyse einer allgemeinen Gesundheitsversorgung hat ergeben, dass die Schweiz bezüglich Zugang zur Diagnose und Behandlung von nicht übertragbaren Krankheiten, insbesondere Leukämie, Brust-, Gebärmutter-, Dickdarm- und Mastdarmkrebs, weltweit zu den Spitzenreitern gehört [1]. Das Gesundheitssystem ist jedoch so aufgebaut, dass die Versicherten ihre Krankenkassenprämien und – bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – die Franchise und den Selbstbehalt aus eigener Tasche bezahlen müssen. Dieses System kann je nach sozioökonomischen Verhältnissen der Einzelnen zu Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen führen, auch wenn es für anspruchsberechtigte Personen individuelle Prämienverbilligungen gibt [2–7]. Da zahnärztliche Leistungen in den meisten Fällen nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden, kann es aufgrund der hohen Kosten auch in diesem Bereich zu Ungleichheiten beim Zugang kommen [4,7,8].

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat sich zum Ziel gesetzt, in der Schweiz die Chancengerechtigkeit im Gesundheitswesen zu verbessern, indem Gerechtigkeitsfragen in den Bereichen Zugang zum Gesundheitssystem und Versorgungsqualität beleuchtet werden. Bislang haben nur wenige Studien diese Fragen in der Schweizer Bevölkerung untersucht, und dies meist unter Verwendung regionaler Daten. Im Rahmen einer solchen Studie gaben in einer repräsentativen Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung des Kantons Genf für die Jahre 2007–2010 13,1 % der Teilnehmenden an, aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichtet zu haben, wobei der Prozentsatz zwischen 3,7 % bei Personen mit einem Monatseinkommen ab 13 000 Franken und 30,9 % bei Personen mit einem Monatseinkommen unter 3000 Franken schwankte [3]. In keinem der bisherigen Berichte wurden die Trends beim Verzicht auf ärztliche oder zahnärztliche Leistungen in der gesamten Schweizer Bevölkerung anhand mehrerer Quellen mit Schwerpunkt auf demografischen, sozioökonomischen und gesundheitsbedingten Einflussfaktoren untersucht.

Um diese Lücke zu schliessen, beauftragte das BAG die Universitätskliniken Genf (HUG), anhand von Daten aus mehreren regionalen und nationalen bevölkerungsbasierten Erhebungen die Entwicklungen des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen in der Schweizer Bevölkerung zu untersuchen. Die Methoden zur Messung dieses Verzichts waren je nach Erhebung sehr unterschiedlich, auch wenn in den meisten Erhebungen geprüft wurde, ob die Teilnehmenden in den letzten zwölf Monaten aus Kostengründen auf irgendeine Art von Gesundheitsleistung verzichtet hatten.

Die Trends wurden insgesamt sowie nach verschiedenen demografischen, sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen Indikatoren untersucht. In Querschnitts- und Längsschnittanalysen wurden auch Zusammenhänge zwischen demografischen, sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen Indikatoren und dem künftigen Verzicht auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen berechnet. Zudem wurden die Gründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen anhand demografischer, sozioökonomischer und gesundheitsbezogener Indikatoren erforscht. Schliesslich wurden die Auswirkungen des Verzichts auf Gesundheitsleistungen bei Studienbeginn auf die künftige Gesundheit (mittels objektiver und subjektiver Gesundheitsindikatoren) untersucht.

Wichtigste Erkenntnisse

Die Prävalenz des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen variierte je nach Erhebung.

In den verschiedenen Erhebungen gab es methodische Unterschiede bei der Messung des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen. Daher war es nicht möglich, eine nationale Prävalenz zu ermitteln. Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen schwankte die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen in den nationalen Erhebungen beträchtlich und reichte 2016 von 2,1 % in der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (Statistics on Income and Living Condition, SILC) bis zu 20,2 % im International Health Policy Survey (IHP).¹ Bei den regionalen Erhebungen bewegte sich diese Prävalenz im Jahr 2015 zwischen 11,2 % im Swiss Kidney Project on Genes and Hypertension (SKIPOGH) und 14,3 % in der Studie Bus Santé.

