

OBSAN BERICHT
18/2024

Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2024 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 zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autoren

Michael Dorn, Obsan

Unter Mitarbeit von

– Tamara Bonassi, BAG

– Fabian Kraus, BAG

Projektleitung Obsan

Michael Dorn

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 18/2024

Zitierweise

Dorn, M. (2024). *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2024 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* (Obsan Bericht 18/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,

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

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

iStock.com/MatjazSlanic

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,

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

Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2024

Wiedergabe unter Angabe der Quelle

für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2418

ISBN

978-2-940670-53-6



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

Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2024 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CFR) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autor Michael Dorn

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2024

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3	4 Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen	38
Zusammenfassung	4	4.1 Krankenversicherungsmodelle und selbst getragene Kosten	38
Résumé	6	4.2 Finanzielle Sorgen und Herausforderungen	39
		4.3 Verzicht	42
1 Einführung und Methodik	8	5 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	46
1.1 Allgemeine Informationen	8	6 Literaturverzeichnis	48
1.2 Stichproben	8	7 Anhang	50
1.3 Nutzen und Grenzen der Analysen	11	7.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2024	50
1.4 Tabellen zum Bericht	11	7.2 Informationen zu Kern- und Co-Finanzierung	55
2 Gesundheitszustand	13		
2.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit	13		
2.2 Prävalenz und Behandlung von chronischen Erkrankungen	15		
2.3 Behandlungswünsche am Lebensende	21		
2.4 Rezeptpflichtige Medikamente	23		
3 Inanspruchnahme und Koordination	25		
3.1 Allgemeine Bewertung der Grundversorgung	25		
3.2 Verfügbarkeit und Wartezeiten in der Grundversorgung	26		
3.3 Koordination zwischen Hausarztpraxen und weiteren Leistungserbringern	27		
3.4 Inanspruchnahme der Notaufnahme	30		
3.5 Nachsorge nach stationärem Spitalaufenthalt	31		
3.6 Pflege und Betreuung zu Hause	33		
3.7 Nutzung von eHealth	35		
3.8 Inklusion & Diversität	37		

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of daily living / Aktivitäten des täglichen Lebens
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CWF	Stiftung Commonwealth Fund
HMO	Health Maintenance Organization
IHP	International Health Policy Survey
N / n	Bruttostichprobe / Nettostichprobe oder Teilstichprobe
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
SILC	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen
SKOS	Schweizerischen Konferenz der Sozialhilfe
SRPH	Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen
AU	Australien
CA	Kanada
CH	Schweiz
DE	Deutschland
FR	Frankreich
NL	Niederlande
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 Erhebung 2024 bezieht sich wie bereits in den Jahren 2014, 2017 und 2021 auf die **Wohnbevölkerung ab 65 Jahren** und deren Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Folglich sind sowohl internationale wie auch zeitliche Vergleiche möglich. In der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass die Stichprobe die Bewohnerinnen bzw. Bewohner der Alters- und Pflegeheime nicht berücksichtigt. Der vorliegende Bericht fasst die gestellten Fragen zu **drei Themenfeldern** zusammen: **Gesundheitszustand, Inanspruchnahme und Koordination** sowie **Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen**. Nachfolgend wird ein Auszug der wichtigsten Ergebnisse erläutert.

Die **eigene Gesundheit** wird durch die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz grösstenteils als ausgezeichnet, sehr gut oder gut eingeschätzt. Jedoch ist dieser Anteil der Schweiz seit 2021 gesunken und liegt im vorderen Mittelfeld der befragten Länder. Knapp ein Viertel der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz schätzt die eigene Gesundheit als mittelmässig oder schlecht ein. Ebenfalls knapp ein Viertel berichtet davon, in alltäglichen Aktivitäten wie der Nahrungsaufnahme, dem Aufstehen aus dem Bett, dem An- und Ausziehen, dem Baden oder dem Benutzen der Toilette ein bisschen oder stark eingeschränkt zu sein.

Etwas mehr als drei Viertel der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz geben an, an mindestens einer **chronischen Krankheit** zu leiden – etwas weniger als die Hälfte leidet sogar an zwei oder mehr chronischen Krankheiten. Am häufigsten nennt die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz Hypertonie oder Bluthochdruck, Gelenkschmerzen oder Arthritis sowie Herzkrankheiten.

Die Ergebnisse hinsichtlich des **Krankheitsmanagements** sind in den letzten vier Jahren stabil geblieben und liegen im internationalen Vergleich auf einem guten Niveau. So ist ein sehr grosser Anteil der Betroffenen sehr zuversichtlich oder zuversichtlich, das eigene Gesundheitsproblem unter Kontrolle zu haben.

Jeweils rund 15% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz fühlen sich oft oder manchmal von anderen Menschen **isoliert** oder leiden unter **psychischen Belastungen**. In beiden Fällen geben mehr Frauen als Männer an, davon betroffen zu sein, was auch erklärt, warum sich mehr Frauen als Männer wegen ihrer psychischen Gesundheit in Behandlung begeben.

Mehr als zwei Drittel der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz haben mit Angehörigen, Freunden oder einer Fachperson über Behandlungen am Lebensende gesprochen. Etwas weniger als die Hälfte der Befragten verfügt über eine schriftliche Dokumentation der **Behandlungswünsche am Lebensende**. Beides hat in der Schweiz vor 2021 deutlich zugenommen, sich seither aber kaum verändert. Die Mitgliedschaft in einer Organisation für ein selbstbestimmtes Lebensende hat seit 2014 kontinuierlich zugenommen und sich fast verdoppelt.

Der Konsum von **rezeptpflichtigen Medikamenten** ist in der Schweiz geringer als im internationalen Vergleich, obwohl fast zwei Drittel der Befragten mindestens zwei rezeptpflichtige Medikamente einnehmen. Bei den Personen, die Medikamente einnehmen, wurde in den letzten 12 Monaten in drei Vierteln der Fälle eine Kontrolle aller Medikamente durch eine Fachperson durchgeführt.

Generell wird die **Qualität der medizinischen Versorgung** von mehr als acht von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz als sehr oder ziemlich zufriedenstellend beurteilt, womit die Schweiz im vorderen Mittelfeld der untersuchten Länder liegt. Der Umfang der erhaltenen medizinischen Versorgung wird von der Mehrheit der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz als gerade richtig beurteilt.

Der Anteil der Befragten, die **Rückmeldungen der Hausarztpraxen** bei einer medizinischen Anfrage am gleichen Tag erhalten, nimmt in der Schweiz seit 2014 kontinuierlich ab, ist aber immer noch sehr hoch und gehört im internationalen Vergleich zu den drei höchsten. Der Anteil der Personen, die es sehr schwierig oder ziemlich schwierig finden, ausserhalb der üblichen Öffnungszeiten eine medizinische Versorgung zu erhalten, ohne in die Notaufnahme zu gehen, ist seit 2021 gestiegen.

Sieben von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz haben mehr als **eine Ärztin bzw. einen Arzt** in den vergangenen 12 Monaten konsultiert. Dieser Anteil hat seit 2021 zugenommen und gehört im internationalen Vergleich zu den drei höchsten. Entsprechend hat auch der Anteil der Konsultationen bei einer Spezialistin oder einem Spezialisten in der Schweiz zugenommen (seit 2017).

Die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz erhält am zweithäufigsten Hilfe bei der **Koordination** und Vereinbarung von Behandlungen durch die Hausärztin oder den Hausarzt. Allerdings geht die Häufigkeit dessen seit 2017 zurück. Der Anteil der Koordinationsprobleme zwischen Hausarztpraxen und Spezialarztpraxen bleibt jedoch unverändert – hier besteht weiterhin Verbesserungspotenzial.

In den zwei Jahren vor der Befragung haben knapp drei von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz mindestens einmal die **Notaufnahme eines Spitals** für eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen. Mehr als ein Viertel der Notfallbesuche hätte auch von der Hausarztpraxis behandelt werden können – ein Anteil, der im Mittelfeld der untersuchten Länder liegt.

Die Häufigkeit der stationären **Spitalaufenthalte** in der Schweiz bewegen sich in etwa auf dem Niveau von 2017 und 2014: Drei von zehn Befragten haben in den letzten zwei Jahren mindestens eine Nacht als Patientin bzw. Patient in einem Spital verbracht. Die Häufigkeit der Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt stagniert und es besteht weiterhin Verbesserungspotenzial. Dennoch hatten mehr als acht von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz nach einem Spitalaufenthalt das Gefühl, zu Hause die Unterstützung und Dienstleistungen zu erhalten, die sie zur Bewältigung ihres Gesundheitsproblems benötigten.

Jede zehnte Person der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz benötigt aufgrund eines Gesundheitsproblems **Hilfe** bei der Hausarbeit, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Einkaufen. Rund sieben von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz, die bei alltäglichen Aktivitäten (wie Essen, Aufstehen aus dem Bett, dem An- und Ausziehen, dem Baden oder dem Benutzen der Toilette) eingeschränkt sind, erhalten weder formelle (z. B. durch die Spitex) noch informelle (z. B. durch Angehörige) Hilfe. Nur informelle Hilfe erhalten 15,5%, während 6,5% nur formelle Hilfe und 5,4% informelle und formelle Hilfe bekommen.

Bei der Nutzung von **eHealth-Apps** im Austausch mit der Hausarztpraxis hat die Schweiz gegenüber den meisten untersuchten Ländern Nachholbedarf. Ausserdem nutzt knapp ein Viertel Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz digitale Apps, um selbst Gesundheitsdaten zu sammeln. Rund jede zehnte Person nutzt sie, um Daten mit einer Fachperson auszutauschen.

In der Schweiz fühlen sich rund 7% der Befragten im Rahmen einer medizinischen Behandlung **ungerecht behandelt**. Etwa doppelt so hoch ist der Anteil derjenigen, die sich mit ihren Gesundheitsorgen **nicht ernst genommen** fühlen. In beiden Fällen haben Frauen dies häufiger erlebt als Männer und Personen aus Haushalten unterhalb der Armutsgrenze häufiger als solche aus Haushalten oberhalb der Armutsgrenze.

Im Jahr 2024 setzt sich fort, was sich bereits in der IHP-Befragung 2021 abzeichnete: Das Hausarztmodell hat die ordentliche Krankenversicherung als häufigstes **Krankenversicherungsmodell** der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz abgelöst. Mehr als die Hälfte der Befragten ist nun im Hausarztmodell versichert – etwas mehr als ein Drittel in der gewöhnlichen Krankenversicherung. Mit einem Anteil von 60% wird die Minimalfranchise von 300 Franken am häufigsten gewählt.

Wie bereits 2017 und 2021 ist die Schweiz erneut das Land mit den höchsten **selbst getragenen Gesundheitskosten**: Sechs von zehn befragten Personen der Wohnbevölkerung 65+ tätigten im Jahr 2024 für sich und ihre Familie Gesundheitsausgaben im Gegenwert von mindestens 1000 US-Dollar, die nicht durch eine Grund- oder Zusatzversicherung gedeckt waren. Dieser Anteil ist seit 2021 gestiegen.

Rund 6% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz machen sich **Sorgen** darüber, genügend Geld für die Miete oder Hypothek, die monatlichen Rechnungen sowie ein stabiles Einkommen zu haben – rund 1% darüber, genügend zu Essen zu haben. Die Anteile der drei erstgenannten finanziellen Sorgen gehören im internationalen Vergleich zu den drei höchsten. Hinsichtlich der Sorge, genug Geld zum Essen zu haben, rangiert der Anteil dagegen im Mittelfeld der befragten Länder.

Mehr als jede zehnte Person der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz hat aus Kostengründen auf mindestens eine medizinische Leistung (Arztbesuch, medizinische Tests und Nachbehandlung oder verschriebenes Medikament) **verzichtet**. Ein weiteres Zehntel hat aus Kostengründen auf eine zahnärztliche Leistung verzichtet, 5% auf eine psychische Gesundheitsversorgung. Der häufigste Grund für den Verzicht auf medizinische Leistungen ist das Warten auf eine Besserung. Mangelndes Vertrauen in die Ärzteschaft, Spitäler oder Behandlungen, keinen guten Arzt zu kennen und Angst vor dem, was die Ärztin bzw. der Arzt sagen könnte, werden nur von je 5% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz angegeben.

Résumé

Depuis 2010, la Suisse participe aux enquêtes internationales annuelles sur la politique de santé menées par la fondation Commonwealth Fund (CWF). En Suisse, ce 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. Comme en 2014, 2017 et 2021, l'enquête 2024 porte sur l'expérience de la **population âgée de 65 ans et plus** avec le système de santé. Par conséquent, des comparaisons tant internationales que temporelles sont possibles. Lors de l'interprétation des résultats, il convient de tenir compte du fait que l'échantillon ne prend pas en compte les résidents des maisons de retraite et des établissements médico-sociaux. Le présent rapport reprend les questions posées dans **trois domaines thématiques: l'état de santé, le recours aux soins et la coordination ainsi que les dépenses de santé et les défis financiers**. Les principaux résultats sont présentés ci-dessous.

Une grande partie de la population de 65 ans et plus résidant en Suisse présente un **état de santé auto-évalué** excellent, très bon ou bon. Cette part a toutefois baissé depuis 2021 et place la Suisse dans la première moitié du classement des pays sous enquête. Près d'un quart de la population de 65 ans et plus résidant en Suisse estime que sa propre santé est moyenne ou mauvaise. De même, près d'un quart rapporte être un peu ou fortement limité dans les activités quotidiennes telles que s'alimenter, se lever du lit, s'habiller et se déshabiller, prendre un bain ou utiliser les toilettes.

Un peu plus des trois quarts de la population de 65 ans et plus résidant en Suisse déclare souffrir d'au moins une **maladie chronique** – un peu moins de la moitié souffre même de deux maladies chroniques ou plus. Les maladies les plus fréquemment citées par les répondants en Suisse sont l'hypertension ou une haute pression sanguine, les douleurs articulaires ou l'arthrite ainsi que les maladies cardiaques.

Les résultats concernant la **gestion des maladies** sont restés stables au cours des quatre dernières années et se situent à un bon niveau en comparaison internationale. Ainsi, une très grande partie des personnes concernées est très confiante ou confiante quant au fait de pouvoir contrôler son problème de santé.

Environ 15% de la population de 65 ans et plus résidant en Suisse se sent souvent ou parfois **isolée** des autres ou souffre de **stress psychique**. Dans les deux cas, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se déclarer concernées, ce qui explique aussi pourquoi elles consultent plus fréquemment que les hommes pour leur santé psychique.

Plus des deux tiers de la population de 65 ans et plus résidant en Suisse a parlé des **traitements en fin de vie** avec des proches, des amis ou un professionnel. Un peu moins de la moitié des personnes interrogées disposent d'une documentation écrite sur les traitements souhaités en fin de vie. Ces deux pratiques avaient nettement augmenté en Suisse avant 2021, mais n'ont guère évolué depuis. L'adhésion à une organisation pour une fin de vie auto-déterminée a augmenté de manière continue depuis 2014 et a presque doublé.

La consommation de **médicaments sur ordonnance** est plus faible en Suisse qu'en comparaison internationale, bien que près des deux tiers des personnes interrogées prennent au moins deux médicaments sur ordonnance. Parmi les personnes qui prennent des médicaments, un contrôle de tous les médicaments a été effectué par un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois dans trois quarts des cas.

De manière générale, la **qualité des soins médicaux** est jugée assez ou très satisfaisante par plus de huit personnes sur dix au sein de la population de 65 ans et plus résidant en Suisse, ce qui place la Suisse dans la première moitié des pays sous enquête. La quantité de soins médicaux reçus est jugée adéquate par la majorité des personnes interrogées en Suisse.

La part de répondants déclarant recevoir des **cabinets médicaux** une **réponse** le jour même à une demande médicale est en constante diminution en Suisse depuis 2014. En comparaison internationale, cette part est toutefois toujours très haute et figure parmi les trois plus élevées du classement. La part des personnes qui trouvent très difficile ou assez difficile d'obtenir des soins médicaux en dehors des heures d'ouverture habituelles sans se rendre aux urgences a augmenté depuis 2021.

Sept personnes sur dix parmi la population de 65 ans et plus résidant en Suisse ont consulté **plus d'un médecin** au cours des douze derniers mois. Cette proportion a augmenté depuis 2021 et fait partie des trois plus élevées en comparaison internationale. En conséquence, la part des patients ayant consulté un spécialiste en Suisse a également augmenté (depuis 2017).

La population de 65 ans et plus résidant en Suisse est la deuxième à recevoir le plus souvent de l'aide pour la **coordination** et l'organisation des traitements par le médecin de famille. Toutefois, cette part est en diminution depuis 2017. La fréquence des problèmes de coordination entre les cabinets de médecins de famille et ceux des spécialistes reste toutefois inchangée ; il existe toujours un potentiel d'amélioration dans ce domaine.

Au cours des deux années précédant l'enquête, près de trois personnes sur dix parmi la population de 65 ans et plus résidant en Suisse a eu recours au moins une fois aux **urgences d'un hôpital** pour un traitement médical. Plus d'un quart des visites aux urgences auraient également pu être traitées par le cabinet du médecin de famille – une proportion qui se situe dans la moyenne des pays sous enquête.

La fréquence des **séjours hospitaliers** en Suisse se situe à peu près au même niveau qu'en 2017 et 2014: trois personnes interrogées sur dix ont passé au moins une nuit à l'hôpital en tant que patient au cours des deux dernières années. La fréquence du suivi après un séjour à l'hôpital stagne et un potentiel d'amélioration subsiste. Néanmoins, après un séjour à l'hôpital, plus de huit personnes sur dix parmi la population de 65 ans et plus résidant en Suisse ont eu le sentiment de recevoir à domicile le soutien et les services dont elles avaient besoin pour faire face à leur problème de santé.

Une personne sur dix parmi la population de 65 ans et plus résidant en Suisse a **besoin d'aide** pour les tâches ménagères, la prise de médicaments ou les achats en raison d'un problème de santé. Environ sept personnes sur dix parmi celles qui sont limitées dans leurs activités quotidiennes (comme manger, se lever du lit, s'habiller et se déshabiller, prendre un bain ou utiliser les toilettes), ne reçoivent aucune aide formelle (p. ex. de la part des services d'aide et de soins à domicile) ou informelle (p. ex. de la part des proches). 15,5% reçoivent uniquement une aide informelle, tandis que 6,5% ne reçoivent qu'une aide formelle et 5,4% une aide informelle et formelle.

En ce qui concerne l'utilisation **d'applications de cybersanté** dans les échanges avec le cabinet médical, la Suisse a un retard à rattraper par rapport à la plupart des pays sous enquête. Par ailleurs, près d'un quart de la population de 65 ans et plus résidant en Suisse utilise des applications numériques pour collecter elle-même des données sur sa santé. Environ une personne sur dix les utilise pour échanger des données avec un professionnel de la santé.

En Suisse, environ 7% des personnes interrogées considèrent avoir été **traitées de manière injuste** dans le cadre d'un traitement médical. La part est environ deux fois plus élevée parmi les personnes qui ne se sentent **pas prises au sérieux** dans leurs préoccupations de santé. Dans les deux cas, les femmes déclarent en avoir fait plus souvent l'expérience que les hommes et les personnes issues de ménages en dessous du seuil de pauvreté plus souvent que celles issues de ménages au-dessus du seuil de pauvreté.

En 2024, ce qui se dessinait déjà dans l'enquête IHP 2021 se poursuit: le modèle du médecin de famille a remplacé l'assurance-maladie ordinaire comme **modèle d'assurance-maladie** le plus fréquent parmi la population de 65 ans et plus résidant en Suisse. Plus de la moitié des personnes interrogées sont désormais assurées dans le modèle du médecin de famille – un peu plus d'un tiers dans l'assurance maladie ordinaire. Avec une part de 60%, la franchise minimale de 300 francs est le choix le plus fréquent.

Comme en 2017 et 2021, la Suisse est à nouveau le pays où les **dépenses de santé à la charge des assurés** sont les plus élevées: six personnes interrogées sur dix parmi la population de 65 ans

et plus ont effectué en 2024, pour elles-mêmes et leur famille, des dépenses de santé d'un montant équivalent à au moins 1000 dollars US qui n'étaient pas couvertes par une assurance de base ou complémentaire. Cette proportion a augmenté depuis 2021.

Environ 6% de la population de 65 ans et plus résidant en Suisse **s'inquiète** d'avoir assez d'argent pour payer le loyer ou l'hypothèque, les factures mensuelles ainsi que d'avoir un revenu stable – environ 1% s'inquiète d'avoir assez à manger. Les pourcentages des trois premiers soucis financiers cités font partie des trois plus élevés en comparaison internationale. La fréquence du souci d'avoir assez d'argent pour manger se situe en revanche dans la moyenne des pays sous enquête.

Plus d'une personne sur dix parmi la population de 65 ans et plus résidant en Suisse a **renoncé** à au moins une prestation médicale (visite chez le médecin, tests médicaux et traitement ultérieur ou médicament prescrit) pour des raisons de coûts. Un autre dixième a renoncé à une prestation dentaire pour des raisons financières et 5% à des soins dans le domaine psychique. La raison la plus fréquente du renoncement aux soins médicaux est l'attente d'une amélioration. Le manque de confiance envers le corps médical, les hôpitaux ou les traitements, le fait de ne pas connaître un bon médecin et la peur de ce que pourrait dire le médecin ne sont cités chacun que par 5% de la population de 65 ans et plus résidant en Suisse.

1 Einführung und Methodik

1.1 Allgemeine Informationen

Dieser Bericht erstellt ein Porträt der Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren (nachfolgend Wohnbevölkerung 65+ genannt) mit dem Schweizer Gesundheitssystem. Die Basis hierfür liefern die Ergebnisse der internationalen Befragung *International Health Policy (IHP) Survey* des Commonwealth Fund (CWF), einer gemeinnützigen Stiftung mit Sitz in den USA. Seit 1998 lässt der CWF international vergleichbare Befragungen zu gesundheitspolitischen Themen durchführen. Die Befragungen beziehen sich abwechselungsweise auf eine der folgenden drei Zielgruppen: die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren oder – wie in diesem Bericht porträtiert – die Wohnbevölkerung 65+. Im Frühjahr 2024 nahm die Schweiz nach 2014, 2017 und 2024 zum vierten Mal an der Befragung mit der hier porträtierten Zielgruppe teil. Folglich sind sowohl zeitliche wie auch internationale Vergleiche mit den folgenden 9 Teilnehmerländern möglich: Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Schweden und USA.¹

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 Datenanalysen durch. Die Resultate werden jeweils als Bericht publiziert (Burla, 2011; Camenzind & Petrini, 2014; Dorn, 2023; Merçay, 2015; 2016; 2017; Pahud, 2019; 2020a; 2021; Pahud & Dorn, 2023; Petrini & Sturny, 2013; Sturny & Camenzind, 2011; Vilpert, 2012) und im Rahmen einer Präsentation den Anspruchsgruppen vorgestellt. Zusätzlich entstehen auf Basis der IHP-Daten weitere nationale und internationale Fachpublikationen, welche sich vertieft mit einem spezifischen Thema der IHP-Befragungen auseinandersetzen (siehe beispielsweise: Merçay & Camenzind, 2016; Pahud, 2020b; 2023).