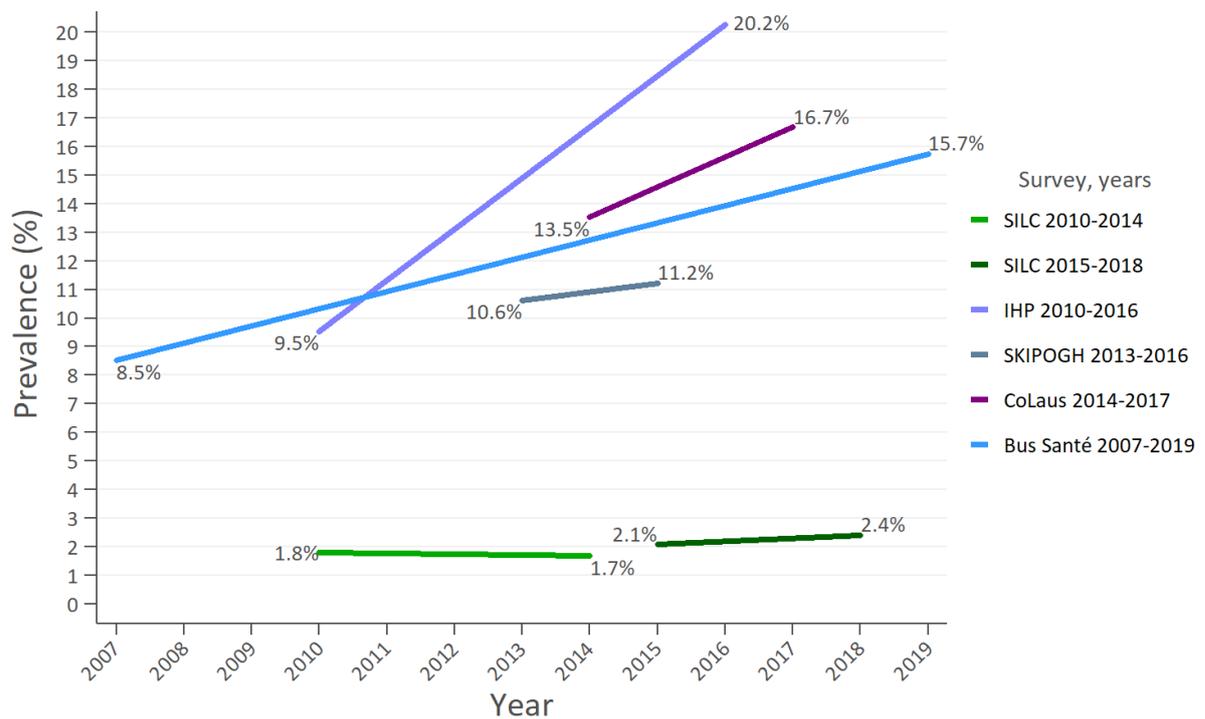
Insgesamt zeigten nur zwei Datensätze einen statistisch signifikanten Anstieg der Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen im Laufe der Zeit. Gemäss der Studie Bus Santé stieg diese Prävalenz über einen Zeitraum von 13 Jahren von 8,5 % im Jahr 2007 auf 15,7 % im Jahr 2019. Laut IHP nahm die Prävalenz über einen Zeitraum von sieben Jahren drastisch zu, von 9,5 % im Jahr 2010 auf 20,2 % im Jahr 2016.

Auch bei der Prävalenz des Verzichts auf zahnärztliche Leistungen gab es grosse Unterschiede zwischen den Erhebungen. 2013 betrug die Prävalenz dieses Verzichts 2,5 % im Schweizer Haushaltspanel (SHP), 5,5 % in der Erhebung SILC und 9,7 % im IHP. Gemäss der Studie Bus Santé, der einzigen regionalen Erhebung mit verfügbaren Daten zum Verzicht auf zahnärztliche Leistungen, lag die Prävalenz im selben Jahr bei 6,2 %. Insgesamt blieb diese Prävalenz in allen Kohorten im Laufe der Zeit relativ stabil, ausser im IHP, wo sie von 9,7 % im Jahr 2013 auf 21,9 % im Jahr 2016 anstieg.

Wichtig ist, dass zwar die Schwankungen in der Prävalenz zwischen den Studien aufgezeigt werden, es aber aufgrund ihrer unterschiedlichen Methoden zur Messung des Verzichts auf Gesundheitsleistungen nicht möglich ist, einen direkten Vergleich zu ziehen.

¹ Aus methodischen Gründen sind Abweichungen von zuvor veröffentlichten Daten möglich.

Abbildung 1. Entwicklung des Verzichts auf Gesundheitsleistungen in der Schweiz



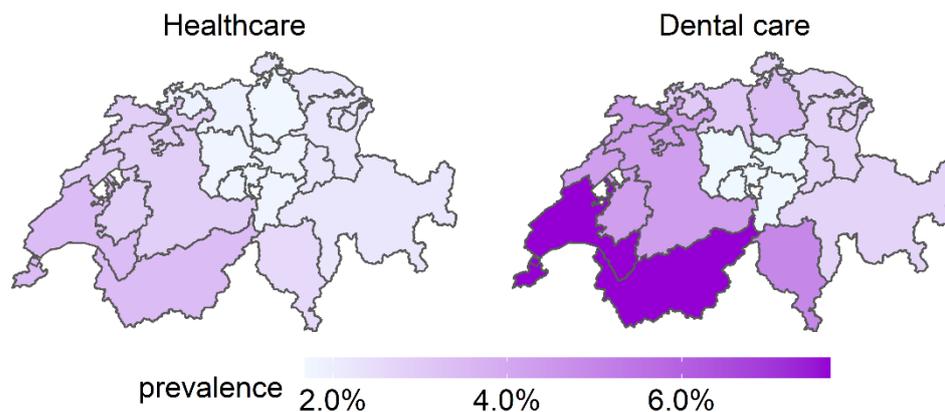
Hinweis: Die Prävalenzen (%) ergeben sich aus alters-, geschlechts- und (bei SILC) regionsbereinigten logistischen Regressionsmodellen. Aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden sind Abweichungen von zuvor veröffentlichten Daten möglich. Diese Abbildung wurde zu deskriptiven Zwecken erstellt; die Definition des Verzichts auf Gesundheitsleistungen variiert je nach Erhebung, und die Daten sind nicht direkt vergleichbar.

Geografische Verteilung

In der Genferseeregion war die Prävalenz des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen höher.

Personen, die in der (die Kantone Wallis, Waadt und Genf umfassenden) Genferseeregion leben, verzichteten tendenziell häufiger auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen als Personen, die anderswo leben.

Abbildung 2. Prävalenz des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen, SILC 2018



Hinweis: Die Prävalenzen (%) ergeben sich aus alters-, geschlechts- und regionsbereinigten logistischen Regressionsmodellen.

Verzicht auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen

1. Altersunterschiede: Jüngere gaben häufiger an, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten, als Ältere.

Im Allgemeinen war die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen bei jüngeren Personen höher als bei älteren. Dies wurde in allen Datensätzen und über mehrere Zeiträume hinweg beobachtet. In der Erhebung SILC 2018 betrug beispielsweise die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen 3,2 % bei den 18- bis 34-Jährigen, während sie sich bei den ≥ 65 -Jährigen auf 1,3 % belief. In der Studie Bus Santé 2019 betrug die Prävalenz 20,5 % bei den 18- bis 34-Jährigen und 7,1 % bei den ≥ 65 -Jährigen. Diese Zahlen widerspiegeln möglicherweise die Tatsache, dass ältere Personen eher Krankenversicherungsmodelle mit einer tieferen Franchise wählen. Leider war es nicht möglich, dies anhand der vorliegenden Daten zu untersuchen.

In den meisten Erhebungen gab es bei der Prävalenz des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen keine grossen Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

2. Nationalität/Geburtsort: Die Prävalenz des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen war höher bei Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft oder im Ausland Geborenen.

In der Regel war die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen bei Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft höher als bei Schweizerinnen und Schweizern (in allen Erhebungen und in den meisten Jahren). In der Erhebung SILC wurde die höchste Prävalenz bei Personen beobachtet, die weder die Schweizer noch die EU-Staatsbürgerschaft besitzen. An zweiter Stelle folgten die EU-Bürgerinnen und -Bürger, und die niedrigste Prävalenz wurde bei den Schweizer Staatsangehörigen beobachtet. Das gleiche Muster zeigte sich beim Verzicht auf zahnärztliche Leistungen. Wichtig ist, dass diese Beobachtungen Asylsuchende, Flüchtlinge und Sans Papiers nicht mitberücksichtigen, da diese nicht in die Erhebungen einbezogen wurden.

Laut IHP 2016 betrug die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen bei den im Ausland geborenen Personen 23,6 %, während sie sich bei den in der Schweiz geborenen Personen auf 18,6 % belief. Das gleiche Muster wurde beim Verzicht auf zahnärztliche Leistungen beobachtet.

In der Studie Bus Santé wurde über alle Erhebungsjahre ein ähnliches Muster beobachtet: Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft verzichteten häufiger auf Gesundheitsleistungen als Schweizerinnen und Schweizer. In den Jahren 2018/19 lag die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen bei Personen mit anderer als der Schweizer oder der EU-Staatsbürgerschaft bei 24,3 %. Demgegenüber betrug sie 14,2 % bei Schweizer Staatsangehörigen und 17,0 % bei EU-Bürgerinnen und -Bürgern. Die Prävalenz nahm bei Schweizer Staatsangehörigen sowie EU-Bürgerinnen und -Bürgern im Laufe der Zeit tendenziell zu. Das gleiche Muster wurde beim Verzicht auf zahnärztliche Leistungen beobachtet.

3. Haushaltseinkommen: Die Prävalenz des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen variierte je nach Haushaltseinkommen stark.

In jeder Erhebung und in jedem untersuchten Zeitraum variierte die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen abhängig vom Haushaltseinkommen. Es zeigte sich ein deutlicher Gradient, wobei Personen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen unter 5000 Franken eine bis zu zwei- oder dreimal höhere Prävalenz aufwiesen als Personen mit einem Einkommen von 5000–9499 Franken, die wiederum eine höhere Prävalenz als Personen mit einem Einkommen ab 9500 Franken verzeichneten. Ähnliche Muster wurden beim Verzicht auf zahnärztliche Leistungen festgestellt.