1.2 Stichproben

Im Jahr 2024 wurde neben der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz auch die Wohnbevölkerung 65+ von Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Schweden und den USA befragt. Der CWF hat für die IHP-

Befragung von 2024 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 65+ der Schweiz wurde mittels Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) des Bundesamtes für Statistik (BFS) eine Bruttostichprobe von 5633 Personen gezogen, welche die Bewohnerinnen bzw. Bewohner von Alters- und Pflegeheimen nicht repräsentiert und nur Personen in Privathaushalten einschliesst. Die Bruttostichprobe wurde anhand der drei Sprachregionen (mit und ohne Telefonanschluss) geschichtet, wobei die vier Kantone Schaffhausen (n = 319), Zürich (n = 325), Basel-Stadt (n = 342) und Valais (n = 365) mit Stichprobenaufstockungen als eigene Schichten erhoben wurden. Die mittels SRPH ausgewählten Personen wurden schriftlich zur Befragung eingeladen, welche sie online oder telefonisch vornehmen konnten. Bei Nichtbeantwortung der Einladung wurden maximal zwei Erinnerungsschreiben versandt, was schliesslich in einer Nettostichprobe (nachfolgend Stichprobe genannt) von 2634 komplettierten Fragebogen (86% online und 14% per Telefon) resultierte. Die Stichprobe wurde nach den folgenden Kriterien gewichtet: geschlechtsabhängige Altersklassen, Bildungsniveau und Kanton.² Die ungewichteten länderspezifischen Stichproben und Rücklaufquoten der IHP-Befragungen 2014, 2017, 2021 und 2024 sind in Tabelle T 1.1 zu finden. Die ungewichtete und gewichtete Schweizer Stichprobe nach soziodemografischen Merkmalen (in %) sind in Tabelle T 1.2 abgebildet.

Bei der Betrachtung der **Stichprobengrössen** fällt auf, dass die teilnehmenden Länder eine grosse Heterogenität hinsichtlich der Stichprobengrösse aufweisen. Im Jahr 2024 ist insbesondere die Stichprobe von Frankreich (n = 300) vergleichsweise klein. Die Stichprobengrösse der Schweiz ist – dank der Stichprobenaufstockung der Kantone – erneut hoch. Die Stichprobengrösse wirkt sich auf die Genauigkeit und Repräsentativität aus, was indirekt mit Hilfe von Konfidenzintervallen dargestellt wird. Diese können breiter oder schmaler ausfallen.

Ein 95%-**Konfidenzintervalle** umfasst einen Wertebereich, in dem der «wahre» bzw. tatsächliche Anteil der Grundgesamtheit mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Beispielsweise beträgt

¹ Norwegen hat in der IHP-Befragung 2024 nicht mehr teilgenommen.

² Für weiterführende Informationen zu den Methoden in der Schweiz und den anderen Ländern ist der ausführliche Methodenbericht von SSRS (2024) zu konsultieren.

der Anteil der Wohnbevölkerung, der seinen Gesundheitszustand als ausgezeichnet, sehr gut oder gut einschätzt, in der Schweiz 73,4% und in Frankreich 64,1% (G 1.1). Während das Konfidenzintervall der Schweiz mit $-2,3$ bzw. $+2,4$ Prozentpunkten relativ schmal ist, ist dasjenige für Frankreich mit $-6,6$ bzw. $+6,7$ Prozentpunkten breiter.

Gerade bei kleinen Stichproben ist es besonders wichtig, die Konfidenzintervalle bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Ob sich die Konfidenzintervalle überschneiden oder nicht gibt einen Hinweis darauf, ob ein Unterschied zwischen Merkmalsausprägungen oder über die Zeit hinweg rein zufällig oder signifikant ist. Insbesondere bei kleinen Stichproben kann ein scheinbar grosser Unterschied in den Prozentwerten aufgrund breiter Konfidenzintervalle nicht signifikant sein und somit keinen echten Unterschied darstellen. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, werden in allen Abbildungen so oft wie möglich die Konfidenzintervalle dargestellt. Wo keine Konfidenzintervalle dargestellt werden, geschieht dies aus Gründen der Übersichtlichkeit, z. B., weil in einer Grafik bereits die Ergebnisse mehrerer Erhebungsjahre und Länder dargestellt sind. In solchen Fällen können zusätzlich zum Bericht die Ergebnistabellen (siehe hierzu auch Kapitel 1.4) konsultiert werden, in denen die Anteile einschliesslich der Konfidenzintervalle dokumentiert sind.

Ebenfalls hinsichtlich der Stichproben ist anzumerken, dass im Jahr 2014 ursprünglich Personen ab 55 Jahren in die Stichprobe aufgenommen wurden. Um die zeitliche Vergleichbarkeit der vier IHP-Befragungen zu gewährleisten, berücksichtigen die Analysen der Daten von 2014 nur Personen im Alter von 65+. Eine weitere Alterseingrenzung 65+ musste im Jahr 2021 für die USA vorgenommen werden, welche im Unterschied zu den anderen befragten Ländern Personen ab 60 Jahren befragte.

Zuletzt ist zu erwähnen, dass einige der im Bericht präsentierten Ergebnisse einer Korrektur der Basisrate unterliegen: Die Daten wurden hier nur in die Analyse einer Frage miteinbezogen, wenn die Wohnbevölkerung 65+ das erfragte Verhalten gezeigt hat oder zeigen konnte. Beispielsweise wurden nur Personen zu Koordinationsproblemen zwischen Hausarztpraxen und Spezialarztpraxen befragt, welche 1.) auch eine Konsultation bei einer Spezialärztin bzw. einem Spezialarzt angegeben haben und 2.) anschliessend an die Spezialarztkonsultation auch wieder ihre Hausarztpraxis aufsuchten. Im Bericht präsentierte Ergebnisse, welche einer Korrektur der Basisrate unterliegen, werden entweder im Text oder unterhalb der dazugehörigen Grafik als solche beschrieben.

T 1.1 Stichproben und Rücklaufquoten (in %), internationaler Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024

Land und Abkürzung		2014		2017		2021		2024	
		Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote
Australien	AU	1 670	-	2 500	25%	501	17%	500	14%
Deutschland	DE	547	-	751	19%	1 163	21%	2 008	4%
Frankreich	FR	860	-	750	24%	1 751	14%	300	21%
Grossbritannien	UK	581	-	753	22%	1 876	7%	1 551	10%
Kanada	CA	3 147	-	4 549	23%	4 332	22%	3 989	6%
Neuseeland	NZ	379	-	500	26%	500	24%	500	21%
Niederlande	NL	582	-	750	52%	630	15%	601	14%
Schweden	SE	5 000	-	7 000	29%	3 018	46%	2 707	42%
Schweiz	CH	1 084	-	3 238	45%	2 597	48%	2 634	50%
USA	US	1 116	-	1 392	19%	1 642	11%	1 946	3%
Total		14 966	-	22 183	28%	18 010	23%	16 736	19%

Bemerkung: Für die IHP-Befragung aus dem Jahr 2014 stehen keine Rücklaufquoten für die Wohnbevölkerungen 65+ zur Verfügung.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

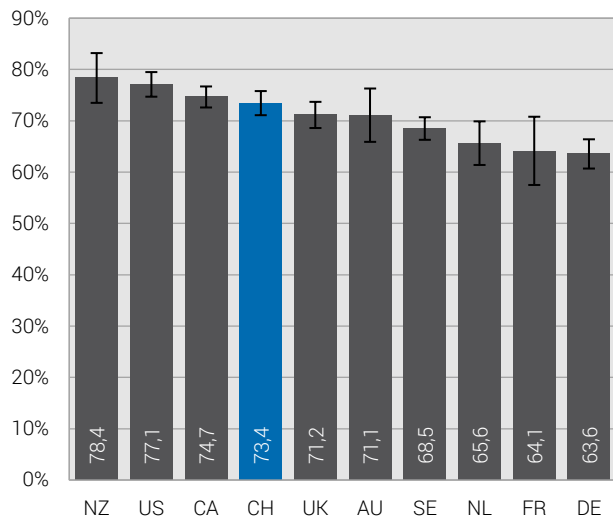
© Obsan 2024

T 1.2 Stichprobe nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Migrationsstatus, Sprachregion, Urbanisierungsgrad und kantonaler Aufstockung, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2024

Merkmal	Merkmalsausprägung	Stichprobe (nicht gewichtet)	Prozentanteil (nicht gewichtet)	Stichprobe (gewichtet)	Prozentanteil (gewichtet)
Geschlecht	Männer	1 224	47,5	1 150	44,7
	Frauen	1 352	52,5	1 424	55,3
Alter	65–69 Jahre	723	27,5	704	26,8
	70–74 Jahre	676	25,7	623	23,7
	75–79 Jahre	592	22,5	620	23,6
	80+ Jahre	636	24,2	680	25,9
Bildungsniveau	Obligatorische Schule	458	17,5	448	17,1
	Sekundarstufe II	1 603	61,2	1 857	70,9
	Tertiärstufe	557	21,3	315	12,0
Einkommen	Unterhalb der Armutsgrenze	563	22,3	570	22,6
	Oberhalb der Armutsgrenze	1 959	77,7	1 955	77,4
Migrationsstatus	Ohne Migrationshintergrund	1 977	75,5	2 067	78,8
	Mit Migrationshintergrund	642	24,5	557	21,2
Sprachregion	Deutschschweiz	1 667	63,3	1 894	71,9
	Französische Schweiz	650	24,7	602	22,8
	Italienische Schweiz	317	12,0	138	5,2
Urbanisierungsgrad	Stadt	1 771	67,2	1 647	62,5
	Agglomeration	521	19,8	590	22,4
	Land	342	13,0	397	15,1
	Schaffhausen	319	12,1	30	1,1
Kantonale Aufstockungen	Schweiz ohne Schaffhausen	2 315	87,9	2 604	98,9
	Zürich	325	12,3	434	16,5
	Schweiz ohne Zürich	2 309	87,7	2 200	83,5
	Basel-Stadt	342	13,0	62	2,4
	Schweiz ohne Basel-Stadt	2 292	87,0	2 572	97,6
	Wallis	365	13,9	116	4,4
	Schweiz ohne Wallis	2 269	86,1	2 518	95,6

Bemerkung: Bei einigen soziodemografischen Merkmalen kann die Summe der Merkmalsausprägungen vom Stichprobentotal (n = 2634) abweichen, da beispielsweise nicht alle befragten Personen ihre höchste abgeschlossene Ausbildung (n = 2618) definiert haben. Des Weiteren handelt es sich um gerundete Prozentangaben, weshalb die Prozentsumme innerhalb von einem Merkmal zwischen 99,9% und 100,1% variiert.

G 1.1 Ausgezeichnete, sehr gute oder gute selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2024

1.3 Nutzen und Grenzen der Analysen

Ein grosser Nutzen der IHP-Befragungen stellt die internationale und zeitliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse dar. Die Erfahrungen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz können mit den Erfahrungen der Wohnbevölkerung 65+ in den anderen Ländern verglichen werden, und bei einigen Themen sind Längsschnittvergleiche über die vier IHP-Befragungen von 2014, 2017, 2021 und 2024 möglich. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es die nachfolgenden Punkte zu beachten.

Die mittels SRPH gezogene **Stichprobe** repräsentiert ausschliesslich die Wohnbevölkerung 65+, welche in einem Privathaushalt lebt. Die Bewohnerinnen bzw. Bewohner von **Alters- und Pflegeheimen** können mit dem SRPH nicht kontaktiert werden und wurden folglich nicht befragt. Bei einigen Fragen könnte dies zu einer Verzerrung der tatsächlichen Anteile geführt haben. So beispielsweise bei Fragen zum Gesundheitszustand, zur sozialen Isolation oder zu Einschränkungen in grundlegenden Aktivitäten des Alltags.

Zwischen den Befragungen wurden bei einigen Fragestellungen und/oder Antwortformaten **Änderungen** vorgenommen, weshalb diese nur mit Vorsicht oder nicht verglichen werden können: Beispielsweise wurde in der Frage zu den seelischen Belastungen (Q1430) der erfragte Zeithorizont von zwei Jahren auf 12 Monate reduziert. Zusätzlich ist der englische Originalfragebogen auf Deutsch, Französisch und Italienisch sowie in die Sprachen der anderen Länder übersetzt worden, weshalb die sprachlichen und länderspezifischen Anpassungen zu minimalen Modifikationen der Fragestellungen und damit zu unterschiedlichen Interpretationen geführt haben könnten.

Es gilt zu beachten, dass die Resultate die **subjektive Einschätzung** der jeweiligen Wohnbevölkerung 65+ widerspiegeln und nicht unbedingt die tatsächliche, objektive Begebenheit der Ereignisse. Diese Vorsicht gilt es beispielsweise bei Fragen zu Koordinationsproblemen zwischen Leistungserbringern zu beachten, da den befragten Personen vermutlich nicht alle nötigen Informationen zur Einschätzung der Koordinationsprobleme zur Verfügung standen, um den Vorfall differenziert zu evaluieren.

1.4 Tabellen zum Bericht

Seit der IHP-Befragung 2020 finden sich die detaillierten Ergebnistabellen auf der Internetseite des BAG und werden nicht mehr als Anhang in den Bericht integriert. Die Ergebnistabellen umfassen die Ländertabellen (z. B. L 2.1) aus den Jahren 2014, 2017, 2021 und 2024 sowie die schweizspezifischen soziodemografischen Tabellen (z. B. C 2.1) aus denselben Jahren. Weiterführende Informationen und eine Variablenübersicht finden sich auf den ersten Excel-Tabellenblättern in der jeweiligen Excel-Datei auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch/cwf-berichte) unter ältere Wohnbevölkerung.

Die soziodemografischen Tabellen der Schweiz enthalten die folgenden 8 Merkmale: Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Migrationsstatus, Sprachregion, Urbanisierungsgrad sowie die vier Stichprobenaufstockungen der Kantone Schaffhausen, Zürich, Basel-Stadt und Wallis. Die Merkmale werden hier mit Ausnahme von Geschlecht und Alter kurz erläutert.

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

Das **Einkommen** wurde anhand der Armutsgrenze eingeteilt, die für die Schweiz mittels der folgenden Frage (Q2076) definiert wird: «Können Sie bitte angeben, in welchen Bereich das monatliche Einkommen Ihres Haushalts fällt (alle Personen zusammengezählt, inklusive Löhne, Renten der AHV, allfällige Ergänzungsleistungen, Pensionskasse, 3. Säule und anderer Einkommen)?». Hiermit ist das Bruttoeinkommen vor Abzug aller obligatorischen Ausgaben (d. h. Steuern und Prämien der Grundversicherung) gemeint. Ein Bruttoeinkommen von weniger als 3500 Franken wird als unterhalb der Armutsgrenze definiert, während alle Antwortkategorien von 3500 Franken und mehr als oberhalb der Armutsgrenze zusammengeschlossen werden. Verglichen mit den Zahlen des BFS zur durchschnittlichen Armutsgrenze nach Haushaltstyp lässt sich festhalten, dass die Armutsgrenze im Jahr

2022 für eine Einzelperson bei durchschnittlich 2284 Franken pro Monat lag und für einen Haushalt mit zwei Erwachsenen (ohne Kinder) bei durchschnittlich 3044 Franken pro Monat (BFS, 2024). Hierbei handelt es sich im Unterschied zur IHP-Befragung um das verfügbare Einkommen (d. h. nach Abzug aller obligatorischen Ausgaben). Es ist des Weiteren davon auszugehen, dass die Armutsgrenze für Personen ab 65 Jahren tendenziell tiefer als die hier angegebenen BFS-Armutsgrenzen für die gesamte Wohnbevölkerung ausfallen, da die angerechneten Wohnkosten in der Berechnung³ der Armutsgrenze für die Wohnbevölkerung 65+ (aufgrund von Wohneigentum oder tiefen Mieten) generell tiefer ausfallen. Demzufolge ist davon auszugehen, dass es sich bei der in der IHP definierten Armutsgrenze von 3500 Franken um eine zulässige Trenngrenze handelt. Ausführlichere Informationen zu Armut im Alter bietet die Publikation des BFS (2020).

Das Merkmal **Migrationsstatus**⁴ 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 oder woanders geboren?» (Q2115) zusammen. Die Merkmalsausprägung ohne Migrationshintergrund fasst Personen zusammen, welche in der Schweiz geboren sind und bei denen mindestens ein Elternteil ebenfalls in der Schweiz geboren ist sowie Personen, welche nicht in der Schweiz geboren sind, bei welchen aber mindestens ein Elternteil in der Schweiz geboren ist. Alle anderen Kombinationen beinhalten Personen mit Migrationshintergrund (z. B. in der Schweiz geboren, aber beide Eltern woanders geboren).

Der **Urbanisierungsgrad** wurde im Vergleich zur Erhebung von 2021 geändert und ist nicht mehr vergleichbar. Im Unterschied zu 2021 wurden die Befragten anhand ihrer Postleitzahl der Stadt/Land-Typologie des BFS (BFS, 2023) zugeordnet. 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.

Die Einteilung nach **Sprachregion** basiert auf der regionalen Ziehung aus dem SRPH des BFS. Im Bericht wird jeweils von der Deutschschweiz, der französisch- und der italienischsprachigen Schweiz gesprochen. Rätoromanisch sprechende Personen wurden – sofern in Erhebungsjahren vorhanden – der deutschsprachigen Schweiz zugeordnet (2014: n = 0; 2017: n = 2; 2021: n = 5; 2024: n = 0). Für die vier Kantone mit Stichprobenaufstockung werden jeweils die Daten für den Kanton und für die Schweiz ohne den jeweiligen Kanton) präsentiert. Auf diese Weise wird ein Vergleich der kantonalen Anteile mit der restlichen Schweiz (ohne den jeweiligen Kanton) ermöglicht.

³ In der empirischen Berechnung der Armutsgrenzen auf Basis der SILC-Daten (Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen, BFS) fliessen drei Komponenten ein: Grundbedarf nach Richtlinien der Schweizerischen Konferenz der Sozialhilfe (SKOS), die durchschnittlichen angerechneten Wohnkosten und ein Betrag für weitere Auslagen.

⁴ Bevölkerung nach Migrationsstatus ersetzt zunehmend das Konzept der Nationalität, welches ausschliesslich auf der Staatszugehörigkeit der befragten Person zum Zeitpunkt der Befragung beruht und keinen Aufschluss über die eigentlichen Migrationserfahrungen gibt. Der Migrationsstatus im Rahmen der IHP-Befragungen stellt einen Proxy des BFS-Migrationsstatus dar, zu welchem sich detaillierte Informationen auf der Internetseite des BFS finden lassen.

2 Gesundheitszustand

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zur selbst wahrgenommenen Gesundheit und zu chronischen Erkrankungen dargestellt. Darüber hinaus werden Themen, die mit dem Gesundheitszustand zusammenhängen, wie Behandlungswünsche am Lebensende und Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente, behandelt.

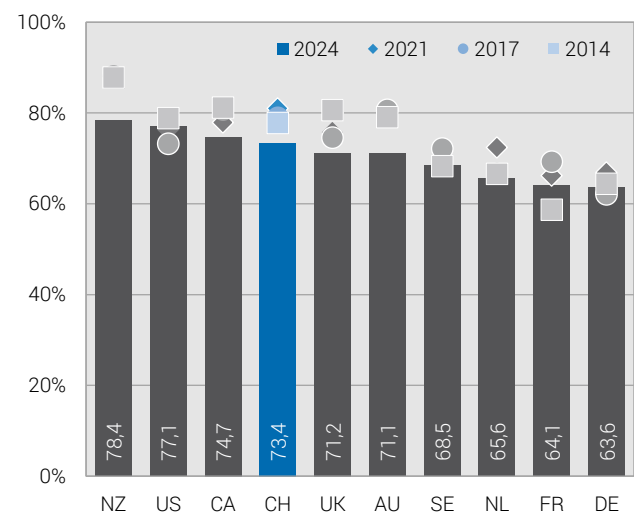
2.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit

Die eigene Gesundheit wird durch die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz grösstenteils als ausgezeichnet, sehr gut oder gut eingeschätzt, jedoch ist dieser Anteil seit 2021 gesunken.

Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand ist eine subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und wird in den IHP-Befragungen als internationaler Indikator zur Erfassung der allgemeinen Gesundheit der jeweiligen Wohnbevölkerung verwendet. Im Jahr 2024 schätzen fast drei Viertel (73,4%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz ihre Gesundheit als ausgezeichnet, sehr gut, oder gut ein (G 2.1). Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz in der vorderen Hälfte der zehn betrachteten Länder. Am höchsten ist der Anteil der positiv wahrgenommenen Gesundheit in Neuseeland (78,4%), am tiefsten in Deutschland (63,6%). Es ist jedoch anzumerken, dass sich der Anteil in der Schweiz nur von jenem in Schweden (68,5%), den Niederlanden (65,6%), Frankreich (64,1%) und Deutschland (63,6%) unterscheidet. Seit 2021 ist in der Schweiz ein Rückgang der selbst wahrgenommenen Gesundheit zu verzeichnen (81,0%). Insbesondere auch in Neuseeland und Australien ist ein solcher Rückgang im Vergleich zu 2021 zu beobachten (NZ: 88,0%, AU: 79,8%), doch ist dieser Rückgang nur in Neuseeland signifikant.

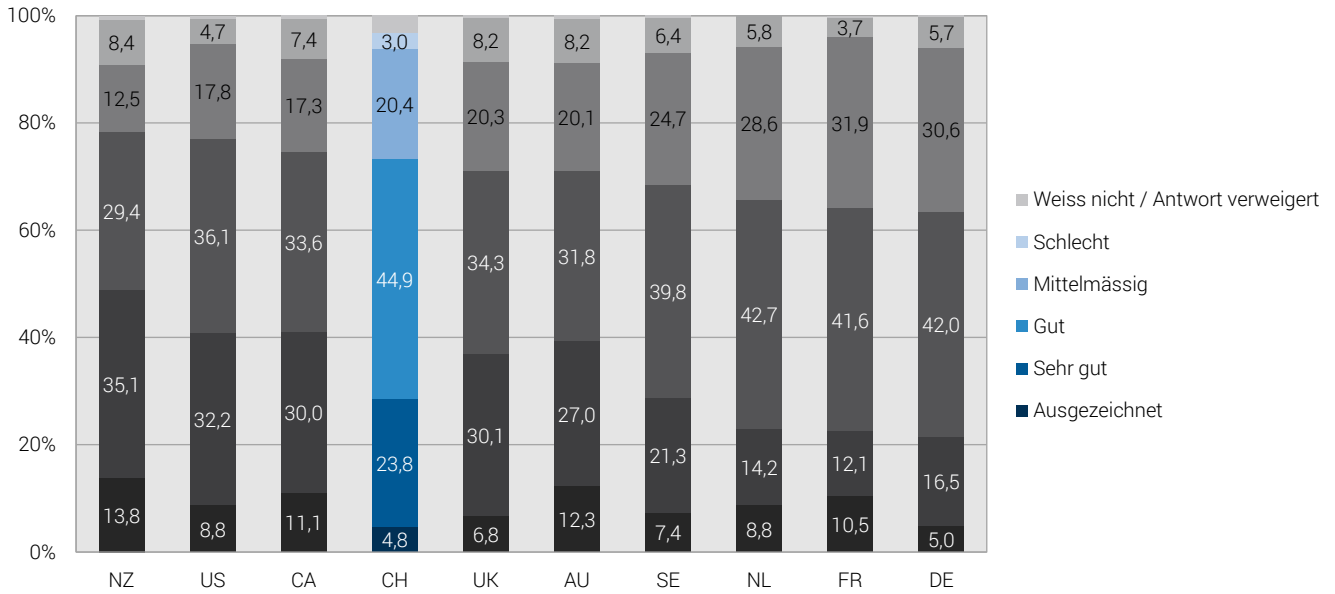
Betrachtet man die gesamte Antwortskala, so fällt in der Schweiz vor allem der geringe Anteil (4,8%) an ausgezeichneten und der hohe Anteil (44,9%) an guten Bewertungen auf: Beide Anteile entsprechen im internationalen Vergleich dem tiefsten bzw. höchsten Anteilswert in der jeweiligen Antwortkategorie (G 2.2). Hervorzuheben ist zudem, dass fast ein Viertel (23,4%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz die eigene Gesundheit als mittelmässig (20,4%) oder schlecht (3,0%) einschätzt.