In der Erhebung SILC 2018 betrug die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen 2,7 % bei Personen auf der tiefsten Einkommensstufe und 1,7 % bei Personen auf der höchsten Einkommensstufe. Gemäss der Studie Bus Santé belief sich 2018/19 die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen bei Personen mit einem Einkommen unter 5000 Franken auf 27,4 %. Demgegenüber stehen 16,9 % und 8,3 % bei Personen mit mittlerem (5000–9499 Franken) und hohem (ab 9500 Franken) Einkommen.

Ärztliche Leistungen: Einflussfaktoren

1. Sozioökonomische und demografische Faktoren

Meta-Analysen des Zusammenhangs zwischen dem Verzicht auf ärztliche Leistungen und demografischen, sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen Indikatoren zeigten, dass bei den meisten Indikatoren ein solcher Zusammenhang besteht. Insgesamt ergab die gepoolte Schätzung, dass Personen auf einem tieferen Bildungsniveau mit 51 % höherer Wahrscheinlichkeit auf ärztliche Leistungen verzichten als Personen auf einem höheren Bildungsniveau.

Das Haushaltseinkommen wies unter allen sozioökonomischen Indikatoren den stärksten und konsistentesten Zusammenhang mit dem Verzicht auf ärztliche Leistungen auf. Die gepoolte Schätzung ergab, dass Personen mit einem niedrigeren monatlichen Haushaltseinkommen (unter 5000 Franken) mehr als viermal so häufig auf ärztliche Leistungen verzichten wie Personen mit einem höheren Haushaltseinkommen (ab 9500 Franken).

Wie aus den deskriptiven Analysen hervorgeht, besteht auch ein Zusammenhang zwischen der Nationalität bzw. dem Geburtsland und dem Verzicht auf ärztliche Leistungen. Die gepoolte Schätzung zeigte, dass Personen ohne Schweizer Staatsangehörigkeit sowie ausserhalb der Schweiz Geborene mit 35 % höherer Wahrscheinlichkeit auf ärztliche Leistungen verzichten. Wichtig ist, dass dieser Zusammenhang auch dann besteht, wenn die Höhe des Haushaltseinkommens mitberücksichtigt wird.

2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Auch chronische Erkrankungen wurden in den Meta-Analysen mit dem Verzicht auf ärztliche Leistungen in Verbindung gebracht. Bei adipösen Personen war die Wahrscheinlichkeit, dass sie auf ärztliche Leistungen verzichten, insgesamt 66 % höher als bei nicht adipösen Personen. Ebenso war es bei Personen mit Diabetes im Vergleich zu Personen ohne Diabetes insgesamt 53 % wahrscheinlicher, dass sie auf ärztliche Leistungen verzichten.

Zudem war die Wahrscheinlichkeit, dass Personen mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung auf ärztliche Leistungen verzichten, 55 % höher als bei Personen ohne Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dieser Zusammenhang zeigte sich mit einer Ausnahme in allen Erhebungen. Hingegen war kein Zusammenhang zwischen Bluthochdruck und dem Verzicht auf ärztliche Leistungen festzustellen.

Zahnärztliche Leistungen: Einflussfaktoren

1. Sozioökonomische und demografische Faktoren

Im Allgemeinen wiesen die Zusammenhänge mit dem Verzicht auf zahnärztliche Leistungen in den meisten Erhebungen und über alle Erhebungsjahre dasselbe Muster auf. So ergab die Meta-Analyse, dass Personen mit tieferem Bildungsniveau mit 96 % höherer Wahrscheinlichkeit auf zahnärztliche Leistungen verzichten als Personen mit höherem Bildungsniveau. Bei Personen mit einer

niedrigeren beruflichen Stellung war die Wahrscheinlichkeit, auf zahnärztliche Leistungen zu verzichten, insgesamt doppelt so hoch wie bei Personen mit einer höheren beruflichen Stellung.

Bei Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen war die Wahrscheinlichkeit, dass sie auf zahnärztliche Leistungen verzichten, fast achtmal höher als bei Personen mit höherem Einkommen. Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft oder im Ausland Geborene verzichten mit 90 % höherer Wahrscheinlichkeit auf zahnärztliche Leistungen als Schweizer Staatsangehörige oder in der Schweiz Geborene.

2. Gesundheitsbedingte Faktoren

Die Meta-Analysen ergaben auch, dass Personen, die ihren Gesundheitszustand selbst als «schlecht/sehr schlecht» einschätzen, mit fast viermal höherer Wahrscheinlichkeit auf zahnärztliche Leistungen verzichten als Personen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als «gut/sehr gut» einstufen. Bei adipösen Personen war die Wahrscheinlichkeit, auf zahnärztliche Leistungen zu verzichten, 80 % höher als bei nicht adipösen Personen.