G 2.1 Ausgezeichnete, sehr gute oder gute selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2024

G 2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024



Bemerkung: Die Länder sind nach der Summe der Anteile ausgezeichnet, sehr gut und gut absteigend geordnet.

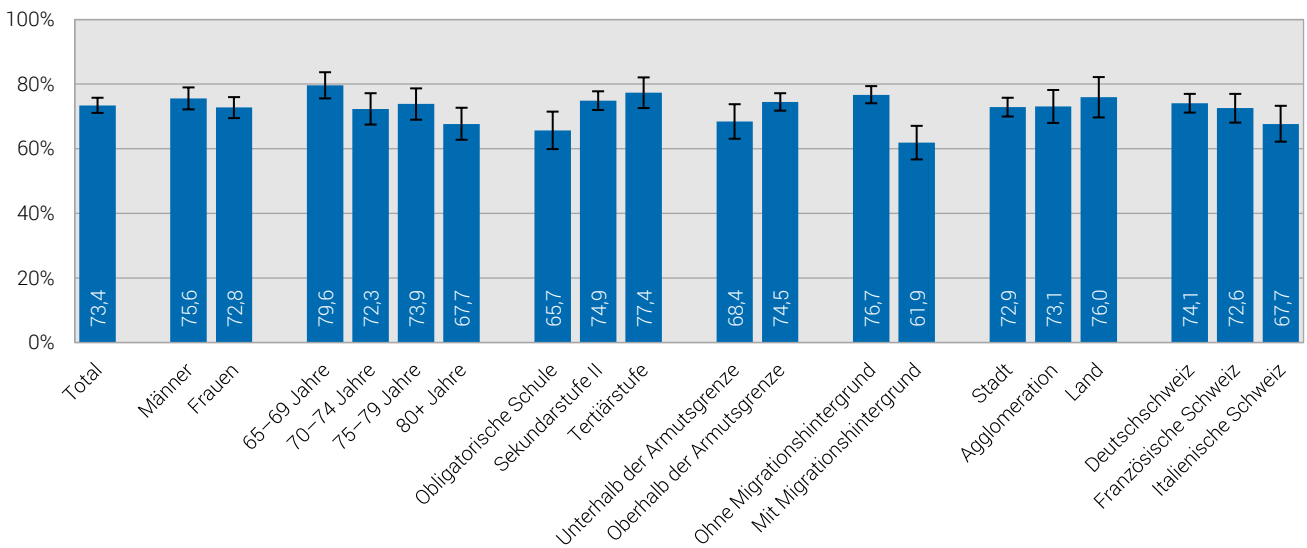
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

Im soziodemografischen Profil der Schweiz fallen insbesondere Unterschiede bezüglich Alter, Bildung und Migrationshintergrund auf, während die anderen Effekte nicht signifikant sind (G 2.3). Erwartungsgemäss besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem Alter und der selbst wahrgenommenen Gesundheit. Allerdings unterscheidet sich nur der Anteil der 65- bis 69-Jährigen (79,6%) signifikant von dem der 80-Jährigen und Älteren

(67,7%). Personen mit höherer Ausbildung (Sekundarstufe: 74,9%, Tertiärstufe: 77,4%) schätzen ihre Gesundheit besser ein als Personen ohne nachobligatorischen Abschluss (65,7%). Schliesslich schätzt die Wohnbevölkerung 65+ ohne Migrationshintergrund (76,7%) ihre Gesundheit besser ein als die Wohnbevölkerung 65+ mit Migrationshintergrund (61,9%).

G 2.3 Selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024



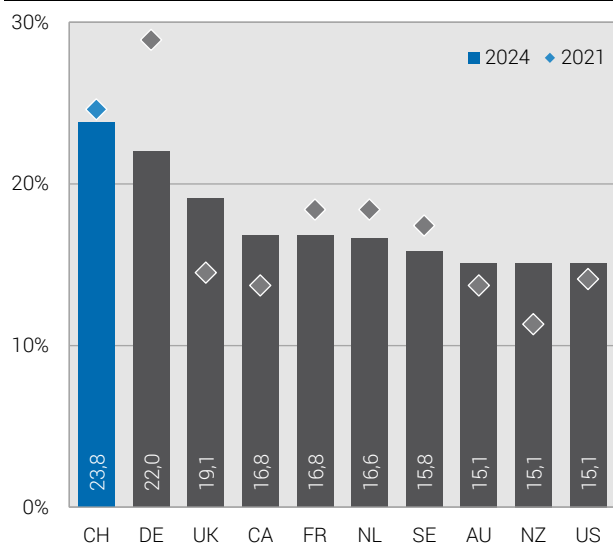
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

Knapp ein Viertel der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz berichtet, in grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens stark oder ein bisschen eingeschränkt zu sein.

Mit Hilfe von Skalen zur Erfassung der Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL; *activities of daily living*) kann der funktionelle Status einer Person erfasst werden. Damit können Krankheitsverläufe überwacht und Therapien kontinuierlich evaluiert werden (Katz, 1983). Ältere, chronisch kranke Menschen können in diesen Aktivitäten stärker eingeschränkt oder sogar auf Unterstützung angewiesen sein. Daher geben ADL-Skalen nicht nur Auskunft über den körperlichen Gesundheitszustand einer älteren Person, sondern auch über ihren Unterstützungsbedarf.

G 2.4 Sind in Aktivitäten des täglichen Lebens stark eingeschränkt oder ein bisschen eingeschränkt, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2021 und 2024



Bemerkung: Es handelt sich in der IHP bei der Erfassung der Einschränkung in grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens nicht um eine Skala, sondern um ein Single-Item (d. h. eine einzige Frage, welche das gesamte Konstrukt der ADL erfasst).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2024

Knapp ein Viertel (23,8%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz gibt an, in alltäglichen Aktivitäten wie der Nahrungsaufnahme, dem Aufstehen aus dem Bett, dem An- und Ausziehen, dem Baden oder dem Benutzen der Toilette eingeschränkt zu sein (G 2.4): 3,1% sind stark eingeschränkt und 20,7% sind ein bisschen eingeschränkt (siehe Tabelle C 2.1). Damit liegt die Schweiz im internationalen Vergleich an erster Stelle vor Deutschland (22,0%) und Grossbritannien (19,1%), zu denen allerdings kein signifikanter

Unterschied besteht. Am wenigsten eingeschränkt zeigt sich die Wohnbevölkerung 65+ in Australien, Neuseeland und den USA, wo nur 15,1% angeben, bei grundlegenden Aktivitäten stark oder ein bisschen eingeschränkt zu sein.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz ist wie zu erwarten erneut ein Alterseffekt zu beobachten. Die 65- bis 69-Jährigen (15,5%) sind weniger häufig stark eingeschränkt oder ein bisschen eingeschränkt als die 80-Jährigen und Älteren (39,0%, siehe Tabelle C 2.1).

2.2 Prävalenz und Behandlung von chronischen Erkrankungen

Als objektiver Indikator für den Gesundheitszustand der älteren Wohnbevölkerung kann – im Gegensatz zur selbst wahrgenommenen Gesundheit – die Anzahl und das Ausmass vorhandener chronischer Erkrankungen herangezogen werden. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zur Lebenszeitprävalenz chronischer Erkrankungen dargestellt. Der Begriff Lebenszeitprävalenz ist im Rahmen der IHP-Befragungen wie folgt definiert: Die befragte Person hat von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt jemals erfahren, dass sie an einer chronischen Krankheit leidet, unabhängig vom aktuellen Krankheits- oder Behandlungsstatus.

Über drei Viertel der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz leiden oder litten in ihrem Leben an mindestens einer chronischen Erkrankung.

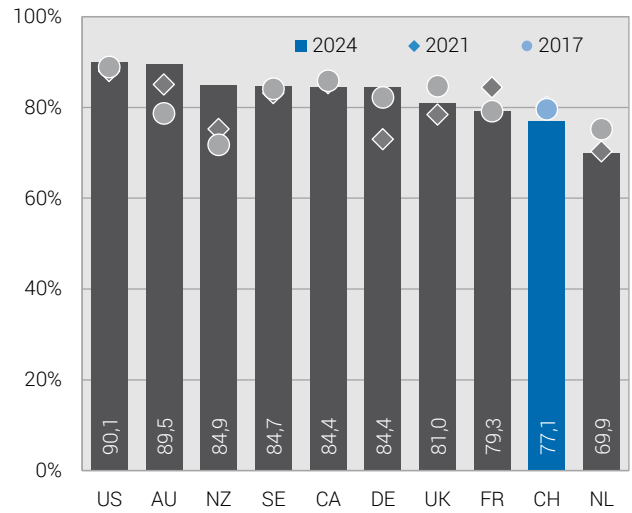
Mehr als drei Viertel (77,1%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz haben von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt die Diagnose erhalten, dass sie an mindestens einer chronischen Krankheit leiden.⁵ Im internationalen Vergleich ist dieser Anteil einer der niedrigsten, was positiv zu bewerten ist. Lediglich die Niederlande haben einen signifikant kleineren Anteil (69,9%, G 2.5). Wiederum signifikant grösser als der Anteil der Schweiz sind die Anteile von Deutschland (84,4%) bis zu den USA (90,1%). In der zeitlichen Entwicklung seit 2017 ist in Neuseeland ein Anstieg zu beobachten (+13,1 Prozentpunkte). Auch in Deutschland ist seit 2021 ein Anstieg zu verzeichnen (+11,4 Prozentpunkte). Der Anteil in der Schweiz hat sich hingegen seit 2017 kaum verändert und liegt in allen drei Erhebungen bei rund 80% oder zuletzt unwesentlich darunter.

Das soziodemografische Profil der Schweiz zeigt, dass die Häufigkeit mindestens einer chronischen Erkrankung mit dem Alter zunimmt (65–69 Jahre: 71,2%, 80+ Jahre: 83,4%, siehe Tabelle C 2.2). Ebenfalls mit dem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, gleichzeitig an mehreren chronischen Krankheiten zu leiden (Multimorbidität, zwei oder mehr Krankheiten bei den 65- bis 69-Jährigen: 38,5%, bei den 80-Jährigen und Älteren: 60,1%, siehe Tabelle

⁵ Berücksichtigt sind folgende Krankheiten: 1.) Hypertonie oder Bluthochdruck, 2.) Herzkrankheiten inkl. Herzinfarkt, 3.) Diabetes, 4.) Asthma oder eine chronische Lungenkrankheit, 5.) Depression, Angstzustände oder andere psychische Störungen, 6.) Krebs, 7.) Gelenkschmerzen oder Arthritis und 8.) Schlaganfall.

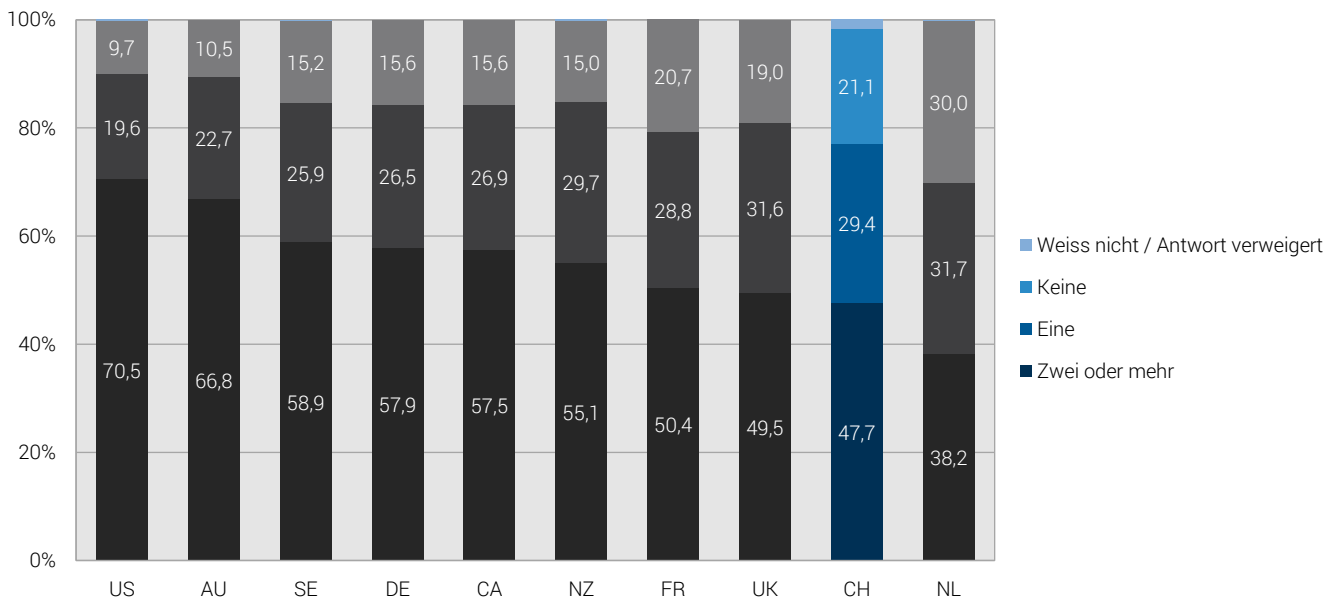
C 2.3). In der Schweiz hat etwa die Hälfte (47,7%) der Wohnbevölkerung 65+ schon einmal von ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt gehört, dass sie an zwei oder mehr chronischen Krankheiten leidet (G 2.6). Auch dies ist einer der niedrigsten Anteile, noch vor den Niederlanden (38,2%). Am schlechtesten schneiden die USA ab: Sieben von zehn Personen (70,5%) der amerikanischen Wohnbevölkerung 65+ leiden an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen.

G 2.5 Leiden an mindestens einer chronischen Erkrankung (Lebenszeitprävalenz), Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

G 2.6 Anzahl diagnostizierter chronischer Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz), Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024



Bemerkung: Die Grafik ist anhand der Grösse des Anteils zwei oder mehr absteigend geordnet.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024.

Die meistgenannten chronischen Erkrankungen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz sind Hypertonie oder Bluthochdruck, Gelenkschmerzen oder Arthritis sowie Herzkrankheiten.

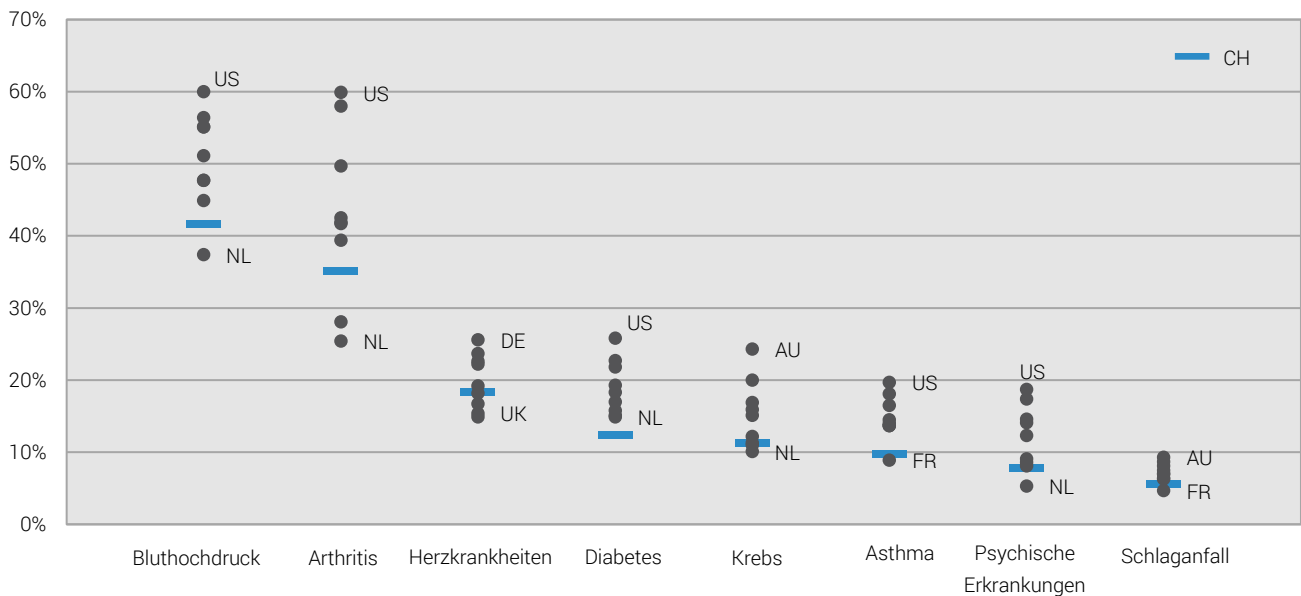
Die folgenden Ergebnisse zu den chronischen Krankheiten und deren Behandlung basieren auf dem Ja-Anteil auf die Frage, ob man von einer Ärztin bzw. einem Arzt gehört habe, dass man an einer chronischen Krankheit leide. Von allen im Jahr 2024 abgefragten chronischen Erkrankungen werden von der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz am häufigsten Hypertonie oder Bluthochdruck (41,7%), Gelenkschmerzen oder Arthritis (35,1%) und Herzkrankheiten (18,3%) genannt (G 2.7). Hypertonie bzw. Bluthochdruck und Gelenkschmerzen bzw. Arthritis sind auch im internationalen Vergleich die am häufigsten genannten chronischen Erkrankungen. Dabei liegen die Höchstwerte deutlich über den Schweizer Anteilen, die zu den niedrigsten gehören (Hypertonie bzw. Bluthochdruck in den USA: 60,0%, Gelenkschmerzen bzw. Arthritis in den USA: 59,9%). Die Ja-Anteile für Herzkrankheiten schwanken zwischen 15,4% in Grossbritannien und 25,6% in Deutschland, womit die Schweiz im Mittelfeld der Länder liegt.

Die Tabelle T 2.1 zeigt die Prävalenzen der chronischen Krankheiten für die Schweiz nach soziodemografischen Merkmalen. Darin enthalten sind auch neurologische Erkrankungen wie Demenz oder Alzheimer (2,4%), die nur in der Schweiz abgefragt wurden. Bei Bluthochdruck oder Hypertonie, Herzkrankheiten, Gelenkschmerzen oder Arthritis sowie neurologischen Erkrankungen ist

ein signifikanter Anstieg der Häufigkeit mit zunehmendem Alter festzustellen. So geben 34,0% der 65- bis 69-Jährigen an, unter Bluthochdruck oder Hypertonie zu leiden, während es bei den 80-Jährigen und Älteren bereits fast die Hälfte (48,7%) ist. Des Weiteren lassen sich bei Bluthochdruck oder Hypertonie, Herzkrankheiten, Diabetes, psychischen Erkrankungen (wie Depressionen oder Angstzustände) und Gelenkschmerzen oder Arthritis signifikante Geschlechterunterschiede finden. So sind Männer deutlich häufiger von Bluthochdruck (46,0% versus 38,1%), Herzkrankheiten (22,9% versus 14,9%) oder Diabetes (15,6% versus 9,4%) betroffen, während Frauen deutlich häufiger angeben, an psychischen Erkrankungen (10,4% versus 4,7%) oder Gelenkschmerzen bzw. Arthritis (40,0% versus 29,3%) zu leiden.

Personen aus Haushalten unterhalb der Armutsgrenze leiden häufiger an Diabetes (17,2% versus 10,9%) und psychischen Erkrankungen (14,0% versus 6,3%) als Personen aus Haushalten oberhalb der Armutsgrenze. Ein weiterer Effekt lässt sich bezüglich Diabetes und Migrationsstatus finden: Die Wohnbevölkerung 65+ mit Migrationshintergrund leidet in der Schweiz deutlich häufiger an Diabetes als die Wohnbevölkerung 65+ ohne Migrationshintergrund (17,7% versus 10,8%). Schliesslich unterscheiden sich die Prävalenzen von psychischen Erkrankungen und Gelenkschmerzen oder Arthritis zwischen der französisch- und der deutschsprachigen Schweiz. Sowohl psychische Erkrankungen (11,8% versus 6,5%) wie auch Gelenkschmerzen oder Arthritis (41,9% versus 32,5%) sind in der französischsprachigen Schweiz häufiger.

G 2.7 Leiden an einer spezifischen chronischen Erkrankung, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024



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

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

T 2.1 Leiden an einer spezifischen chronischen Erkrankung, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024

		Hypertonie oder Bluthochdruck	Herzkrankheiten	Diabetes	Asthma oder Lungenkrankheit	Psychische Erkrankung	Krebs	Gelenkschmerzen oder Arthritis	Schlaganfall	Neurologische Erkrankungen
Geschlecht	Total	41,7	18,3	12,3	9,7	7,8	11,2	35,1	5,6	2,4
	Männer	46,0	22,9	15,6	7,7	4,7	12,7	29,3	5,6	1,6
	Frauen	38,1	14,9	9,4	11,6	10,4	10,1	40,0	5,4	3,1
Altersklassen	65–69 Jahre	34,0	13,9	12,2	7,0	6,3	8,7	28,1	2,9	1,0
	70–74 Jahre	39,8	16,3	10,5	9,9	8,3	9,2	35,3	5,9	1,2
	75–79 Jahre	44,9	15,0	10,2	9,6	9,1	13,5	35,4	6,5	3,0
	80+ Jahre	48,7	28,0	15,7	12,5	8,0	13,7	41,4	7,4	4,6
Bildungsniveau	Obligatorische Schule	46,2	18,1	12,8	9,4	12,6	11,4	36,9	6,3	2,7
	Sekundarstufe II	41,8	18,2	12,4	10,3	7,0	11,1	34,8	5,5	2,5
	Tertiärstufe	36,5	20,0	11,0	6,7	6,3	11,7	35,0	5,8	1,9
Einkommen	< Armutsgrenze	47,4	18,5	17,2	9,9	14,0	9,8	38,7	7,6	3,0
	> Armutsgrenze	40,0	18,6	10,9	9,6	6,3	11,7	34,7	5,1	2,4
Migrationsstatus	Ohne Migrationshintergrund	41,6	18,5	10,8	10,2	6,9	11,5	34,0	5,5	2,7
	Mit Migrationshintergrund	42,2	17,4	17,7	7,9	11,5	10,6	39,1	6,0	1,6
Urbanisierung	Stadt	40,7	18,0	13,9	10,7	7,0	9,5	35,2	5,2	2,2
	Agglomeration	44,8	18,7	10,3	8,4	10,0	15,6	35,0	4,2	3,2
	Land	40,9	19,2	8,6	7,7	8,2	11,9	34,6	9,3	2,2
Sprachregion	Deutschs Schweiz	40,6	18,2	12,0	10,0	6,5	11,0	32,5	5,1	2,2
	Französische Schweiz	45,4	18,4	12,2	9,1	11,8	12,9	41,9	7,7	2,6
	Italienische Schweiz	40,7	20,0	16,2	7,9	9,5	7,3	39,8	4,1	4,5

Bemerkung: Bei den blau eingefärbten Merkmalen ist ein signifikanter Unterschied in mindestens zwei Merkmalsausprägungen zu finden. Zum Beispiel berichten 80-jährige und ältere Personen häufiger von Hypertonie oder Bluthochdruck als die 65- bis 69-jährigen Personen.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

Der Anteil derer die ein Krankheitsmanagement erhalten bleibt unverändert ebenso wie die überaus häufige Zuversicht die eigene(n) chronische(n) Erkrankung(en) bewältigen zu können.

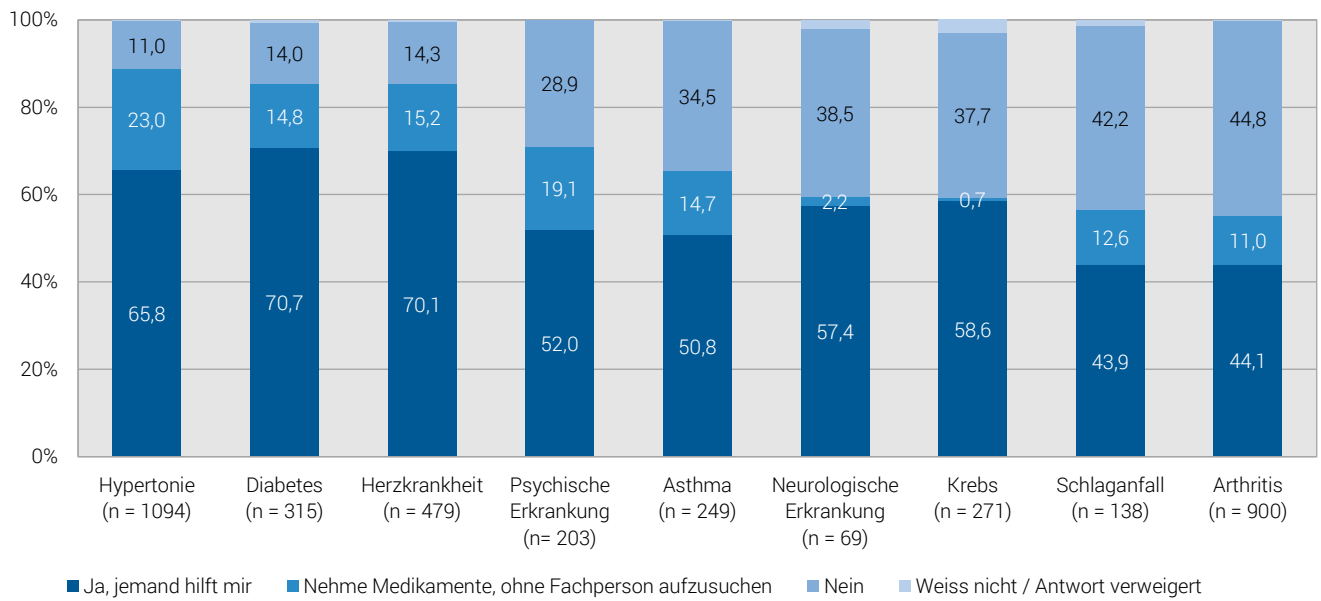
Auch im Jahr 2024 wurden alle Personen mit einer chronischen Erkrankung gefragt, ob sie sich derzeit in Behandlung befinden oder eine medizinische Fachperson konsultieren, die ihnen beim Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung hilft. Bei Hypertonie oder Bluthochdruck (88,8%), Diabetes (85,5%) und Herzkrankheiten (85,3%) befinden sich die meisten befragten Personen 65+ in der Schweiz in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung (G 2.8). Auch im Jahr 2021 gehörten diese drei Erkrankungen mit vergleichbaren Anteilen zu den drei am häufigsten genannten (siehe Tabellen C 2.4 bis C 2.12).

Personen mit chronischen Erkrankungen, die im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung waren, wurden zu verschiedenen Aspekten des Krankheitsmanagements befragt (G 2.9). In der Schweiz

wurden mit 65,0% der befragten Personen 65+ die Behandlungsziele und -prioritäten besprochen, während 60,9% klare Anweisungen bezüglich der zu beobachtenden Symptome und der Gründe für eine notwendige Nachbehandlung erhielten. Obwohl diese Anteile im Vergleich zum Jahr 2021 gestiegen sind, ist der Unterschied unbedeutend (Ziele und Prioritäten der Behandlung 2021: 60,1%, klare Anweisungen: 55,4%). Im internationalen Vergleich entsprechen diese Anteile im Jahr 2024 den dritt- und zweithöchsten Rängen. Allerdings ist nur im Fall der Besprechung der wichtigsten Behandlungsziele und -prioritäten der Höchstwert der USA grösser als der Schweizer Anteil (US: 72,6%).

Insgesamt sind in der Schweiz 91,1% der Wohnbevölkerung 65+ sehr zuversichtlich oder zuversichtlich, die eigene(n) chronische(n) Erkrankung(en) kontrollieren und bewältigen zu können, ein Ergebnis, das im zeitlichen Verlauf nur unbedeutend variiert (2017: 93,2%, 2021: 94,3%, siehe Tabelle C 2.13).

G 2.8 Befinden sich aktuell in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung, Wohnbevölkerung 65+, Schweiz, 2024



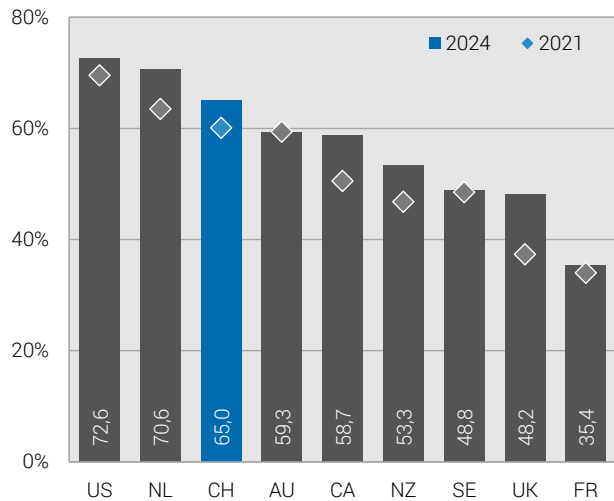
Bemerkung: Gerade bei den chronischen Erkrankungen mit sehr niedrigen Teilstichproben (z. B. neurologische Erkrankungen n = 69) ist bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht geboten, da die Konfidenzintervalle sehr breit ausfallen.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

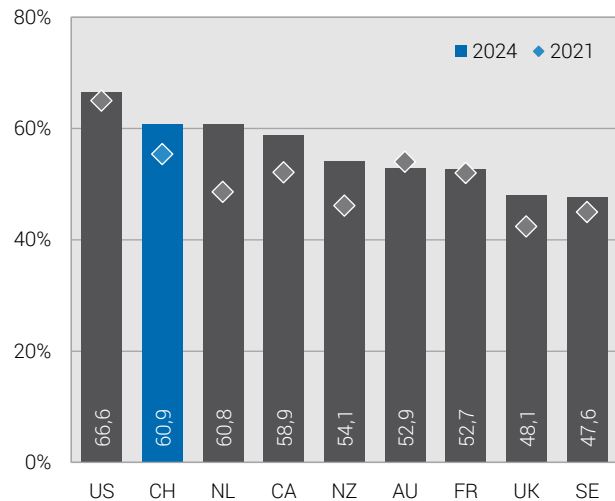
© Obsan 2024

G 2.9 Indikatoren zu Hilfestellungen bei chronischen Erkrankungen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2021 und 2024

Ziele bzw. Prioritäten zur Behandlung der chronischen Krankheit(en) besprochen



Anweisungen erhalten, auf welche Symptome zu achten sind



Bemerkung: Befragte, die Medikamente einnehmen ohne Gesundheitspersonal aufzusuchen, wurden von der Analyse ausgeschlossen (korrigierte Basisrate).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

Jeweils etwa 15% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz fühlen sich oft oder manchmal von anderen Personen isoliert und leiden unter seelischen Belastungen.

Einsamkeit, emotionale Verstimmungen oder belastende Ereignisse gehören zum Alltag eines jeden Menschen und müssen nicht zwangsläufig zu einer diagnostizierten psychischen Erkrankung führen. Anhaltende Einsamkeit und emotionale Belastungen können jedoch Ursachen oder Frühzeichen psychischer Erkrankungen sein und sollten insbesondere bei der älteren Wohnbevölkerung kontinuierlich beobachtet werden (Schuler et al., 2020). Entsprechende Indikatoren sind daher Bestandteil der IHP-Befragung der Wohnbevölkerung 65+.

Von der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz fühlen sich 14,4% oft oder manchmal von anderen Personen isoliert, was im internationalen Vergleich den zweitbesten Rang darstellt (G 2.10). Allerdings unterscheiden sich die Anteile in der Schweiz nicht signifikant von jenen in Deutschland (11,9%), Neuseeland (17,5%), den Niederlanden (18,8%) und Frankreich (19,7%). Am häufigsten berichten Befragte 65+ in Australien (30,5%) von Isolation, gefolgt von der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren in den USA (24,6%) und Kanada (24,3%).

Im Zeitverlauf hat sich die wahrgenommene Isolation in der Schweiz seit dem zwischenzeitlichen Höchstwert im Jahr 2021 (18,5%) wieder um –4,1 Prozentpunkte gesenkt. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in den USA, Kanada, Grossbritannien, Schweden, den Niederlanden und Deutschland zu beobachten, wenn auch in sehr unterschiedlichem Ausmass. In diesen Ländern ist davon auszugehen, dass die Covid-19-Pandemie und die damit assoziierten Schutzmassnahmen (z. B. Empfehlung, soziale Kontakte zu meiden) zum zwischenzeitlich erhöhten Gefühl der Isolation geführt haben. Entgegen den Erwartungen ist in Frankreich die wahrgenommene Isolation im Jahr 2021 zurückgegangen und hat sich seitdem stabilisiert. Ebenfalls anders als erwartet ist die Entwicklung in Australien und Neuseeland, wo der zwischenzeitliche Höchstwert 2021 ausgeblieben ist und in der Tendenz eher zwischen 2021 und 2024 eine Zunahme stattgefunden hat.

In der Betrachtung des soziodemografischen Profils der Schweiz fallen Unterschiede nach Geschlecht, Einkommen, Migrationshintergrund und Sprachregion auf (siehe Tabelle C 2.14). Frauen (18,3%) sind häufiger von Isolation betroffen als Männer (9,8%). Auch Personen mit einem Haushaltseinkommen unter der Armutsgrenze (24,0%) sind häufiger von Isolation betroffen als Personen mit einem Haushaltseinkommen über der Armutsgrenze (12,1%). Ebenso leiden Personen mit Migrationshintergrund (22,0%) im Gegensatz zu Personen ohne diesen (12,3%) häufiger unter Isolation. In der französischsprachigen Schweiz fühlen sich deutlich mehr Personen oft oder manchmal von anderen Personen isoliert als in der deutschsprachigen Schweiz

(20,0% versus 12,3%), während sich die italienischsprachige Schweiz nicht signifikant von den beiden anderen Sprachregionen unterscheidet (17,8%).

In der Schweiz litten 15,1% der Wohnbevölkerung 65+ in den vergangenen 12 Monaten unter seelischen Belastungen wie Angstzuständen oder grosser Traurigkeit und hatten das Gefühl, diese nicht bewältigen zu können (G 2.10). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem zweitniedrigsten, also zweitbesten Rang nach Schweden (13,5%). Am häufigsten berichtet die Wohnbevölkerung 65+ in Frankreich (24,8%) von nur schwer zu bewältigenden seelischen Belastungen, gefolgt von Australien (24,5%) und Deutschland (20,0%). Es sind diese drei Länder, zu denen sich der Anteil der Schweiz signifikant unterscheidet. Während in Deutschland seit der Befragung 2021 ein deutlicher Anstieg von 6,2% auf 20,0% zu verzeichnen ist, sind die zeitlichen Entwicklungen in den anderen Ländern unbedeutend.

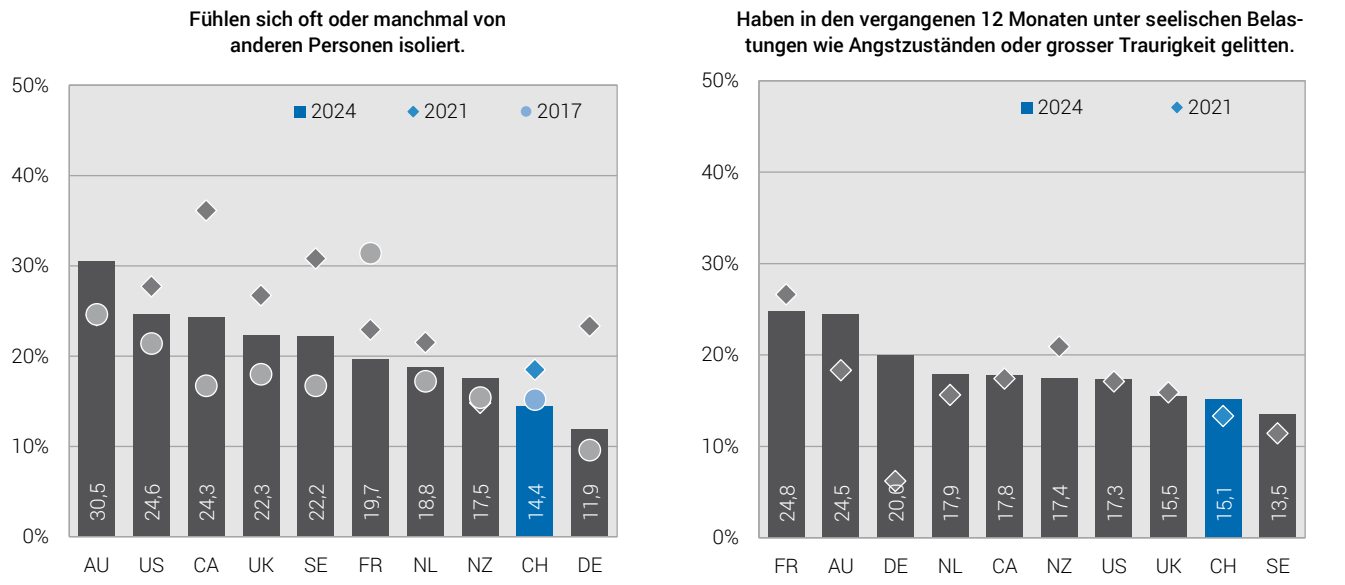
Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigt sich erneut ein Effekt nach Geschlecht, Einkommen und Migrationshintergrund. Frauen leiden häufiger an seelischen Belastungen als Männer (20,1% versus 9,3%, siehe Tabelle C 2.15). Personen mit einem Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgrenze sind ebenfalls häufiger betroffen als Personen aus Haushalten mit einem Einkommen oberhalb der Armutsgrenze (22,8% versus 13,0%). Zudem sind Personen mit Migrationshintergrund stärker betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund (21,1% versus 13,6%).

Frauen erhalten in der Schweiz eher eine Behandlung wegen ihrer psychischen Gesundheit als Männer.

In der Schweiz haben 6,4% der Wohnbevölkerung 65+ in den letzten 12 Monaten eine Beratung und Behandlung wegen ihrer psychischen Gesundheit erhalten (G 2.11). Im internationalen Vergleich ist dies ein Rang im Mittelfeld der befragten Länder. Während in den USA mit 10,5% der grösste Anteil der Wohnbevölkerung eine solche Beratung oder Behandlung erhalten hat, ist der Anteil in Grossbritannien (4,0%) am geringsten. Allerdings unterscheidet sich nur der Anteil der USA signifikant von jenem der Schweiz.

Das soziodemografische Profil der Schweiz zeigt nur einen Geschlechtereffekt, aber keine weiteren signifikanten Unterschiede. Frauen haben in den letzten 12 Monaten häufiger eine Beratung und Behandlung wegen ihrer psychischen Gesundheit erhalten als Männer (8,5% versus 3,6%, siehe Tabelle C 2.16).

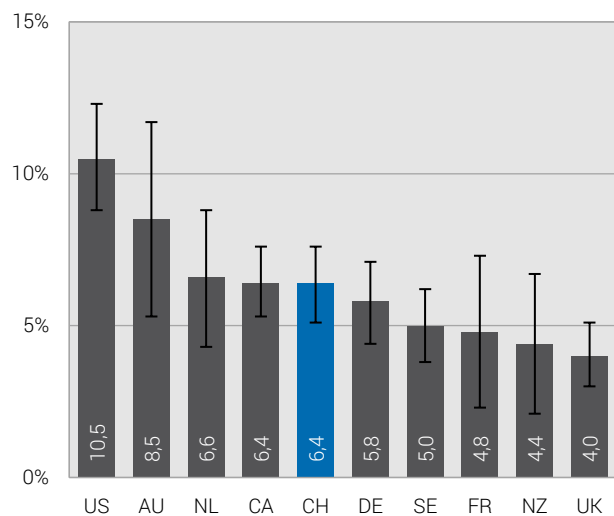
G 2.10 Indikatoren zu psychischen Belastungen und deren Behandlung, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

G 2.11 Erhalten eine Beratung und Behandlung wegen ihrer psychischen Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+ erhalten, internationaler Vergleich, 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

2.3 Behandlungswünsche am Lebensende

Die medizinische und pflegerische Versorgung in der Schweiz orientiert sich am Prinzip der Patientenautonomie: Die Behandlung einer Person ist nur zulässig, wenn sie mit ihrer Zustimmung erfolgt. Für den Fall, dass eine Person eines Tages nicht mehr urteilsfähig ist und Entscheidungen über ihre Behandlung nicht

mehr selbst treffen kann, besteht die Möglichkeit, in urteilsfähigem Zustand mittels einer Patientenverfügung festzulegen, welchen medizinischen und pflegerischen Massnahmen zugestimmt wird und welche abgelehnt werden. Dies ermöglicht dem Gesundheitspersonal, nach dem festgehaltenen Willen zu handeln und entlastet gleichzeitig das nächste Umfeld. Dementsprechend wird auch die Dokumentation der Behandlungswünsche am Lebensende sowie eine Mitgliedschaft in einer Organisation zu einem selbstbestimmten Lebensende in der IHP abgefragt – je nach Indikator exklusiv in der Befragung der Schweiz.

Mehr als zwei Drittel der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz haben mit Familie, Freunden oder einer medizinischen Fachperson über Behandlungen am Lebensende gesprochen.

In der Schweiz haben 65,2% der Wohnbevölkerung 65+ mit der Familie, Freunden oder einer medizinischen Fachperson darüber gesprochen, welche Behandlungen sie wollen oder nicht wollen, falls sie bei Krankheit oder Verletzung nicht mehr für sich selber entscheiden können (G 2.12). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem dritten Rang hinter dem Erstplatzierten Deutschland (83,3%) und den Zweitplatzierten USA (74,0%), deren Anteile jeweils deutlich höher sind. Während die Anteile in Kanada (63,4%) und Australien (60,7%) ähnlich hoch sind wie in der Schweiz, liegen sie in den übrigen Ländern deutlich tiefer. Was die zeitliche Entwicklung betrifft, so hat sich der Anteil in der Schweiz zwischen der IHP-Befragung 2014 und 2021 um +10,9 Prozentpunkte erhöht (2014: 54,2%, 2017: 60,4% und 2021: 65,1%). In der IHP-Befragung 2024 ist er jedoch nahezu unverändert geblieben. Auch in Deutschland (+8,8 Prozentpunkte), Neuseeland (+15,2

Prozentpunkte), Niederlanden (+11,9 Prozentpunkte) und Frankreich (+26,4 Prozentpunkte) sind die Anteile zwischen 2014 und 2021 deutlich angewachsen und danach überwiegend stabil geblieben.

Ein weiterer Indikator, der nur in der Schweiz abgefragt wurde, ist das Ansprechen von Wünschen am Lebensende von pflegebedürftigen Personen. Von den Befragten der Wohnbevölkerung der Schweiz, die in den vergangenen 12 Monaten eine medizinische Pflege benötigt haben, sind 7,9% je von einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer medizinischen Fachperson zu ihren Wünschen für das Sterben oder ihren Tod angesprochen worden – ein vergleichbarer Anteil wie in den vergangenen IHP-Befragungen (2017: 7,2%, 2021: 7,3%, siehe Tabelle C 2.17)

Die schriftliche Dokumentation der Behandlungswünsche am Lebensende hat in der Schweiz vor 2021 deutlich zugenommen, aber sich seitdem kaum weiterentwickelt.

Betrachtet man die schriftliche Dokumentation der Behandlungswünsche am Lebensende, so verfügen 47,9% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz über ein solches Dokument, was im internationalen Vergleich erneut einem dritten Rang hinter Deutschland (65,9%) und den USA (53,6%) entspricht, welche auch hier signifikant höhere Anteile haben (G 2.12). Während sich in Kanada (43,3%) ähnlich häufig wie in der Schweiz ein solches Dokument findet, ist es in Australien (32,6%) weniger häufig zu finden – am seltensten gar in Schweden (6,4%). Wieder ist im zeitlichen Vergleich in der Schweiz eine starke Zunahme von 2014 bis 2021 zu beobachten: Die schriftliche Dokumentation der Behandlungswünsche am Lebensende hat von 24,9% auf 47,9% zugenommen und sich 2024 nicht signifikant weiterentwickelt.

Auch die schriftliche Dokumentation der entscheidungsbefugten Person – eine Frage, die in der IHP-Befragung 2024 nur noch in der Schweiz gestellt wurde – hat zwischen 2014 und 2021 von 27,5% auf 47,4% zugenommen und ist 2024 mit 48,8% vergleichsweise unverändert geblieben (siehe Tabelle C 2.19).

Im soziodemografischen Profil der drei Indikatoren zu Behandlungswünschen wiederholen sich folgende Unterschiede: Sowohl das Besprechen von Behandlungswünschen als auch die schriftliche Dokumentation der Behandlungswünsche sowie der entscheidungsbefugten Personen ist eher bei Männern, eher bei Personen ohne Migrationshintergrund und eher in der deutschsprachigen Schweiz zu beobachten (siehe Tabellen C 2.18 bis C 2.20).

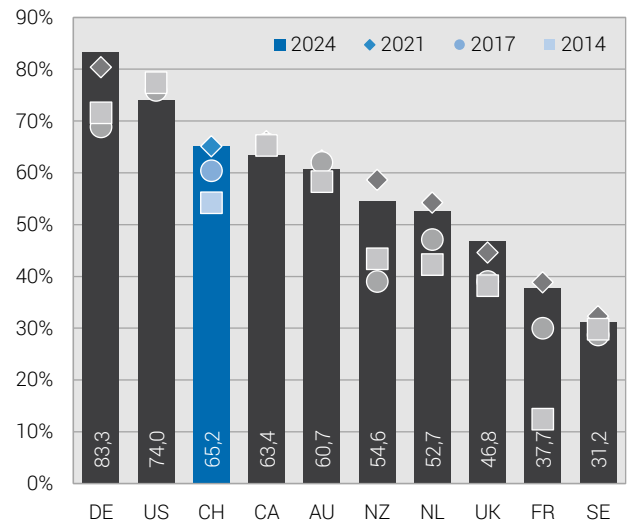
Seit der IHP-Befragung 2014 hat sich der Anteil der Mitgliedschaften in einer Organisation zu einem selbstbestimmten Lebensende fast verdoppelt.