Bei Personen mit Diabetes gab es eine 54 % höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie auf zahnärztliche Leistungen verzichten, als bei Personen ohne Diabetes. Zudem war bei Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit, dass sie auf zahnärztliche Leistungen verzichten, insgesamt 36 % höher als bei Personen ohne Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Allgemeine Beobachtungen

1. Einflussfaktoren für den Verzicht auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen: demografische, sozioökonomische und gesundheitsbedingte Faktoren

Um zu untersuchen, ob ein spezifischer individueller Faktor mit dem künftigen Verzicht auf Gesundheitsleistungen zusammenhängt, wurden Längsschnittanalysen mit dem SILC-Datensatz durchgeführt. Gemäss den Meta-Analysen dieser Längsschnittassoziationen war es bei Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen bei Studienbeginn selbst nach Berücksichtigung von Bildungsniveau, Nationalität und selbst eingeschätztem Gesundheitszustand insgesamt 90 % wahrscheinlicher, dass sie im Verlauf des Follow-ups auf Gesundheitsleistungen verzichten, als bei Personen mit höherem Einkommen. Bei Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft war die Wahrscheinlichkeit, dass sie während des Follow-ups auf Gesundheitsleistungen verzichteten, 58 % höher als bei Schweizer Staatsangehörigen, selbst wenn man die Wirkung von Einkommen, Bildungsniveau und selbst eingeschätztem Gesundheitszustand berücksichtigt.

Bei Personen mit niedrigerem Bildungsniveau war die Wahrscheinlichkeit, dass sie auf zahnärztliche Leistungen verzichten, 34 % höher, und Personen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen unter 5000 Franken verzichteten mit rund zehnmal höherer Wahrscheinlichkeit auf zahnärztliche Leistungen während des Follow-ups als sozioökonomisch besser gestellte Personen. Bei Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft war die Wahrscheinlichkeit, auf zahnärztliche Leistungen zu verzichten, 2,3-mal höher als bei Schweizer Staatsangehörigen, selbst wenn man Einkommen und Bildungsniveau berücksichtigt.

2. Hauptgründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen: finanzielle Verhältnisse und «Abwarten»-Mentalität

Während alle Erhebungen ausser SILC sich ausschliesslich mit dem Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen befassten, sammelte SILC auch Informationen über andere Gründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen. Im Jahr 2018 waren die häufigsten Gründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen das Abwarten, ob sich das Problem von selbst löst oder bessert (34,9 %), andere Gründe (21,4 %), finanzielle Gründe (20,5 %) und Zeitmangel (16,3 %); die übrigen Gründe waren viel weniger häufig.

Im Allgemeinen verzichteten ältere Personen tendenziell häufiger «aus anderen Gründen» auf Gesundheitsleistungen als jüngere Personen. Gleichzeitig neigten jüngere Personen dazu, häufiger aus Zeitmangel auf Gesundheitsleistungen zu verzichten. So gaben im Jahr 2018 24,1 % der unter 50-Jährigen an, aus Zeitmangel auf Gesundheitsleistungen zu verzichten. Bei den ab 50-Jährigen waren es lediglich 6,6 %.

3. Der Verzicht auf Gesundheitsleistungen kann schädliche Folgen für die Gesundheit haben

Um zu ermitteln, ob der Verzicht auf Gesundheitsleistungen längerfristig Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat, wurden Längsschnittdaten mit Daten aus der ReBus-Studie durchgeführt. Bereinigt um Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Haushaltseinkommen und berufliche Stellung war der Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus wirtschaftlichen Gründen bei Studienbeginn mit einem Anstieg des Blutzuckerspiegels während des Follow-ups verbunden. Dieser Zusammenhang verringerte sich unter Berücksichtigung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und selbst eingeschätztem Gesundheitszustand nur geringfügig. Der Verzicht auf Gesundheitsleistungen bei Studienbeginn war auch mit einem Absinken des HDL-Cholesterinwerts verbunden. Dieser Zusammenhang blieb auch unter Berücksichtigung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und selbst eingeschätztem Gesundheitszustand bei Studienbeginn bestehen.

Bereinigt um Alter, Geschlecht und sozioökonomische Faktoren war der Verzicht auf Gesundheitsleistungen bei Studienbeginn zudem eng mit allen acht SF-36-Skalen verknüpft, welche die körperliche, geistige und soziale Funktionsfähigkeit und Gesundheit bewerten. Personen, die von einem Verzicht auf Gesundheitsleistungen bei Studienbeginn berichteten, schnitten systematisch schlechter ab (Punktzahlen durchschnittlich 7–17 % tiefer) als Personen, die keine solchen Angaben machten. Diese Zusammenhänge schwächten sich unter Berücksichtigung des selbst eingeschätzten Gesundheitszustands bei Studienbeginn ab, blieben aber signifikant.

Stärken des Berichts aus Forschungssicht

Zu den Stärken dieses Berichts gehören vor allem die folgenden Punkte:

- Umfassende Untersuchung der Prävalenz (und Entwicklung) des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen in der Schweizer Bevölkerung.
- Einbezug mehrerer grosser und für die allgemeine Schweizer Wohnbevölkerung repräsentativer Stichproben.
- Einbezug wesentlicher Informationen zu demografischen, sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen Indikatoren, die geschichtete Analysen und die Untersuchung von Mustern bezüglich Ungleichheiten ermöglichten. Wichtig ist, dass sich so auch ermitteln liess, ob manche der beobachteten Zusammenhänge durch das Haushaltseinkommen oder andere Faktoren erklärt werden können.
- Einbezug von Längsschnittdaten, die es ermöglichten, Längsschnittassoziationen zwischen demografischen, sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen Indikatoren bei Studienbeginn und dem späteren Verzicht auf Gesundheitsleistungen zu untersuchen, wobei wichtige demografische, sozioökonomische und gesundheitsbedingte Faktoren berücksichtigt wurden.
- Schliesslich liess sich die Längsschnittassoziation zwischen dem Verzicht auf Gesundheitsleistungen bei Studienbeginn und den späteren gesundheitlichen Ergebnissen anhand objektiv gemessener Biomarker und umfassend validierter psychischer und physischer Gesundheitskalen bewerten, wobei demografische, sozioökonomische und gesundheitsbezogene Indikatoren bei Studienbeginn berücksichtigt wurden. Diese Ergebnisse liefern wichtige neue Evidenzen für einen Zusammenhang zwischen dem Verzicht auf Gesundheitsleistungen und späteren negativen Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit.

Grenzen des Berichts aus Forschungssicht

Allerdings ist auch zu beachten, dass dieser Bericht an Grenzen stösst.

- Erstens: Obwohl die meisten Erhebungen auf Zufallsstichproben der Allgemeinbevölkerung beruhen, werden Asylsuchende und Sans Papiers nicht einbezogen, da sie nicht auf Einwohnerlisten erfasst sind. Gerade bei ihnen handelt es sich aber um Bevölkerungsgruppen, die beim Zugang zur Gesundheitsversorgung auf erhebliche Hindernisse stossen.
- Zweitens liess sich aufgrund der je nach Erhebung unterschiedlichen Methoden zur Messung des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen keine nationale Prävalenz schätzen.
- Drittens nehmen, wie in praktisch allen bevölkerungsbasierten Studien in der Schweiz und anderswo, sozioökonomisch begünstigte Personen mit grösserer Wahrscheinlichkeit an solchen Erhebungen teil, obwohl die Teilnehmenden nach dem Zufallsprinzip aus der Allgemeinbevölkerung ausgewählt wurden. Dies könnte zu einer Unterschätzung der Prävalenz und der Stärke der Zusammenhänge in den Ergebnissen geführt haben.
- Viertens stellte die Stichprobengrösse eine Einschränkung für die Analysen dar. Obwohl die nationalen SILC-Datensätze Tausende von Teilnehmenden pro Erhebungsjahr enthielten, war

die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen aufgrund der restriktiven Definition recht niedrig, was zu einer verminderten statistischen Aussagekraft in geschichteten Analysen und multivariablen Regressionsanalysen führte. In den regionalen Erhebungen war die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen aufgrund einer anderen Definition zwar viel höher, aber die geringe Stichprobengrösse führte wahrscheinlich zu Problemen mit der statistischen Aussagekraft, wodurch manche Zusammenhänge unentdeckt geblieben sein könnten. Dies war insbesondere bei den Analysen der Gründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen sowie bei den Längsschnittanalysen mit ReBus-Daten der Fall.

- Fünftens konnten die Teilnehmenden an der Erhebung SILC nur einen Grund für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen angeben. Dieser methodische Ansatz ist zwar in den meisten Erhebungen üblich, führte aber zu einer Einschränkung der gesammelten Daten, die wahrscheinlich nur ein unvollständiges Bild der Gründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen lieferten.
- Schliesslich wurde bei der Fragestellung in allen Erhebungen davon ausgegangen, dass die Teilnehmenden das Phänomen des Verzichts auf Gesundheitsleistungen vollumfänglich verstehen, und die Fragen wurden möglicherweise von den Teilnehmenden nicht einheitlich interpretiert, insbesondere angesichts der in der Schweiz und anderen Ländern beobachteten sozioökonomischen und demografischen Ungleichheiten bei der Gesundheitskompetenz. Dies könnte zu einer Unter- oder Überschätzung der Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen sowie der Stärke der Zusammenhänge geführt haben.