Auch die Mitgliedschaft in einer Organisation zu einem selbstbestimmten Lebensende (wie beispielsweise Dignitas oder Exit) wird in den IHP-Befragungen nur in der Schweiz abgefragt. Hier gehören 9,6% der Wohnbevölkerung 65+ einer solchen Organisation an und weitere 9,4% sind derzeit nicht Mitglied, wollen es aber

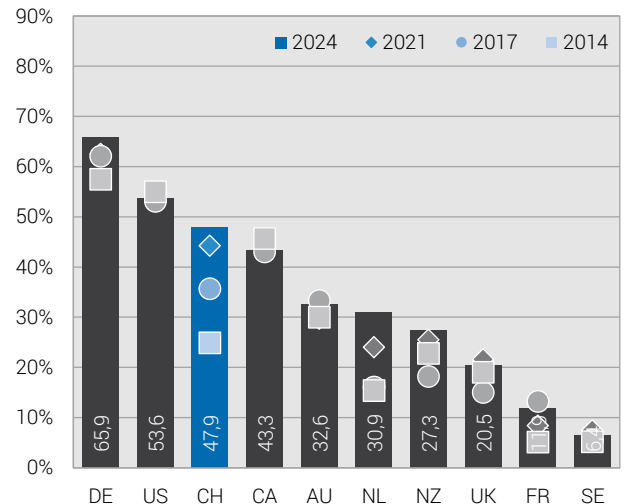
in Zukunft werden (siehe Tabelle C 2.21). Seit der IHP-Befragung 2014 hat sich der Anteil der Mitglieder nahezu verdoppelt und auch der Anteil jener, die vorhaben, Mitglied zu werden, ist stark angestiegen (2014 Mitglied: 5,0%, Absicht zur Mitgliedschaft: 5,4%).

G 2.12 Indikatoren zu Behandlungswünschen am Lebensende, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024

Haben mit der Familie, einem engen Freund oder einer medizinischen Fachperson darüber gesprochen, welche Behandlung sie wollen oder nicht wollen.



Gibt ein schriftliches Dokument, das beschreibt, welche Behandlung sie am Lebensende wollen oder nicht wollen.



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

2.4 Rezeptpflichtige Medikamente

Die Einnahme von zwei oder mehr unterschiedlichen rezeptpflichtigen Medikamenten kann ein Sicherheitsrisiko darstellen, und eine regelmässige Überprüfung ist unabdingbar, gerade wenn die Medikamente durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte verschrieben wurden. Aus diesem Grund ist die Frage nach der Anzahl der eingenommenen Medikamente und deren Überprüfung durch eine medizinische Fachperson Teil der IHP-Befragung.

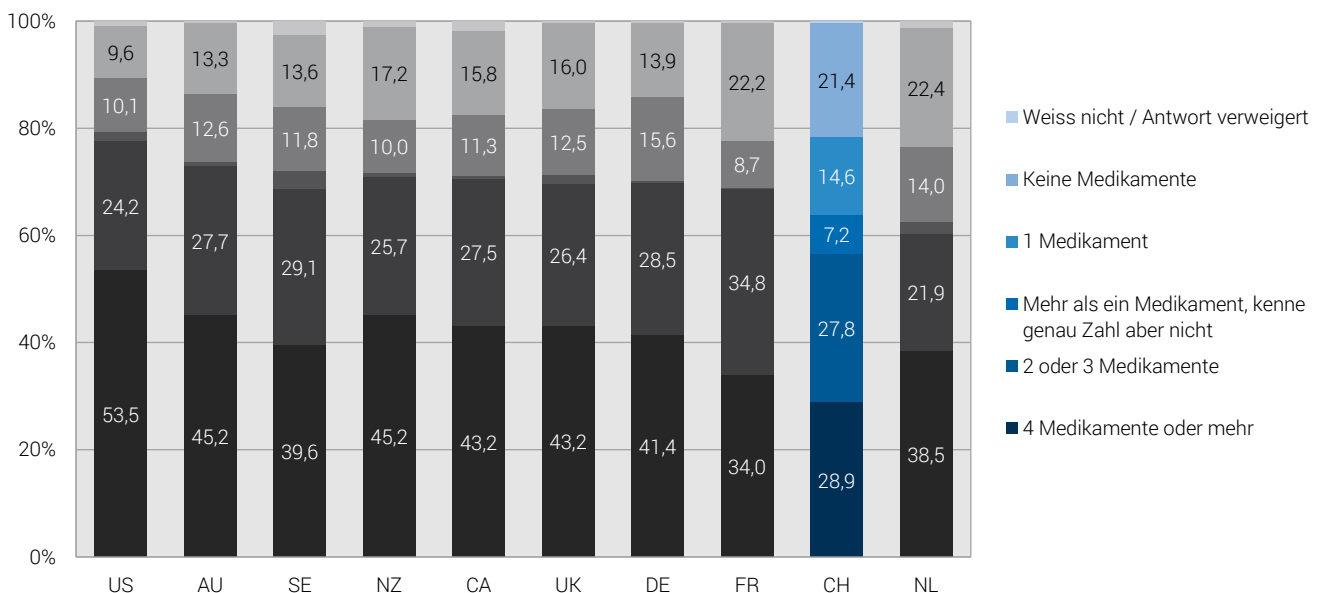
In der Schweiz konsumieren knapp acht von zehn befragten Personen 65+ mindestens ein rezeptpflichtiges Medikament – im internationalen Vergleich der kleinste Anteil.

In der Schweiz geben 21,4% der Wohnbevölkerung 65+ an, dass sie kein rezeptpflichtiges Medikament einnehmen, während zusammengenommen 78,5% mindestens ein rezeptpflichtiges Medikament konsumieren (G 2.13). Am häufigsten werden von der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz vier oder mehr rezeptpflichtige Medikamente konsumiert (28,9%), gefolgt von zwei oder drei (27,8%) und einem rezeptpflichtigen Medikament (14,6%). Der Schweizer Anteil von vier oder mehr rezeptpflichtigen Medikamenten stellt im internationalen Vergleich den kleinsten Anteil dar und nur in Frankreich (34,0%) ist dieser Anteil vergleichbar niedrig. Im Kontrast dazu geben in den USA (53,5%) sowie Neuseeland und Australien (je 45,2%) besonders viele befragte Personen die Einnahme von vier oder mehr rezeptpflichtigen Medikamenten an.

Am zweitniedrigsten im internationalen Vergleich ist in der Schweiz der Anteil jener, die zwei oder mehr Medikamente konsumieren (63,9%), wobei in den Niederlanden (62,5%) dieser Anteil vergleichbar niedrig ist wie in der Schweiz und die Anteile von Deutschland (70,2%), Grossbritannien (71,2%), Kanada (71,2%), Schweden (72,1%), Australien (73,8) und den USA (79,4%) grösser sind (G 2.14). Im zeitlichen Verlauf variiert dieser Anteil in der Schweiz nur unbedeutend (2014: 61,0%, 2017: 65,7%, 2021: 64,5%). Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigt sich, dass die Altersgruppe der 80-jährigen und älteren Personen deutlich häufiger zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente konsumiert als die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen (78,3% versus 52,6%, siehe Tabelle C 2.22).

Was die Überprüfung der eingenommenen Medikamente betrifft, so wurden in der Schweiz bei drei Vierteln (75,3%) der Wohnbevölkerung 65+ in den letzten 12 Monaten vor der Befragung diese von medizinischem Personal überprüft (siehe Tabelle L 2.1). Dieser Anteil ist zwar im internationalen Vergleich der drittbeste und vergleichbar wie in Neuseeland (79,4%). Dennoch ist der Schweizer Anteil erheblich tiefer als in den USA (91,3%), dem Land mit dem Höchstwert. Im zeitlichen Vergleich hat sich der Anteil in der Schweiz nicht signifikant weiterentwickelt (2014: 70,3%, 2017: 72,4%, 2021: 74,3%). Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigen sich beachtliche regionale Unterschiede in der Kontrolle der Medikation: In der französisch- (78,1%) und deutschsprachigen (76,9%) Schweiz findet häufiger eine Kontrolle aller Medikamente statt als in der italienischsprachigen Schweiz (46,3%) (siehe Tabelle C 2.23).

G 2.13 Einnahme rezeptpflichtiger Medikamente, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024

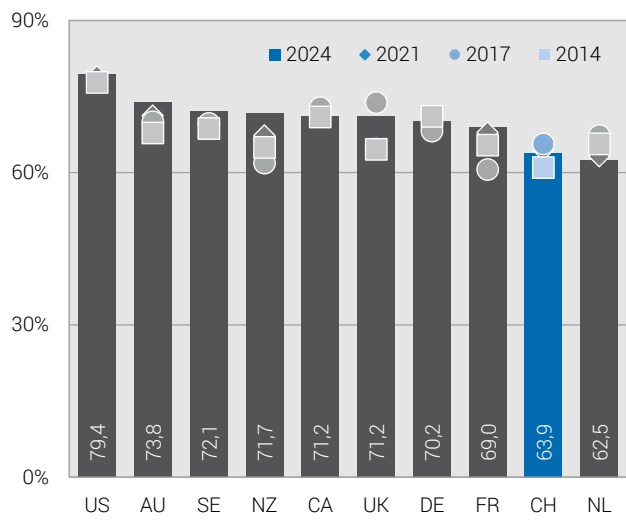


Bemerkung: Die Grafik ist anhand der Grösse der Summe der Anteile mit mehr als einem Medikament absteigend geordnet.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

G 2.14 Einnahme von zwei oder mehr rezeptpflichtigen Medikamenten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024



Bemerkung: In Schweden wurde im Jahr 2021 die Frage (Q1105) nach der Anzahl konsumierter rezeptpflichtiger Medikamente nicht gestellt.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2024

3 Inanspruchnahme und Koordination

Die subjektiven Erfahrungsberichte der Wohnbevölkerung 65+ mit dem Gesundheitswesen können bei der Identifikation von Verbesserungspotential helfen und ermöglichen es den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgerinnen bzw. Entscheidungsträgern, massgeschneiderte Lösungen für die ältere Wohnbevölkerung zu entwickeln. Nachfolgend werden die Resultate zur allgemeinen Bewertung der Grundversorgung, zu deren Verfügbarkeit und damit verbundenen Wartezeiten, zur Koordination der Hausarztpraxen mit anderen Leistungserbringern, zur Inanspruchnahme von Notaufnahmestationen, zur Nachsorge nach einem stationären Spitalaufenthalt, zur Pflege und Betreuung zu Hause, zur Nutzung von eHealth sowie zur wahrgenommenen Inklusion vorgestellt.

3.1 Allgemeine Bewertung der Grundversorgung

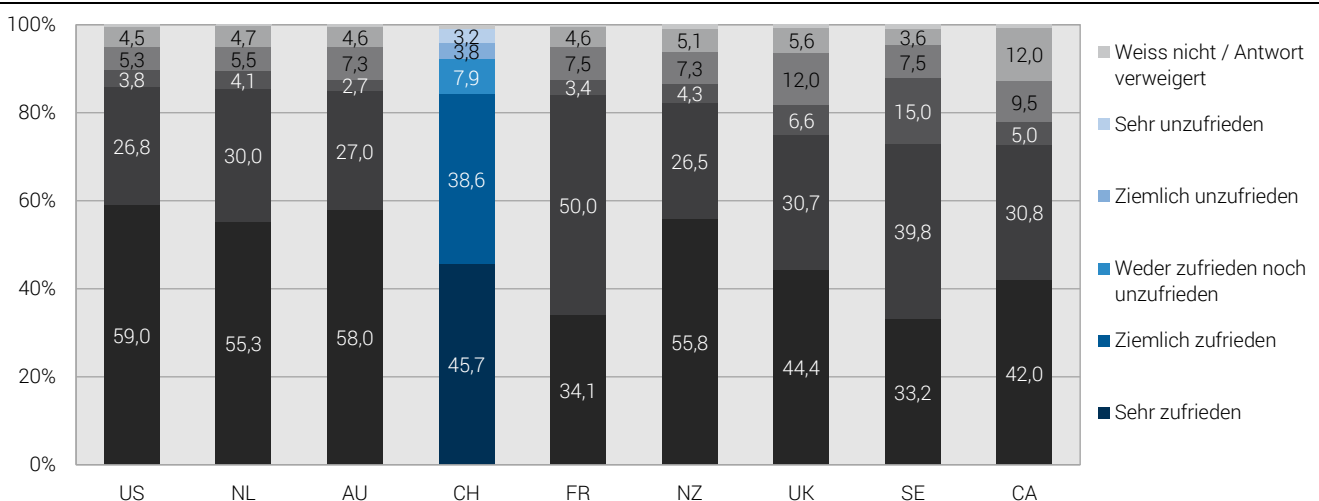
Die Qualität der medizinischen Versorgung wird von mehr als acht von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz als sehr oder ziemlich zufriedenstellend bewertet – ein Anteil im vorderen Mittelfeld der befragten Länder.

In der Schweiz sind 84,3% der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren sehr zufrieden (45,7%) oder ziemlich zufrieden (38,6%) mit der

Qualität der medizinischen Versorgung, die sie in den letzten 12 Monaten erhalten haben (G 3.1). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem Rang im vorderen Mittelfeld. Am höchsten ist der Anteil der sehr zufriedenen oder ziemlich zufriedenen Wohnbevölkerung in den USA (85,9%), Neuseeland (85,3%) und Australien (85,0%). In Kanada (72,8%), Schweden (73,0%) und Grossbritannien (75,1%) ist dieser Anteil am geringsten und unterscheidet sich nur in diesen Ländern signifikant vom Schweizer Anteil (siehe auch Tabelle für die aggregierten Anteile von sehr zufrieden und ziemlich zufrieden L 3.1). Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigen sich keine Unterschiede (siehe Tabelle C 3.1).

Der überwiegende Teil (94,5%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz, die innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung medizinische Versorgung erhalten hat, schätzt das Ausmass der erhaltenen medizinischen Versorgung als gerade richtig ein, während 3,0% zu wenig und 2,0% zu viel erhalten haben (siehe Tabelle C 3.2). Im Vergleich mit der IHP-Erhebung von 2021 und 2017 sind diese Anteile ähnlich hoch (2017: 95,5%, 2,4%, 1,3%; 2021: 95,5%, 2,5%, 1,4%).

G 3.1 Zufriedenheit mit der Qualität der erhaltenen medizinischen Versorgung während der letzten 12 Monate, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024



Bemerkung: Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung keine Versorgung erhalten haben, wurden von den Analysen ausgeschlossen (korrigierte Basisrate). Die Ergebnisse für Deutschland sind ebenfalls nicht inkludiert, da diese nicht vergleichbar sind. Die Grafik ist anhand der Grösse der Summe der Anteile sehr zufrieden und ziemlich zufrieden absteigend geordnet.

3.2 Verfügbarkeit und Wartezeiten in der Grundversorgung

Rückmeldungen der Hausarztpraxis noch am selben Tag nehmen kontinuierlich ab – obschon der Anteil der Schweiz weiterhin bei 83,2% liegt.

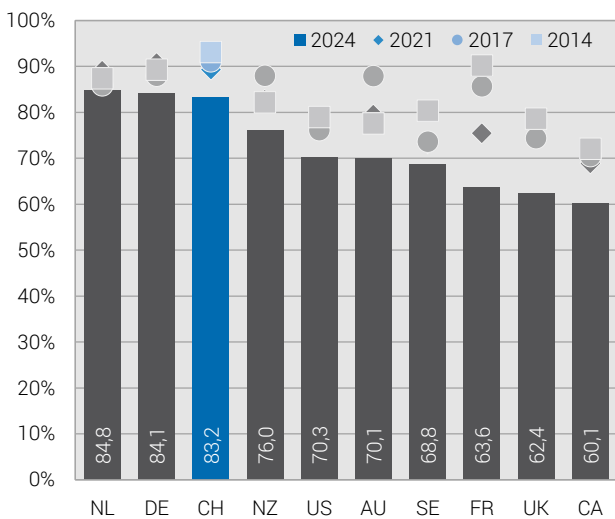
Mehr als acht von zehn Personen (83,2%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz erhalten immer oder oft noch am selben Tag eine Antwort, wenn sie sich mit einem medizinischen Anliegen während der normalen Öffnungszeiten an ihre Hausarztpraxis wenden (G 3.2, für eine Definition der Hausarztpraxis siehe K 3.1). Im internationalen Vergleich entspricht dies dem dritthöchsten Rang hinter den Niederlanden (84,8%) und Deutschland (84,1%). Jedoch sind die Unterschiede zwischen diesen Ländern und der Schweiz nicht signifikant. In Kanada (60,1%) erhält die Wohnbevölkerung 65+ vergleichsweise am seltensten eine Antwort am selben Tag. In der Schweiz ist im Vergleich zur IHP-Befragung 2021 (89,4%) und zu den Vorjahren (2014: 93,1%, 2017: 91,1%) ein Rückgang zu beobachten, d. h. die Rückmeldungen der

Hausärztinnen und Hausärzte verzögern sich. Diese Entwicklung ist seit der IHP-Befragung 2014 auch in den USA, Schweden, Frankreich und Kanada zu beobachten.

Ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten medizinische Versorgung zu erhalten, ohne dabei in die Notaufnahme zu gehen, wird als zunehmend schwieriger erachtet.

In der Schweiz ist es für fast sechs von zehn Personen (59,1%) der Wohnbevölkerung 65+ sehr schwierig oder ziemlich schwierig, abends, am Wochenende oder an Feiertagen medizinische Versorgung zu erhalten, ohne die Notaufnahme eines Spitals oder eine Notfallpraxis aufsuchen zu müssen (G 3.3). Im internationalen Vergleich liegt dieser Anteil im Mittelfeld, wobei insbesondere die Anteile in Schweden (75,1%), Australien (68,1%), Kanada (67,4%) und Grossbritannien (66,8%) höher und in den Niederlanden (21,9%) tiefer sind als in der Schweiz. In der zeitlichen Entwicklung zeigt sich in der Schweiz seit 2021 (50,5%) ein Anstieg, der auch in Schweden (2021: 52,0%, 2024: 75,1%), Australien (2021: 54,0%, 2024: 68,1%), Kanada (2021: 54,1%, 2024: 67,4%), Grossbritannien (2021: 48,3%, 2024: 66,8%) und Neuseeland (2021: 42,4%, 2024: 56,2%) zu beobachten ist.

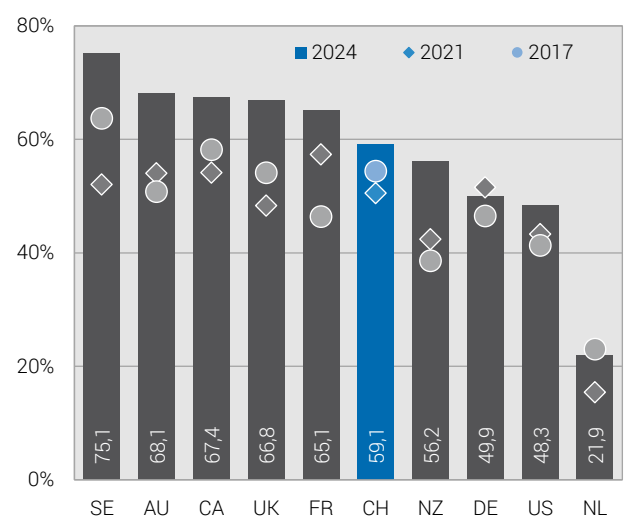
G 3.2 Erhalten immer oder oft bei einem medizinischen Anliegen am selben Tag eine Antwort der Hausarztpraxis, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024



Bemerkung: Personen, welche nie versucht haben, die Hausärztin bzw. den Hausarzt zu kontaktieren, wurden von den Analysen ausgeschlossen (korrigierte Basisrate).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

G 3.3 Erachten es als sehr schwierig oder ziemlich schwierig, ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten medizinische Versorgung zu erhalten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024



Bemerkung: Personen, welche keine Betreuung ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten benötigt haben, wurden von den Analysen ausgeschlossen (korrigierte Basisrate).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

3.3 Koordination zwischen Hausarztpraxen und weiteren Leistungserbringern

Hausarztpraxen stellen für die Wohnbevölkerung 65+ in der Regel den wichtigsten Kontaktpunkt zur Gesundheitsversorgung dar. Insbesondere für ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen, die zwischen den Konsultationen in der Hausarztpraxis häufig weitere Leistungserbringer konsultieren, ist die hausärztliche Begleitung entlang der Versorgungskette essentiell. So laufen in der Hausarztpraxis die gesundheitsrelevanten Informationen aller konsultierten Leistungserbringer zu einer ganzheitlichen Krankengeschichte zusammen und die Seniorinnen und Senioren haben in ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt eine vertraute und gut informierte Ansprechperson. Dementsprechend ist auch eine funktionierende Koordination zwischen der Hausarztpraxis und anderen Leistungserbringern, wie z. B. Spezialistinnen und Spezialisten, entscheidend.

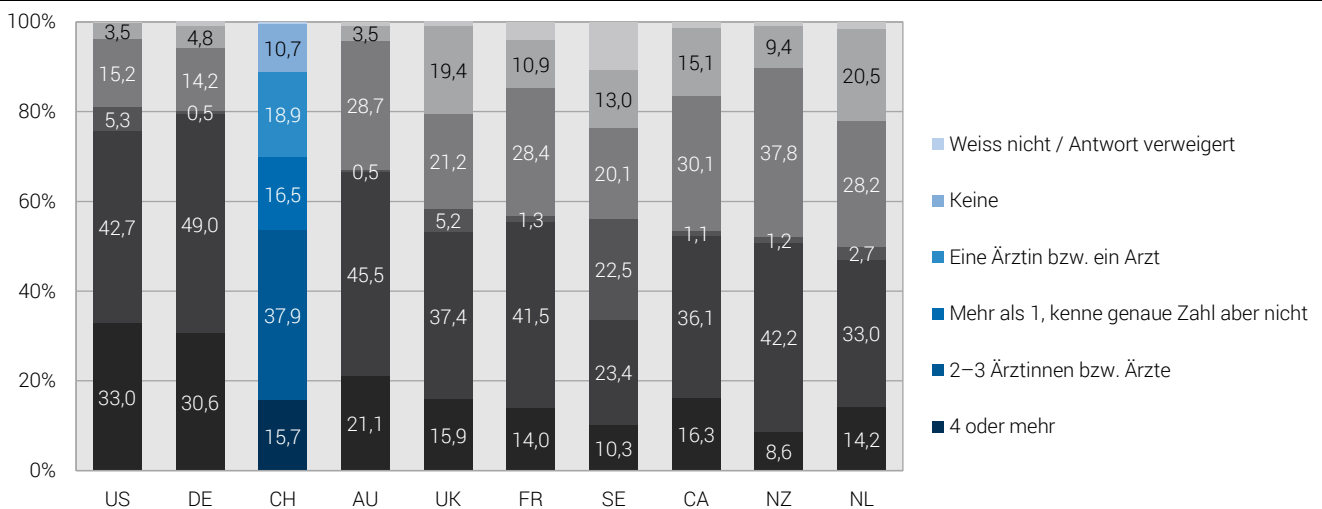
In der Schweiz verfügen 97,2% der Wohnbevölkerung 65+ über eine Hausärztin oder einen Hausarzt, die oder den sie normalerweise für ihre medizinische Versorgung konsultieren, was im internationalen Vergleich einem Rang im hinteren Mittelfeld entspricht (siehe Tabelle L 3.2). Insgesamt ist die internationale

Varianz äusserst gering und der Anteil der Wohnbevölkerung 65+ mit einer Hausärztin oder einem Hausarzt in den zehn untersuchten Ländern sehr hoch. Nur die Länder Deutschland (99,0%), Frankreich (99,1%) und die Niederlande (99,5%) weisen höhere Anteile auf als die Schweiz, während der Anteil von Kanada (92,1%) tiefer ist.

K 3.1 Definition von Hausarztpraxis oder Hausärztin bzw. Hausarzt im Bericht

Der Index (Q915) der Hausarztpraxis oder der Hausärztin bzw. des Hausarztes setzt sich aus den Fragen «Gibt es einen Arzt, den Sie normalerweise für Ihre medizinische Versorgung aufsuchen?» (Q905) und «Gibt es eine Gruppe von Ärzten, ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik, welche Sie normalerweise aufsuchen, wenn Sie medizinische Versorgung benötigen?» (Q910) zusammen. Folglich stellt der Begriff der Hausarztpraxis im gesamten Bericht einen Proxy für die Anlaufstelle dar, die von der Patientin bzw. dem Patienten normalerweise für eine medizinische Versorgung aufgesucht wird.

G 3.4 Anzahl konsultierte Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024



Bemerkung: Die Grafik ist anhand der Grösse der Summe der Anteile mit mehr als einer Ärztin oder einem Arzt absteigend geordnet.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

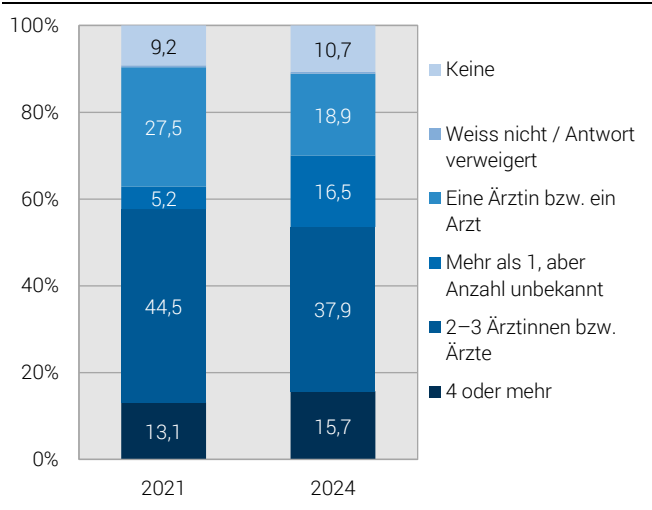
© Obsan 2024

Sieben von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz suchen mehr als eine Ärztin bzw. einen Arzt auf – ein Anteil der seit 2021 zugenommen hat.

Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz (70,1%) hinter den USA (81,0%) und Deutschland (80,0%), die einen signifikant höheren Anteil an Konsultationen bei zwei Ärztinnen bzw. Ärzten oder mehr in den letzten 12 Monaten vor der Befragung aufweisen (G 3.4, L 3.3). Betrachtet man nur die Konsultationen bei vier oder mehr Ärztinnen und Ärzten, so ist dieser Anteil in den USA (33,0%), gefolgt von Deutschland (30,6%) deutlich höher als jener der Schweiz (15,7%).

Die zeitliche Entwicklung in der Schweiz zeigt, dass die Konsultation nur einer Ärztin bzw. eines Arztes seit 2021 von 27,5% auf 18,9% deutlich abgenommen hat (G 3.5). Nimmt man die Anteile von Konsultationen mit mehr als einer Ärztin bzw. einem Arzt zusammen, wird ersichtlich, wie dieser Anteil hingegen zugenommen hat (2021: 62,9%, 2024: 70,1%, siehe Tabelle L 3.3). Massgeblich beeinflusst ist dieser Zuwachs durch die Zunahme in der Antwortkategorie mit mehr als einer Ärztin oder einem Arzt, wo aber die genaue Zahl unbekannt ist (2021: 5,2%, 2024: 16,5%, siehe G 3.5).

G 3.5 Anzahl konsultierte Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten, Wohnbevölkerung 65+, zeitlicher Vergleich in der Schweiz, 2021 und 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

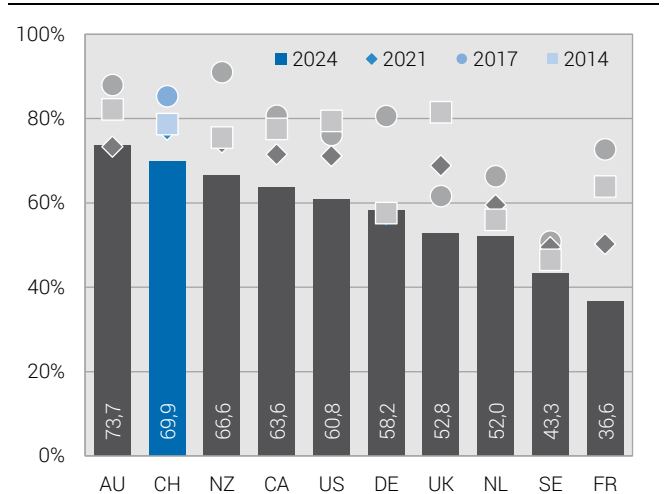
Die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz erhält im internationalen Vergleich am zweithäufigsten hausärztliche Hilfe in der Koordination von Behandlungen bei verschiedenen Leistungserbringern.

Die Inanspruchnahme verschiedener Ärztinnen und Ärzte sowie weiterer Gesundheitsfachpersonen unterstreicht die Bedeutung einer zentralen Koordinationsstelle, die in der Schweiz in vielen Fällen von den Hausarztpraxen wahrgenommen wird. In sieben

von zehn Fällen (69,9%, siehe G 3.6) hilft die Hausarztpraxis der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz immer (54,5%) oder häufig (15,4%) bei der Vereinbarung und Koordination von Behandlungen bei anderen Leistungserbringern (siehe Tabelle L 3.4). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem zweiten Rang hinter Australien (73,7%) und vor Neuseeland (66,6%), wobei sich beide Anteile nicht signifikant von der Schweiz unterscheiden. In Schweden (43,3%) und Frankreich (36,6%) erhält weniger als die Hälfte der Wohnbevölkerung 65+ immer oder häufig hausärztliche Koordinationshilfe.

In der Schweiz ist der Anteil der Wohnbevölkerung 65+, der immer oder häufig Hilfe bei der Vereinbarung und Koordination von Behandlungen durch die Hausärztin oder den Hausarzt erhält, seit 2017 deutlich um -15,4 Prozentpunkte zurückgegangen (2017: 85,3%, 2021: 77,3%). In allen Ländern ist in diesem Zeitraum ein Rückgang zu beobachten, der in Neuseeland (-24,4 Prozentpunkte), Deutschland (-22,4 Prozentpunkte) und Frankreich (-36,1 Prozentpunkte) besonders stark ausfällt. Das soziodemografische Profil der Schweiz zeigt einen deutlichen Unterschied zwischen den Sprachregionen. In der deutsch- (76,4%) und in der italienischsprachigen Schweiz (73,5%) erhält die Wohnbevölkerung ab 65 Jahren deutlich häufiger hausärztliche Koordinationshilfe als in der französischsprachigen Schweiz (50,5%; siehe Tabelle C 3.3).

G 3.6 Erhalten immer oder häufig hausärztliche Hilfe in der Koordination von Behandlungen, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024



Bemerkung: Personen, welche keine Koordination benötigten, wurden von der Analyse ausgeschlossen (korrigierte Basisrate).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

Die Konsultationen bei einer Spezialistin oder einem Spezialisten nehmen in der Schweiz seit 2017 zu.

In der Schweiz suchten mehr als sieben von zehn Befragten (72,7%) in den letzten zwei Jahren vor der Befragung eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten auf (G 3.7). In Deutschland ist dies häufiger der Fall, mehr als acht von zehn Befragten (81,7%) gaben dies an, während Länder von den Niederlanden (62,0%) bis Grossbritannien (53,5%) tiefere Anteile als die Schweiz aufweisen. In der zeitlichen Entwicklung ist in der Schweiz seit 2017 eine Zunahme der Konsultationen bei einer Spezialistin oder einem Spezialisten zu beobachten (2017: 65,4%, 2021: 68,7%).

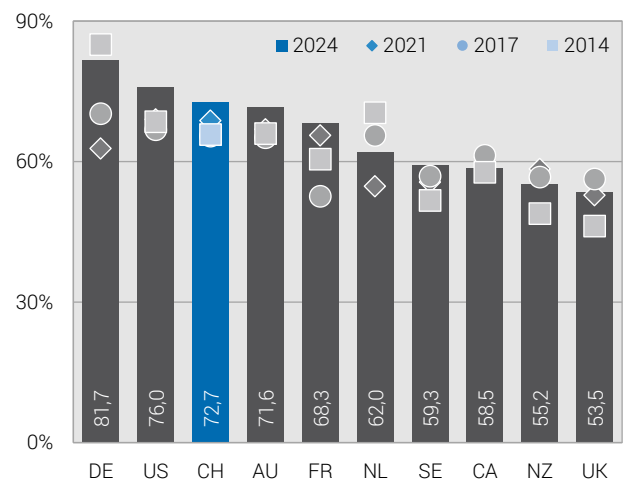
In der Schweiz konsultieren die Befragten eher eine Spezialistin oder einen Spezialisten je höher ihr Bildungsabschluss ist (obligatorische Schule: 63,7%, Sekundarstufe: 73,3%, Tertiärstufe: 84,0%, siehe Tabelle C 3.4). Auch zeigt sich, dass Personen mit einem Haushaltseinkommen oberhalb der Armutsgrenze eher eine Spezialistin oder einen Spezialisten aufsuchen als Personen mit einem Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgrenze (75,8% versus 66,5%).

In der Schweiz bleibt die Häufigkeit von Koordinationsproblemen zwischen Hausarztpraxen und Spezialarztpraxen seit 2014 unverändert.

In der Schweiz ist es keine Seltenheit, dass bei einem Gesundheitsproblem mehrere Leistungserbringer konsultiert werden.

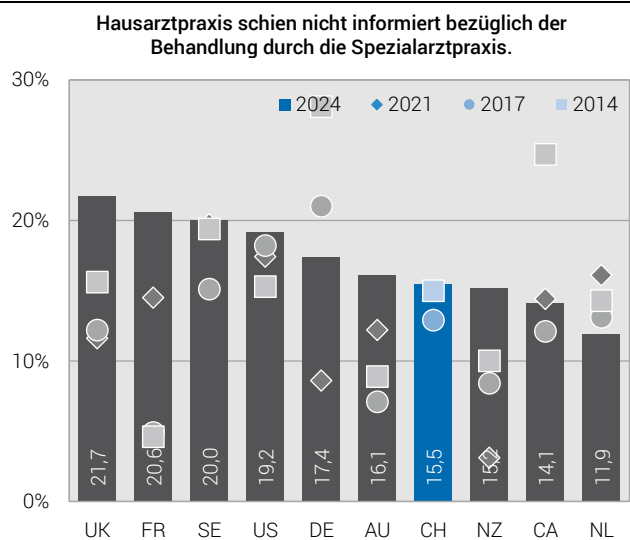
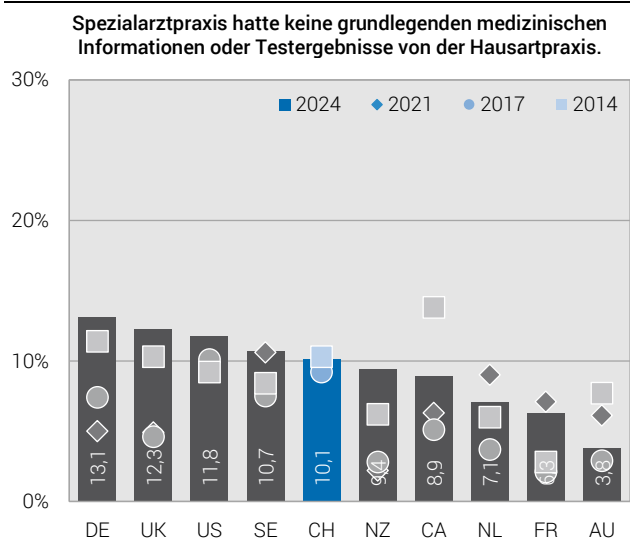
Entlang der Behandlungskette erhöht ein koordinierter Austausch zwischen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Spezialistinnen und Spezialisten die Effizienz der medizinischen Versorgung.

G 3.7 In den letzten zwei Jahren bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten gewesen, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

G 3.8 Haben ein Koordinationsproblem zwischen Hausarztpraxis und Spezialarztpraxis festgestellt, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024



Bemerkung: Personen, die keine Spezialistin bzw. Spezialisten und/oder danach nicht die Hausarztpraxis aufgesucht haben, sind von der Analyse ausgeschlossen (korrigierte Basisrate).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

Von der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz, die in den zwei Jahren vor der Befragung eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten aufgesucht haben, haben 10,1% die Erfahrung gemacht, dass die aufgesuchte Spezialarztpraxis keine grundlegenden medizinischen Informationen über den Grund der Konsultation von der Hausarztpraxis hatte (G 3.8). Im internationalen Vergleich liegt dieser Anteil im Mittelfeld der untersuchten Länder, wobei nur der Anteil Australiens (3,8%) signifikant abweicht. Im Gegensatz zu den meisten Ländern ist dieser Anteil in der Schweiz seit 2014 stabil geblieben (2014: 10,3%, 2017: 9,2%, 2021: 10,2%).

Was den Informationsaustausch in die entgegengesetzte Richtung anbelangt, so berichten 15,5% der Wohnbevölkerung 65+ nach der Konsultation einer Spezialistin bzw. eines Spezialisten von einem mangelhaften Informationsstand ihrer Hausarztpraxis (G 3.8). Dieser Anteil liegt im unteren Mittelfeld der untersuchten Länder und ist nur in Grossbritannien (21,7%) häufiger als in der Schweiz. Im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern ist dieser Anteil in der Schweiz seit 2014 stabil geblieben (2014: 15,0%, 2017: 12,9%, 2021: 13,0%).

3.4 Inanspruchnahme der Notaufnahme

Die Inanspruchnahme der Notaufnahme in den letzten zwei Jahren ist ein weiterer wichtiger Indikator der IHP-Erhebungen. Insbesondere auch die Frage, inwieweit das medizinische Problem auch von der Hausarztpraxis hätte behandelt werden können, wenn diese zur Verfügung gestanden hätte. Während in der IHP-Befragung 2021 auch das Aufsuchen einer Notfallambulanz zur Durchführung eines Covid-19-Tests erfasst wurde, wurde dieser Zusatz in der Befragung 2024 wieder gestrichen. Der Vergleich mit dem Jahr 2021 fehlt daher in der Auswertung des vorliegenden Berichts.

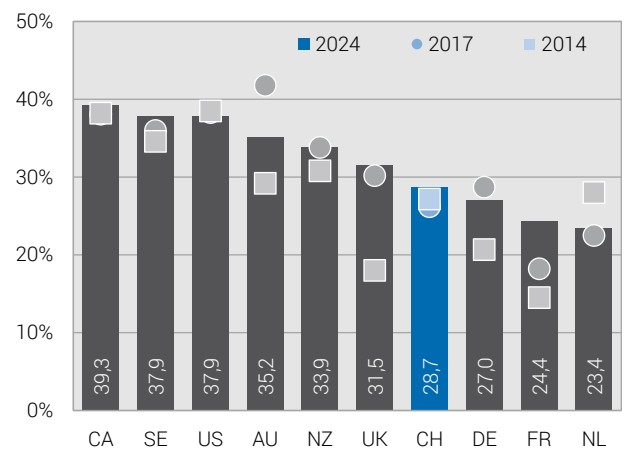
Mehr als ein Viertel der Befragten, die in der Schweiz die Notaufnahme aufgesucht haben, hätten von der Hausarztpraxis versorgt werden können – wenn diese verfügbar gewesen wäre.

In den vergangenen zwei Jahren vor der Befragung haben knapp drei von zehn (28,7%) Personen 65+ der Wohnbevölkerung der Schweiz mindestens einmal die Notaufnahme eines Spitals für eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen (G 3.9). Im internationalen Vergleich ist dies der viertniedrigste Anteil. Nur die Anteile der USA und Schwedens (je 37,9%) sowie Kanadas (39,3%) unterscheiden sich signifikant von demjenigen der Schweiz. Im Vergleich zu den Jahren 2017 und 2014 hat sich der Anteil der Schweiz nicht signifikant verändert. Anders ist die zeitliche Entwicklung in Grossbritannien, wo zwischen 2014 und 2017 eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme der Notaufnahme zu verzeichnen ist (2014: 18,0%, 2017: 30,2%).

Von den Befragten, die in den letzten zwei Jahren mindestens einmal die Notaufnahme eines Spitals für eine medizinische Behandlung aufgesucht haben, gibt mehr als ein Viertel (27,0%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz an, dass die Beschwerden

auch von der Hausarztpraxis hätten behandelt werden können, wenn diese verfügbar gewesen wäre. Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz damit im Mittelfeld der untersuchten Länder (G 3.10). Von der Schweiz unterscheiden sich jedoch nur die Anteile der beiden extremen Länder Niederlande (43,9%) und Frankreich (7,3%).

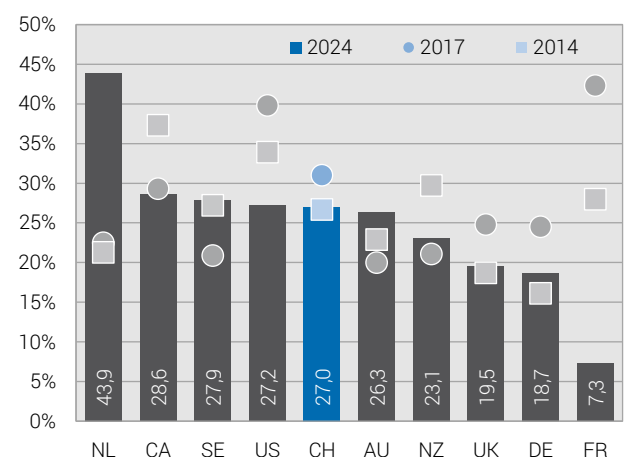
G 3.9 Haben in den vergangenen zwei Jahren die Notaufnahme eines Spitals in Anspruch genommen, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2024



Bemerkung: Für diese Frage (Q1330) sind die Ergebnisse des Jahres 2021 nicht mit denen aus den anderen Jahren vergleichbar.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

G 3.10 Hätten die Beschwerden wegen denen die Notaufnahme aufgesucht wurde auch in der Hausarztpraxis behandeln lassen können, wenn diese verfügbar gewesen wäre, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2024



Bemerkung: Für diese Frage (Q1335) sind die Ergebnisse des Jahres 2021 nicht mit denen aus den anderen Jahren vergleichbar.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

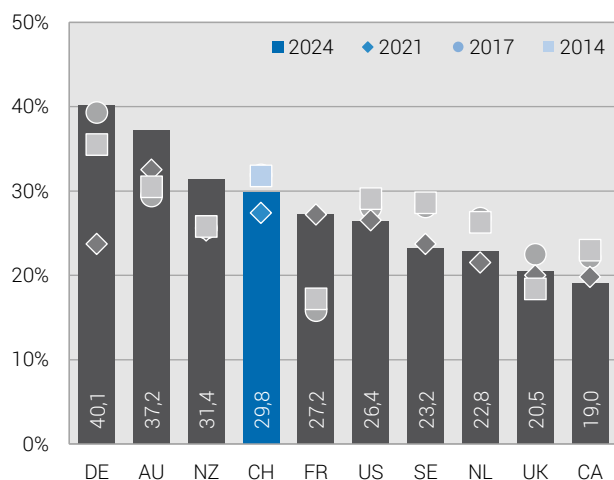
3.5 Nachsorge nach stationärem Spitalaufenthalt

Die Entlassung nach einem Spitalaufenthalt ist ein entscheidendes Glied in der Behandlungskette und gerade bei älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten ist eine gute Koordination mit den nachgelagerten Leistungserbringern wichtig. So können die bestmöglichen Voraussetzungen für eine komplikationslose Genesung geschaffen werden.

In der Schweiz liegen die stationären Spitalaufenthalte zwischen dem Niveau von 2021 und den Jahren 2017 und 2014.

In der Schweiz haben drei von zehn Personen (29,8%) der Wohnbevölkerung 65+ in den letzten zwei Jahren mindestens eine Nacht als Patientin bzw. Patient in einem Spital verbracht (G 3.11). Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz 2024 im vorderen Mittelfeld der untersuchten Länder. Nur Deutschland (40,1%) weist einen höheren Anteil auf als die Schweiz. Geringere Anteile weisen die Länder von Schweden (23,2%) bis Kanada (19,0%) auf. Nach einem leichten Rückgang zwischen 2017 und 2021 hat sich der Anteil in der Schweiz wieder an den Anteil vor 2021 angenähert (2014: 31,8%, 2017: 31,9%, 2021: 27,4%). Bemerkenswert ist die Entwicklung in Deutschland: Dort ist der Anteil der Befragten, die mindestens eine Nacht als Patient in einem Spital verbracht haben, im Jahr 2021 auf zwischenzeitlich 23,7% gesunken und im Jahr 2024 wieder auf 40,1% angestiegen. In Frankreich hingegen fand zwischen 2017 und 2021 ein Anstieg statt mit anschließender Stabilisierung im Jahr 2024 (2017: 15,8%, 2021 und 2024: je 27,2%).