Erkenntnisse und Herausforderungen

Die Ergebnisse dieses Berichts zeigen, dass der Verzicht auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen ein nach wie vor aktuelles Phänomen in der Schweizer Bevölkerung ist. Wichtig ist, dass sich die Muster bezüglich demografischer, sozioökonomischer und gesundheitsbedingter Ungleichheiten in allen nationalen und regionalen Erhebungen durchgängig zeigten. Diese Ergebnisse spiegeln die umfangreichen Evidenzen aus anderen Ländern wider, die einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und dem Verzicht auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen herstellen.

Unsere Ergebnisse zeigen insbesondere, dass Personen mit einem geringeren Haushaltseinkommen überproportional häufig auf Gesundheitsleistungen verzichten, ebenso wie Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit bzw. im Ausland Geborene oder Personen mit chronischen Erkrankungen (z. B. Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen).

Zwar gibt es kantonale staatliche Massnahmen zur Unterstützung von Einzelpersonen und Familien, die nicht in der Lage sind, ihre Gesundheitsversorgung zu decken, doch gelten diese Massnahmen nur unter bestimmten Bedingungen und sind von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich [6,9,10]. Daher ist es wahrscheinlich, dass sich manche Einzelpersonen und Familien, welche die Voraussetzungen für Verbilligungen nicht erfüllen, tatsächlich in einer finanziell prekären Situation befinden, in der Gesundheitsleistungen gegenüber anderen Haushaltsausgaben zurückgestellt werden [11–16].

Die Ergebnisse des Berichts zeigen zwar auf, dass weitere Forschungsarbeiten nötig sind, um das Phänomen des Verzichts auf Gesundheitsleistungen besser zu verstehen, doch sollte dies nicht

von der Tatsache ablenken, dass es, wie die Ergebnisse durchwegs zeigen, Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung gibt, für die bereits spezifische Lösungen umgesetzt werden können. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse und deren Auswirkungen sowie Empfehlungen in Kernbotschaften zusammengefasst.

- Sozioökonomisch benachteiligte Personen sind bezüglich Verzicht auf Gesundheitsleistungen besonders gefährdet. Daher sollten die zuständigen Behörden und Entscheidungsträger auf eidgenössischer, kantonaler, regionaler oder kommunaler Ebene die sozioökonomischen Verhältnisse der Betroffenen sorgfältig prüfen (z. B. Schwierigkeiten bei der Bezahlung von Strom- und Heizrechnungen, Ernährungsunsicherheit, Risiko für sehr hohe Gesundheitsausgaben usw.) und gegebenenfalls eine Ausweitung des Anspruchs auf bestehende Sozialleistungen (z. B. Verbilligung der Krankenkassenprämien, Invalidenversicherung und Sozialhilfe) in Betracht ziehen. Zudem könnten die Behörden auf allen Ebenen alternative Massnahmen zur Überwindung sozioökonomisch bedingter Hürden für den Zugang zur Gesundheitsversorgung erwägen und prüfen.
- Personen ohne Schweizer Staatsangehörigkeit oder im Ausland Geborene verzichten mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit auf Gesundheitsleistungen; dies gilt selbst unter Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren. Um die Gründe für diesen Zusammenhang zu verstehen, sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich, bei denen detaillierte Informationen über die Einwanderungsgeschichte und den aktuellen Status (d. h. Art der Aufenthaltsgenehmigung), die Sprachkenntnisse, den Grad der Integration und kulturellen Anpassung, die Gesundheitskompetenz und den früheren Zugang zu Gesundheitsleistungen im Herkunftsland erhoben und analysiert werden.
- Personen mit chronischen Erkrankungen (Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) verzichten eher auf Gesundheitsleistungen. In Anbetracht der Bedeutung des Managements von chronischen Krankheiten für die Verbesserung der Prognose und die Verhinderung negativer gesundheitlicher Folgen sollten die Gesundheitsfachpersonen die Arbeits- und Lebensbedingungen ihrer Patientinnen und Patienten systematischer ermitteln, um die Versorgung an deren Bedürfnisse anzupassen, die Therapietreue zu verbessern und einen durchgehenden Zugang zu den Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.
- Der Verzicht auf Gesundheitsleistungen hat voraussichtlich negative Folgen für die künftige psychische und physische Gesundheit. Daher ist es von zentraler Bedeutung, dass die öffentlichen Gesundheitsakteure auf Kantons- und Bundesebene Strategien ins Auge fassen, die allen den Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen ermöglichen und sie zur Inanspruchnahme dieser Leistungen befähigen. Das gilt insbesondere für sozioökonomisch Benachteiligte, Personen mit Migrationshintergrund und chronisch Kranke.
- Angesichts der umfassenden Evidenz für den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und sozioökonomischen Verhältnissen ist es wahrscheinlich, dass die Gesundheitskompetenz eine Rolle beim Verzicht auf Gesundheitsleistungen in der Schweiz spielt. Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz könnten dazu beitragen, die Prävalenz des Verzichts auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen zu senken, indem sie allen ermöglichen, besser informiert zu entscheiden, ob sie eine bestimmte Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen wollen. Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung müssen auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen demografischen und sozioökonomischen Gruppen zugeschnitten sein.