G 3.11 Haben in den letzten zwei Jahren mindestens eine Nacht im Spital verbracht, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024



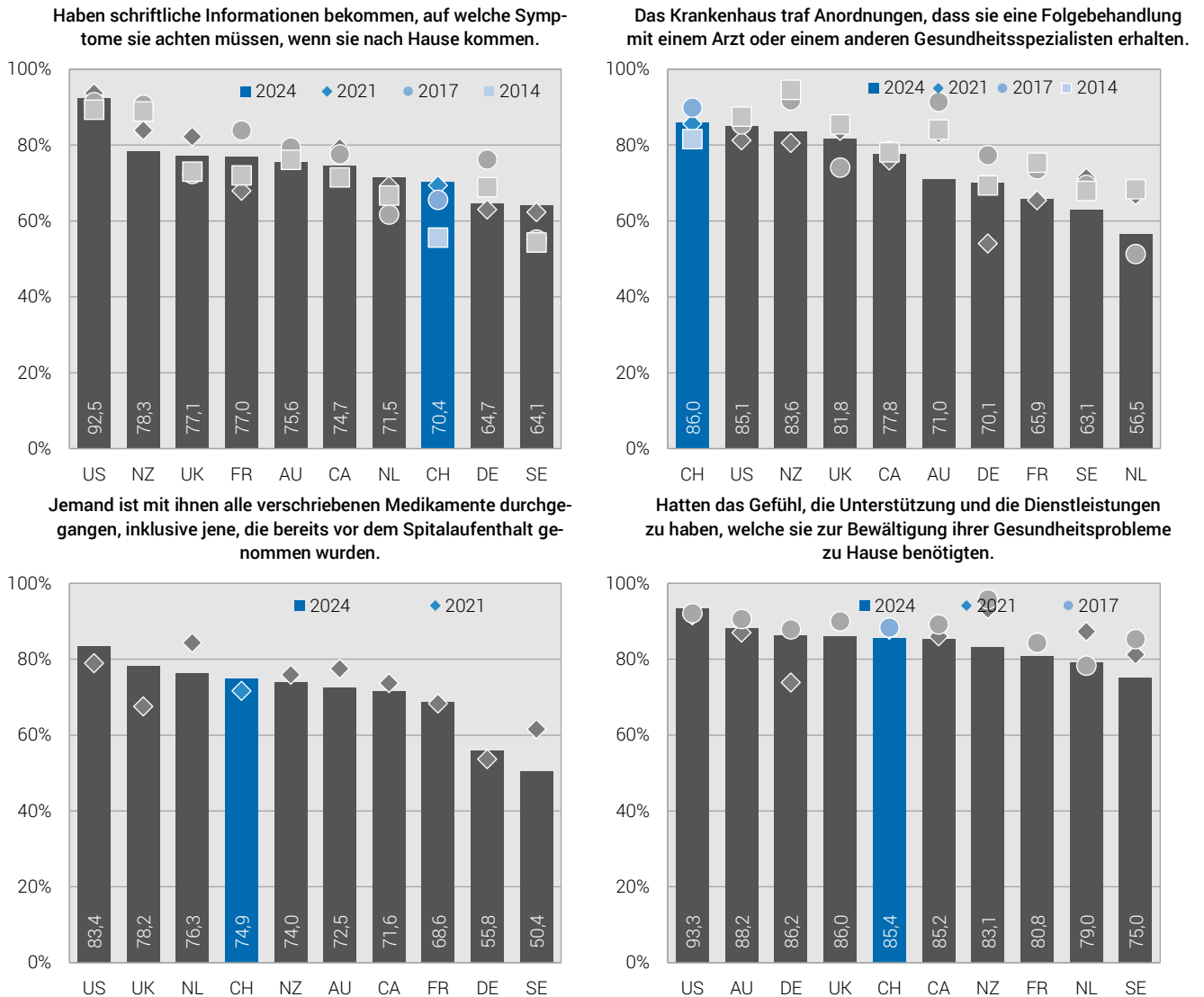
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2024

In der Schweiz stagniert die Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt. Trotz weiterhin bestehendem Verbesserungspotenzial, sieht sich die überwiegende Mehrheit der betroffenen Patientinnen und Patienten gut gerüstet.

Sieben von zehn Personen (70,4%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz haben bei Spitalaustritt schriftliche Informationen darüber erhalten, was sie zu Hause machen müssen und auf welche Symptome zu achten ist, was im internationalen Vergleich dem drittletzten Rang entspricht (G 3.12). In den USA (92,5%), dem einzigen Land, das sich signifikant von der Schweiz unterscheidet, erhält die Wohnbevölkerung 65+ bei Spitalaustritt deutlich häufiger schriftliche Informationen. In der Schweiz hat dieser Anteil zwischen 2014 und 2021 kontinuierlich zugenommen, im Jahr 2024 jedoch nicht mehr (2014: 55,6%, 2017: 65,6%, 2021: 69,4%).

Für 86,0% der entlassenen Patientinnen und Patienten, die eine Folgebehandlung benötigten, wurde diese durch das Spital beim nachfolgenden Leistungserbringer sichergestellt (G 3.12). Dieser Anteil ist zwar tiefer als 2017 (89,9%), hat sich aber auf dem Niveau von 2021 (85,6%) stabilisiert. Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz an der Spitze der untersuchten Länder und hat einen höheren Anteil als Kanada und die nachfolgenden Länder (CA: 77,8% bis NL: 56,5%).

G 3.12 Indikatoren zur Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024



Bemerkung: Die Frage zur Kontrolle der Medikamente bei Spitalaustritt (Q1310A3) ist nicht mehr mit 2014 und 2017 vergleichbar, während die Frage zur wahrgenommenen Unterstützung im Jahr 2014 nicht gestellt wurde. Personen, für welche diese Szenarien nicht zugetroffen haben, wurden von der Analyse ausgeschlossen (korrigierte Basisrate).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

Bei drei Vierteln (74,9%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz wurden vor Spitalaustritt alle verschriebenen Medikamente – einschliesslich der bereits vor dem Spitalaufenthalt eingenommenen – von jemandem kontrolliert, was im internationalen Vergleich einem Rang im vorderen Mittelfeld entspricht (G 3.12). Nur in den USA (83,4%) finden solche Kontrollen signifikant häufiger statt, während in Deutschland (55,8%) und Schweden (50,4%) seltener alle Medikamente kontrolliert werden. Auch dieser Anteil ist in der Schweiz seit 2021 stabil geblieben (2021: 71,6%).

Deutlich mehr als acht von zehn Personen (85,4%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz hatten nach einem Spitalaufenthalt

das Gefühl, zu Hause die Unterstützung und Dienstleistungen zu erhalten, die sie zur Bewältigung ihres Gesundheitsproblems benötigten (G 3.12). Auch im internationalen Vergleich entspricht dies einem Rang im vorderen Mittelfeld. Nur in den USA (93,3%) ist der Anteil höher, nur in Schweden (75,0%) niedriger. In der zeitlichen Entwicklung ist auch hier kein signifikanter Unterschied im Schweizer Anteil zu sehen.

3.6 Pflege und Betreuung zu Hause

Vor dem Hintergrund der schnell wachsenden älteren Wohnbevölkerung in der Schweiz nimmt die Pflege und Betreuung zu Hause eine immer wichtigere Rolle ein (Pellegrini et al., 2022). Allerdings besteht Handlungsbedarf, was die zukünftigen Kapazitäten beim Pflegepersonal (Merçay et al. 2021) oder bei Entlastungsangeboten für informelle Helferinnen bzw. Helfer anbelangt (Füglisterdousse et al., 2015). Auch gibt es grundlegende Finanzierungsmodelle zu klären (Kägi et al., 2021).

Jede zehnte Person der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz benötigt wegen eines Gesundheitsproblems Hilfe bei Hausarbeiten, der Einnahme von Medikamenten oder bei Einkäufen.

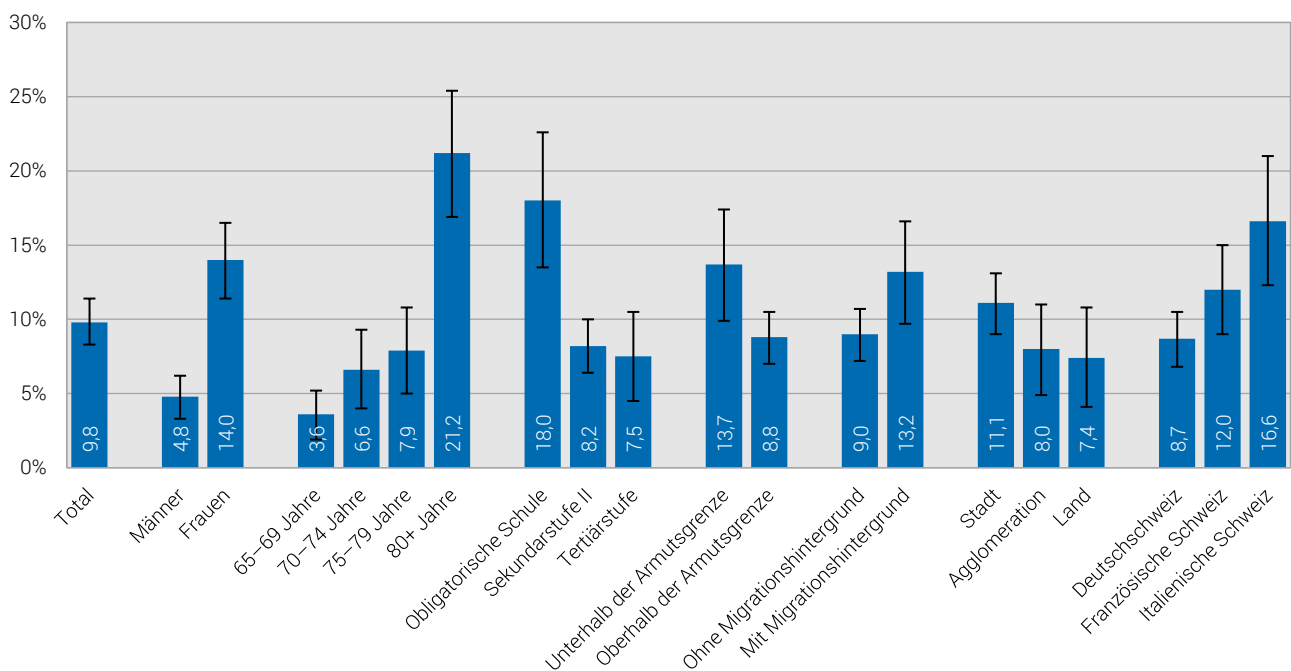
Jede zehnte Person (9,8%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz ist aufgrund eines Gesundheitsproblems auf Hilfe angewiesen, z. B. bei der Hausarbeit, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Einkäufen (G 3.13). Dieser Anteil hat sich seit 2017 nur unbedeutend verändert (2017: 11,3%, 2021: 9,7%, siehe Tabelle C 3.5). In der Schweiz sind vor allem die 80-jährige und ältere Wohnbevölkerung (21,2%) sowie die Wohnbevölkerung ohne nachobligatorischen Abschluss (18,0%) deutlich häufiger auf Hilfe angewiesen als ihre Vergleichsgruppen (G 3.13). Zudem ist die Wohnbevölkerung 65+ der italienischsprachigen Schweiz häufiger auf jemanden angewiesen als die Wohnbevölkerung der deutschsprachigen Schweiz (16,6% versus 8,7%).

Die Mehrheit der bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkten Personen erhält weder formelle noch informelle Hilfe.

In der Schweiz geben 23,8% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz an, in alltäglichen Aktivitäten wie Nahrungsaufnahme, Aufstehen aus dem Bett, dem An- und Ausziehen, dem Baden oder dem Benutzen der Toilette stark oder ein bisschen eingeschränkt zu sein (siehe Kapitel 2.1, G 2.4). Von diesen Betroffenen Personen erhalten in der Schweiz 5,4% gleichzeitig sowohl formelle (professionelle Hilfe z. B. durch die Spitex) wie auch informelle Hilfe (z. B. durch Angehörige) bei der Verrichtung dieser alltäglichen Aktivitäten. Hingegen geben 6,5% an, ausschliesslich formelle Hilfe und 15,5% ausschliesslich informelle Hilfe zu erhalten (G 3.14). Weitere 70,1% geben keine erhaltenen Hilfeleistungen an.

Im soziodemografischen Profil derer, die keine der oben genannten formelle oder informelle Hilfe erhalten, sind Effekte nach Bildung und Migrationsstatus festzustellen. Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe müssen häufiger ohne diese beiden Hilfen auskommen als Personen ohne nachobligatorischen Abschluss (74,4% versus 65,2%, siehe Tabelle C 3.6). Auch Personen ohne Migrationshintergrund sind häufiger von dieser Situation betroffen als Personen mit Migrationshintergrund (75,2% versus 56,0%).

G 3.13 Sind wegen eines Gesundheitsproblems auf Hilfe im Alltag angewiesen, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024



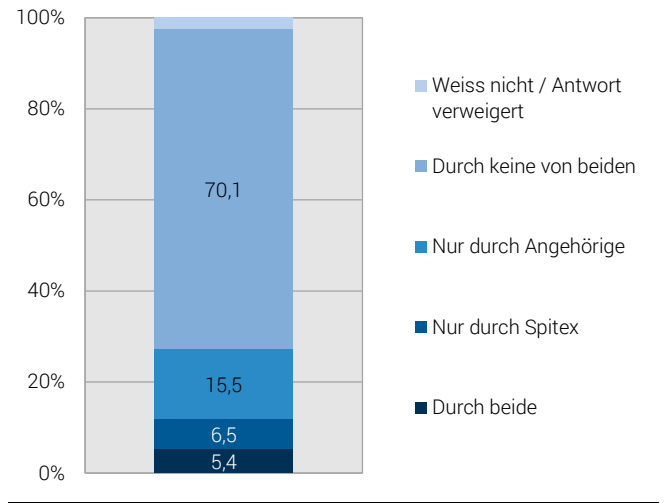
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

Jede zehnte Person der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz leistet mindestens einmal die Woche informelle Hilfe oder Pflege.

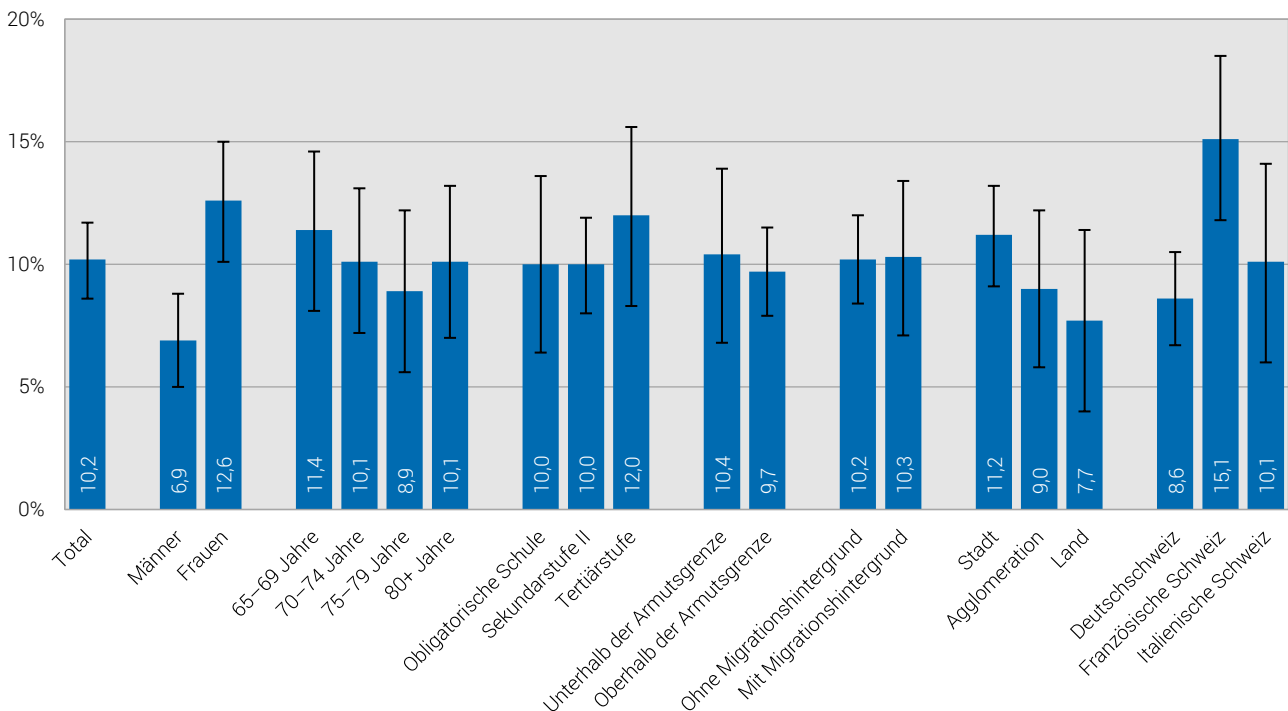
In der Schweiz geben 10,2% der Wohnbevölkerung 65+ an, dass sie mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Gesundheitsproblemen, einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung pflegen oder betreuen. Seit dem zwischenzeitlichen Höchstwert von 14,9% im Jahr 2017 ist es bei der geleisteten Hilfe zu einem kontinuierlichen Rückgang gekommen (2014: 12,9%, 2017: 14,9%, 2021: 11,5%, siehe Tabelle C 3.7). Das soziodemografische Profil der Schweiz (G 3.15) zeigt einen Effekt nach Geschlecht und Sprachregion. Frauen leisten häufiger informelle Hilfe als Männer (12,6% versus 6,9%) und Personen aus der französischsprachigen Schweiz (15,1%) häufiger als Personen aus der deutschsprachigen Schweiz (8,6%).

G 3.14 Formelle und/oder informelle Hilfe zum Aufstehen aus dem Bett, An- und Ausziehen, Baden oder zur Benutzung der Toilette, Wohnbevölkerung 65+, Schweiz, 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

G 3.15 Pflegen respektive betreuen eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Gesundheitsproblemen, einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

3.7 Nutzung von eHealth

Nachfolgend wird aufgezeigt, welche digitalen Gesundheitsdienstleistungen durch die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz genutzt werden und welche Unterschiede in soziodemografischen Merkmalen zu finden sind.

Bei der Nutzung von eHealth-Apps im Austausch mit der Hausarztpraxis besteht für die Schweiz Aufholbedarf gegenüber den meisten befragten Ländern.

Die Befragten, die über eine Hausarztpraxis verfügen, wurden gefragt, ob sie in den letzten zwei Jahren eHealth-Angebote über eine gesicherte Internetseite, ein Patientenportal oder eine Handy-

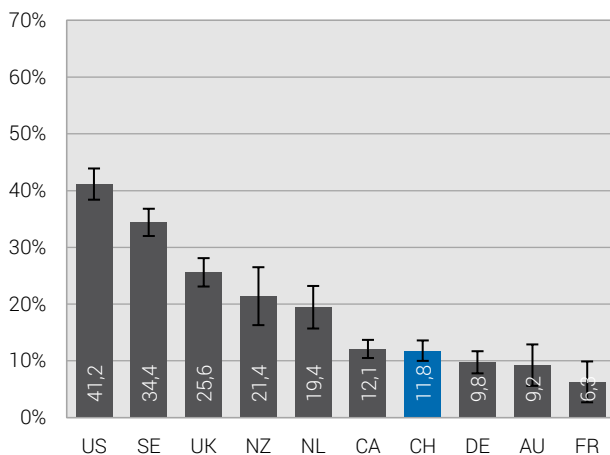
App genutzt haben. Befragte, die angaben, weder über E-Mail, PC oder Smartphone zu verfügen, wurden in der Analyse nicht berücksichtigt. Dieser Anteil beträgt für die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz 5,4% (siehe Tabelle C 3.8). Im internationalen Vergleich ist dieser Anteil in den USA (1,5%) und Schweden (0,6%) signifikant kleiner, dafür in Kanada (12,0%) und Deutschland (16,2%) signifikant grösser (siehe Tabelle L 3.5).

Etwas mehr als jede zehnte Person (11,8%, siehe G 3.16) hat mit der Hausarztpraxis über eine medizinische Frage oder ein Anliegen per E-Mail kommuniziert. Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz damit im hinteren Mittelfeld der befragten Länder. Allerdings unterscheiden sich die Anteile in Australien (9,2%), Deutschland (9,8%) und Kanada (12,1%) nicht von jenen in der Schweiz.

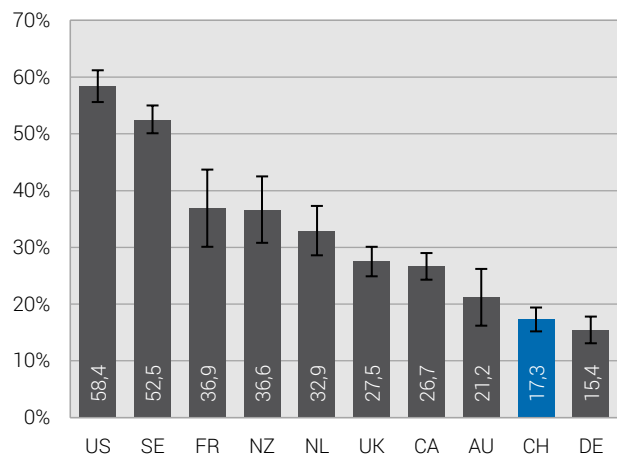
G 3.16 Indikatoren zur Nutzung von eHealth im Rahmen der Hausarztpraxis, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024

Haben innerhalb der letzten zwei Jahren via eine sichere Internetseite oder ein Patientenportal oder eine Handy-App...

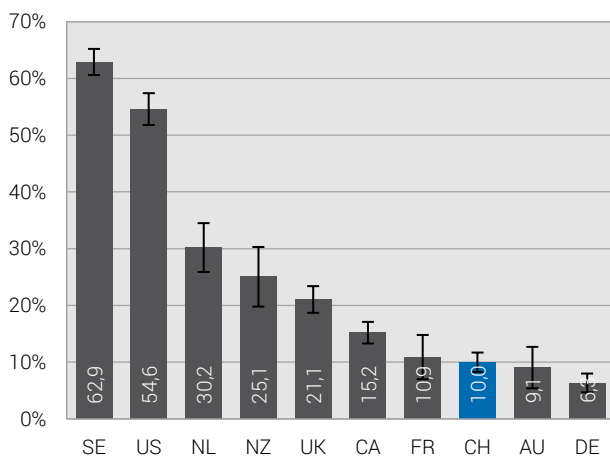
...mit der Hausarztpraxis bezüglich einer medizinischen Frage oder Anliegen kommuniziert oder gemailt.



...Resultate von Tests oder Laboranalysen angeschaut.



...Zusammenfassungen der Arztbesuche angeschaut.



Bemerkung: Personen, die keine E-Mail, Computer oder Smartphone benutzen, wurden von der Analyse ausgeschlossen (korrigierte Basisrate).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

Testresultate oder Laboranalysen wurden von 17,3% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz über eine eHealth-Anwendung abgerufen, womit die Schweiz an vorletzter Stelle liegt. Die Anteile in Australien (21,2%) und Deutschland (15,4%) unterscheiden sich jedoch nicht von denjenigen der Schweiz. Bemerkenswert ist, dass in den Ländern mit den höchsten Anteilen (USA und Schweden) mehr als die Hälfte der Befragten ihre Testresultate oder Laboranalysen via eHealth-App abgerufen haben.

In der Schweiz hat jede zehnte Person (10,0%) der Wohnbevölkerung 65+ über eine eHealth-Anwendung Zusammenfassungen von Arztbesuchen abgerufen. Auch dies ist im internationalen Vergleich ein hinterer, d. h. drittletzter Rang. Der Anteil in der Schweiz ist zwar höher als in Deutschland (6,3%), aber niedriger als in den Ländern ab Kanada (15,2%). Bemerkenswert ist hier vor allem das Ergebnis in Schweden, wo fast zwei Drittel der Befragten die Zusammenfassungen der Arztbesuche via eHealth-App abgerufen haben.

Knapp ein Viertel der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz nutzt digitale Apps zum eigenen Sammeln von Gesundheitsdaten – etwa jede zehnte Person, um die Daten mit einer Fachperson zu teilen.