- Künftige Forschungsarbeiten sowie das nationale und kantonale Gesundheitsmonitoring sollten detailliertere Informationen über die sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, umweltbedingten, familiären und arbeitsbezogenen Merkmale der Bevölkerung sammeln, um die Faktoren, die zum Verzicht auf Gesundheitsleistungen führen, besser zu verstehen.
- Künftige Forschungsarbeiten sowie das nationale und kantonale Gesundheitsmonitoring sollten Indikatoren für den Verzicht auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen und die Gründe dafür eingehender untersuchen, indem sie systematisch mehr vergleichbare Informationen auf individueller Ebene und nach Familie/Haushalt sammeln. Diese Daten sollten über einen einmaligen Verzicht auf Gesundheitsleistungen hinausgehen und Aufschluss darüber geben, ob die Versorgung später in Anspruch genommen oder dauerhaft unterlassen wurde. Des Weiteren braucht es Angaben zum Krankheitsbild, für das Gesundheitsleistungen benötigt wurden, und die Klärung der Frage, welche Leistungen/Ausgaben möglicherweise Vorrang vor der unterlassenen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hatten (z. B. Bezahlung von Monatsmiete oder Strom- und Heizrechnungen, Lebensmittelkauf usw.).
- Eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben gibt den Betroffenen mehr Zeit für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Eine grössere Flexibilität bei den Arbeitszeiten sowie ein erweitertes Angebot an Kinderbetreuungseinrichtungen können dazu beitragen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern.
- Der Verzicht auf zahnärztliche Leistungen ist in der Schweiz nach wie vor ein Problem. Um den Zugang zu zahnärztlichen Leistungen zu verbessern, sollte die Aufnahme der präventiven und grundlegenden zahnmedizinischen Versorgung in die obligatorische Krankenversicherung entweder auf Bundes- oder auf Kantonsebene erwogen werden.

Literaturverzeichnis

- [1] Lozano R, Fullman N, Mumford JE, Knight M, Barthelemy CM, Abbafati C, et al. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1250–84.
- [2] Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Healthcare renunciation: A socio-anthropological approach. *Health Econ*. 2011;169:1–7.
- [3] Guessous I, Gaspoz JM, Theler JM, Wolff H. High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine*. 2012 Nov 1;55(5):521–7.
- [4] Guessous I, Theler J-M, Durosier Izart C, Stringhini S, Bodenmann P, Gaspoz J-M, et al. Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*. 2014 Sep 30;14:121.
- [5] Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, Guessous I, Panese F, Herzig L, et al. Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons. *PLOS ONE*. 2014 avr;9(4):e94006.
- [6] Kreier R, Zweifel P. Health insurance in Switzerland: a closer look at a system often offered as a model for the United States. *Hofstra L Rev*. 2010;39:89.
- [7] Chaupain-Guillot S, Guillot O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *Eur J Health Econ*. 2015 Sep 1;16(7):781–96.
- [8] Schneider C, Zemp E, Zitzmann NU. Dental care behaviour in Switzerland. *Swiss Dent J*. 2019;129(6):466–78.
- [9] Vaidya S. The impact of premium subsidies on health plan choices in Switzerland: Who responds to the incentives set by in-kind as opposed to cash transfers? *Health Policy*. 2021 Jun 1;125(6):675–84.
- [10] Kaufmann C, Schmid C, Boes S. Health insurance subsidies and deductible choice: Evidence from regional variation in subsidy schemes. *Journal of Health Economics*. 2017 Sep 1;55:262–73.
- [11] Hawks L, Himmelstein DU, Woolhandler S, Bor DH, Gaffney A, McCormick D. Trends in Unmet Need for Physician and Preventive Services in the United States, 1998-2017. *JAMA Internal Medicine*. 2020 Mar 1;180(3):439–48.
- [12] Fiorillo D. Reasons for unmet needs for health care: the role of social capital and social support in some western EU countries. *Int J Health Econ Manag*. 2020 Mar 1;20(1):79–98.
- [13] Hoebel J, Rommel A, Schröder SL, Fuchs J, Nowossadeck E, Lampert T. Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Healthcare among the Elderly in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017 Oct;14(10):1127.
- [14] Schokkaert E, Steel J, Van de Voorde C. Out-of-Pocket Payments and Subjective Unmet Need of Healthcare. *Appl Health Econ Health Policy*. 2017 Oct 1;15(5):545–55.

- [15] Arsenijevic J, Pavlova M, Rechel B, Groot W. Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries. PLOS ONE. 2016 juil;11(7):e0157765.
- [16] Paulus A, Sutherland H, Tsakloglou P. The distributional impact of in-kind public benefits in European countries. Journal of Policy Analysis and Management. 2010;29(2):243–66.