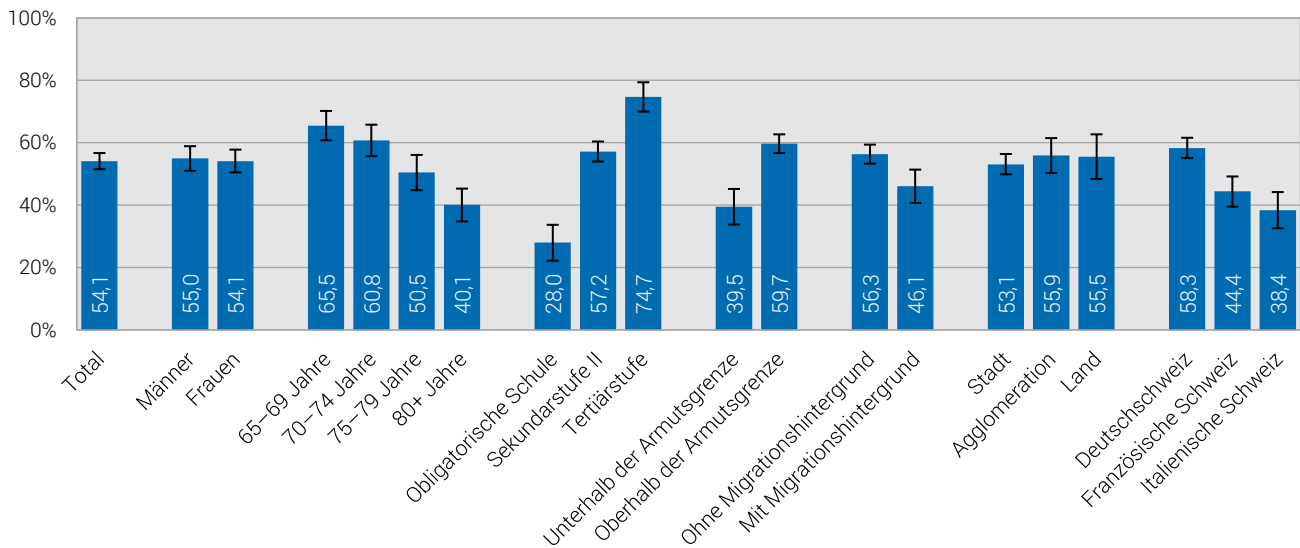
Weitere Fragen zu eHealth-Anwendungen und zur Nutzung des Internets als Informationsquelle zu Gesundheitsfragen wurden nur an die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz gerichtet. Knapp ein Viertel (23,5%, siehe Tabelle C 3.9) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz gibt an, eine digitale App zur Sammlung von Daten über ihre Gesundheit zu nutzen (z. B. Daten zur Bewegungserfassung wie Schrittzähler oder Vitalfunktionen wie die Herzfrequenz)

jedoch nicht, um diese mit einer medizinischen Fachperson zu teilen. Etwas mehr als jede zehnte Person (10,6%) der Wohnbevölkerung der Schweiz nutzt eine solche Anwendung, um die Daten mit einer medizinischen Fachperson auszutauschen (siehe Tabelle C 3.10).

Generell nutzen mehr als die Hälfte (54,1%, siehe Tabelle C 3.11) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz das Internet als Informationsquelle bei Gesundheitsthemen. Seit 2017 ist dieser Anteil um +10,8 Prozentpunkte gestiegen, wobei der Anstieg vor allem zwischen 2017 und 2021 stattgefunden hat (2017: 43,3%, 2021: 51,1%).

Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigen sich Effekte nach Alter, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund und Sprachregion (G 3.17). Die Nutzung des Internets als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab: So geben mehr als zwei Drittel (65,5%) der 65- bis 69-Jährigen an, das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen, während es bei den 80-Jährigen und Älteren nur vier von zehn Personen (40,1%) sind. Zudem nutzt die Wohnbevölkerung ab 65 Jahren Online-Informationsquellen deutlich häufiger, je höher der Bildungsabschluss ist (obligatorische Schule: 28,0%, Sekundarstufe: 57,2%, Tertiärstufe: 74,7%). Dementsprechend ist diese Art der Online-Nutzung auch bei Personen mit einem Haushaltseinkommen über der Armutsgrenze häufiger als bei Personen aus Haushalten unter der Armutsgrenze (59,7% versus 39,5%). Ebenso nutzen sie Personen ohne Migrationshintergrund häufiger als Personen mit Migrationshintergrund (56,3% versus 46,1%). Schliesslich ist diese Form der Internetnutzung in der deutschsprachigen Schweiz (58,3%) verbreiteter als in der französisch- (44,4%) oder italienischsprachigen Schweiz (38,4%).

G 3.17 Nutzen das Internet als Informationsquelle bei Gesundheitsthemen, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

3.8 Inklusion & Diversität

In der IHP-Befragung 2024 wurden Fragen ergänzt, die das Erleben von Inklusion und Diversität im Rahmen der Gesundheitsversorgung thematisieren. Insbesondere die Auswertung nach soziodemografischen Merkmalen erlaubt es, jene Teile der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz zu identifizieren, die besonders anfällig dafür sind, Situationen im Rahmen ihrer Gesundheitsversorgung als diskriminierend zu erleben.

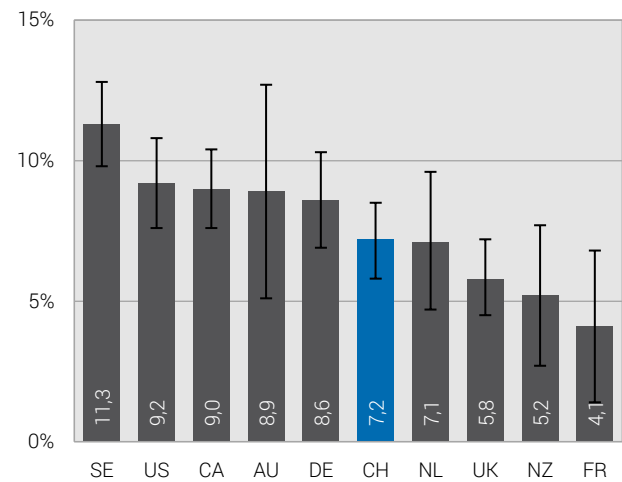
Frauen sowie Personen aus ärmeren Haushalten erlebten häufiger ungerecht behandelt worden zu sein oder mit den Gesundheitssorgen nicht ernst genommen zu werden.

In der Schweiz hat sich fast jede zehnte Person (7,2%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz bei einer medizinischen Behandlung schon einmal ungerecht behandelt gefühlt (G 3.18). Im internationalen Vergleich ist dies ein Rang im Mittelfeld, wobei nur der Höchstwert von Schweden (11,3%) signifikant höher ist als der Anteil der Schweiz.

Das Gefühl, bei der ärztlichen Behandlung mit ihren gesundheitlichen Sorgen nicht ernst genommen worden zu sein, hatten 13,5% der Befragten (G 3.19). Dies ist im internationalen Vergleich der niedrigste und damit beste Wert. Allerdings liegen auch hier nur der höchste Wert in Schweden (24,2%) sowie jener in den USA (18,6%) bedeutsam über dem Schweizer Wert.

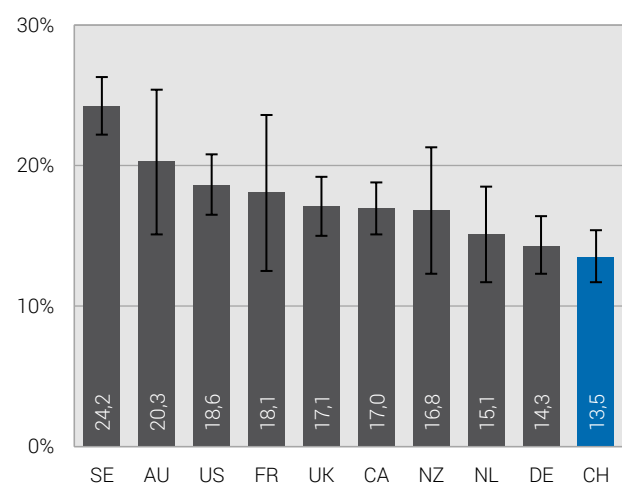
Das soziodemografische Profil der Schweiz zeigt, dass beide Phänomene – sich ungerecht behandelt und nicht ernst genommen fühlen – häufiger bei Frauen als bei Männern auftreten (ungerecht behandelt: 9,4% versus 4,3%; nicht ernst genommen: 16,6% versus 9,8%, siehe Tabellen C 3.12 und C 3.13). Beide Phänomene treten auch häufiger bei Personen auf, deren Haushaltseinkommen unter der Armutsgrenze liegt (ungerecht behandelt: 11,4% versus 6,0%; nicht ernst genommen: 19,9% versus 11,8%). Darüber hinaus erleben Personen mit Migrationshintergrund häufiger Situationen, in denen sie sich ungerecht behandelt fühlen, als Personen ohne Migrationshintergrund (12,2% versus 5,8%).

G 3.18 Haben sich jemals ungerecht behandelt gefühlt als sie eine medizinische Behandlung erhielten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2024

G 3.19 Hatten jemals das Gefühl, dass ihre Gesundheitssorgen nicht ernst genommen werden als sie eine medizinische Behandlung erhielten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2024

4 Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen

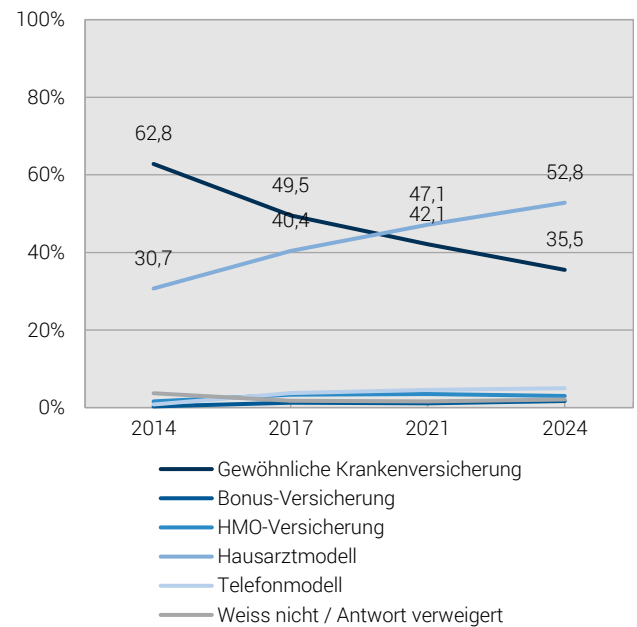
Die Krankenkassenprämien sind nach vier Jahren der Stabilität im in den Jahren 2023 und 2024 wieder deutlich angestiegen (BAG, 2022, 2023) und werden auch 2025 wieder ansteigen (BAG, 2024a). Gemäss der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG, 2024b) bezogen im Jahr 2023 mehr als ein Viertel (27,5%) aller versicherten Personen in der Schweiz eine Prämienverbilligung, was Ausgaben von ungefähr 5,9 Milliarden Franken für rund 2,5 Millionen Personen entspricht. Hohe Bezügerquoten von Prämienverbilligungen finden sich insbesondere bei Kindern (0 bis 18 Jahre) und jungen Erwachsenen (19 bis 30 Jahre). Aber auch im hohen Alter (86 Jahre und älter) sind die Bezügerquoten hoch. Neben den Krankenkassenprämien und den allgemeinen Lebenshaltungskosten können zusätzliche Gesundheitskosten für viele Personen in der Schweiz eine finanzielle Belastung darstellen. Dies kann dazu führen, dass Personen bei gesundheitlichen Problemen keine Arztpraxis aufsuchen oder auf eine empfohlene Behandlung verzichten. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Krankenversicherungsmodellen und den selbst getragenen Kosten, den finanziellen Sorgen und Herausforderungen sowie dem Verzicht dargestellt.

4.1 Krankenversicherungsmodelle und selbst getragene Kosten

In den letzten Jahren haben sich die Versicherungsformen im Gesundheitswesen in der Schweiz stark verändert und immer mehr Personen wählen in der Grundversicherung Modelle wie das Hausarzt- oder HMO-Modell zu Lasten der Standardmodelle (BAG, 2024b). Damit setzt sich 2024 fort, was sich bereits in der IHP-Befragung 2021 abzeichnete: Das Hausarztmodell hat die ordentliche Krankenversicherung als häufigstes Krankenversicherungsmodell der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz abgelöst. Im Jahr 2024 ist mehr als die Hälfte der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz im Hausarztmodell versichert (52,8%, 2014: 30,7%), gefolgt von 35,5% im gewöhnlichen Krankenversicherungsmodell (2014: 62,8%, siehe G 4.1). Deutlich seltener wurden 2024 die folgenden Versicherungsmodelle genannt: Telefonmodell (5,0%), HMO-Versicherung (3,0%) und Bonusversicherung (1,7%).

Im Jahr 2024 ist die am häufigsten gewählte Franchise⁶ der Wohnbevölkerung 65+ die Minimalfranchise von 300 Franken (60,0%), gefolgt von 500 Franken (14,5%) und der Maximalfranchise von 2500 Franken (11,8%, siehe G 4.2). Die Wahl der Maximalfranchise von 2500 Franken hat seit 2014 um +6,7 Prozentpunkte zugenommen (2014: 5,1%). Auch die Wahl der Minimalfranchise hat in diesem Zeitraum um +5,4 Prozentpunkte zugenommen, allerdings ist diese Zunahme nicht signifikant (2014: 54,6%). Es ist jedoch zu beachten, dass der Anteil der Wohnbevölkerung 65+, der die Höhe der eigenen Franchise nicht kennt, 2014 mit 11,6% relativ hoch ist. Somit könnte der Anteil der Minimal- bzw. Maximalfranchisen im Jahr 2014 durchaus höher gewesen sein.

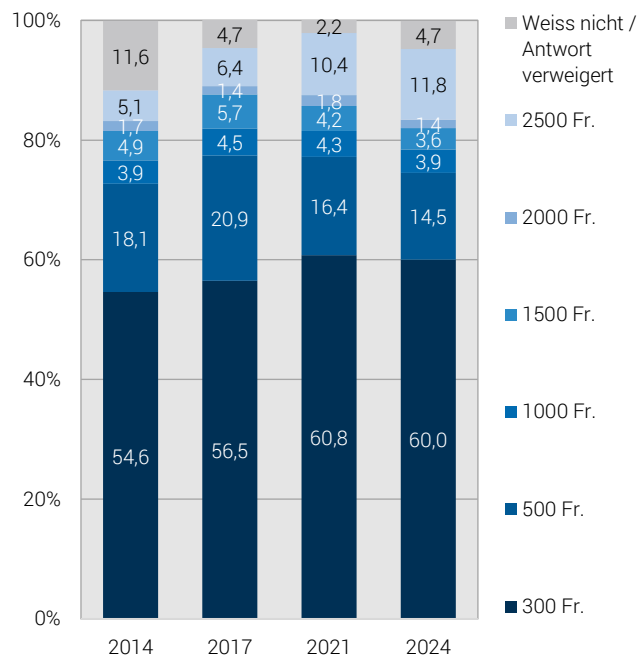
G 4.1 Krankenversicherungsmodelle, Wohnbevölkerung 65+, zeitlicher Vergleich in der Schweiz, 2014, 2017, 2021 und 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey © Obsan 2024

⁶ Fixbetrag, welcher pro Jahr an die Gesundheitskosten bezahlt werden muss. Je tiefer die Franchise, desto weniger bezahlt man an die Behandlungskosten, aber desto höher fallen die Prämienzahlungen aus.

G 4.2 Franchise, Wohnbevölkerung 65+, zeitlicher Vergleich in der Schweiz, 2014, 2017, 2021 und 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2024

Die selbst getragenen Gesundheitskosten⁷ im Gegenwert von 1000 US-Dollar oder mehr fallen in der Schweiz erneut anteilmässig am höchsten aus.

Fast vier von zehn Personen (38,1%) der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz tragen – zusätzlich zu den Prämienzahlungen – Gesundheitskosten für sich und ihre Familie im Gegenwert von 2000 US-Dollar oder mehr selbst, während mehr als ein Fünftel (22,1%) Gesundheitskosten im Gegenwert von 1000 bis <2000 US-Dollar selbst übernimmt (G 4.3). Die Schweiz erweist sich auch 2024 im internationalen Vergleich als das Land, in dem die selbst getragenen Gesundheitskosten der Wohnbevölkerung 65+ am häufigsten den Gegenwert von 1000 US-Dollar übersteigen (G 4.4). So geben 60,1% der Befragten an, in den letzten 12 Monaten 1000 US-Dollar oder mehr aus eigener Tasche für medizinische Behandlungen und Versorgung ausgegeben zu haben. Bereits 2021 und 2017 lag die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz auf dem ersten Rang und

ihr Anteil war signifikant höher als in allen anderen Ländern (2017: 54,7%, 2021: 50,4%). In der zeitlichen Entwicklung ist dieser Anteil in der Schweiz zwischen 2021 und 2024 signifikant um +5,4 Prozentpunkte angestiegen (2021: 54,7%).

Das soziodemografische Profil der Schweiz zeigt sowohl einen Bildungs- als auch einen Einkommenseffekt bei den selbst getragenen Gesundheitskosten im Gegenwert von 1000 US-Dollar und mehr (siehe Tabelle C.4.1). Die Wohnbevölkerung 65+ mit Tertiärabschluss (68,5%) trägt häufiger selbst Kosten in dieser Höhe als die Wohnbevölkerung 65+ ohne nachobligatorischen Abschluss (53,3%). Auch bei Personen mit einem Haushaltseinkommen über der Armutsgrenze ist dies häufiger der Fall als bei Personen mit einem Haushaltseinkommen unter der Armutsgrenze (65,3% versus 48,5%).

4.2 Finanzielle Sorgen und Herausforderungen

Sorgen können sich auf die Gesundheit einer Person auswirken, insbesondere wenn sie existenzielle Bedürfnisse betreffen und chronischer Natur sind. Daher sind die nachfolgenden Fragen zu finanziellen Sorgen wichtige Indikatoren in IHP-Erhebungen.

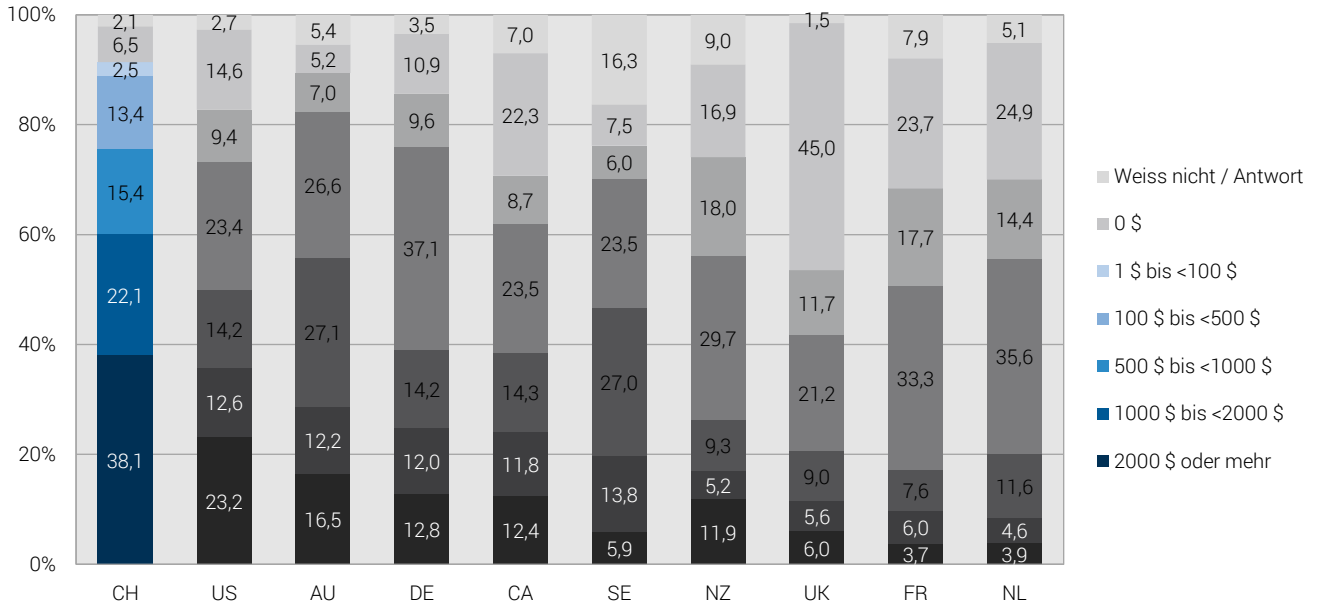
Rund 6% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz sorgt sich darüber, genügend Geld für Miete oder Hypotheken, monatliche Rechnungen sowie ein stabiles Einkommen zu haben – ca. 1% darüber, ausreichend zu Essen zu haben.

In der Schweiz haben sich 6,3% der Wohnbevölkerung 65+ in den letzten 12 Monaten immer oder normalerweise Sorgen darüber gemacht, ob sie genug Geld haben, um ihre Miete oder Hypothek zu bezahlen (G 4.5). Weitere 6,5% machen sich immer oder normalerweise Sorgen um die Bezahlung der monatlichen Rechnungen (z. B. Elektrizitäts- oder Telefonrechnung) und 6,2% um ein stabiles Einkommen. Um ausreichendes Essen sorgen sich 1,4% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz.

Bemerkenswert ist, dass der Schweizer Anteil bei der Sorge, Miete und Hypothek sowie andere Rechnungen bezahlen zu können, am höchsten und bei der Sorge, ein stabiles Einkommen zu haben, am dritthöchsten ist. Bei der Sorge, genügend zu Essen zu haben, liegt die Schweiz hingegen im Mittelfeld der befragten Länder.

⁷ Selbst getragene Ausgaben für medizinische Leistungen, die nicht über eine Grund-/Zusatzversicherung oder staatliche Beiträge gedeckt sind. Hierbei handelt es sich um Kosten verursacht durch Medikamente, medizinische und zahnärztliche Versorgung sowie alle Arten von Selbst-behalten. Es handelt sich nicht um Prämienzahlungen.

G 4.3 Selbst getragenen Gesundheitskosten (Out-of-Pocket-Zahlungen) in US-Dollar, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024

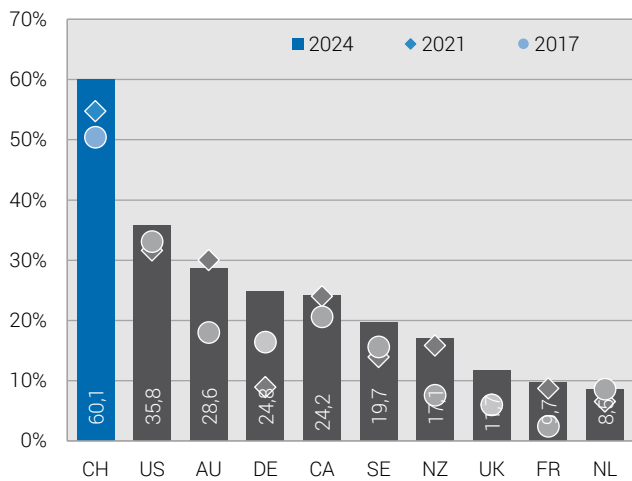


Bemerkung: Die Grafik ist anhand der Grösse der Summe der Anteile 1000 \$ bis <2000 \$ und 2000 \$ oder mehr absteigend geordnet.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

G 4.4 Selbst getragenen Gesundheitskosten (Out-of-Pocket-Zahlungen) im Gegenwart von mindestens 1000 US-Dollar, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

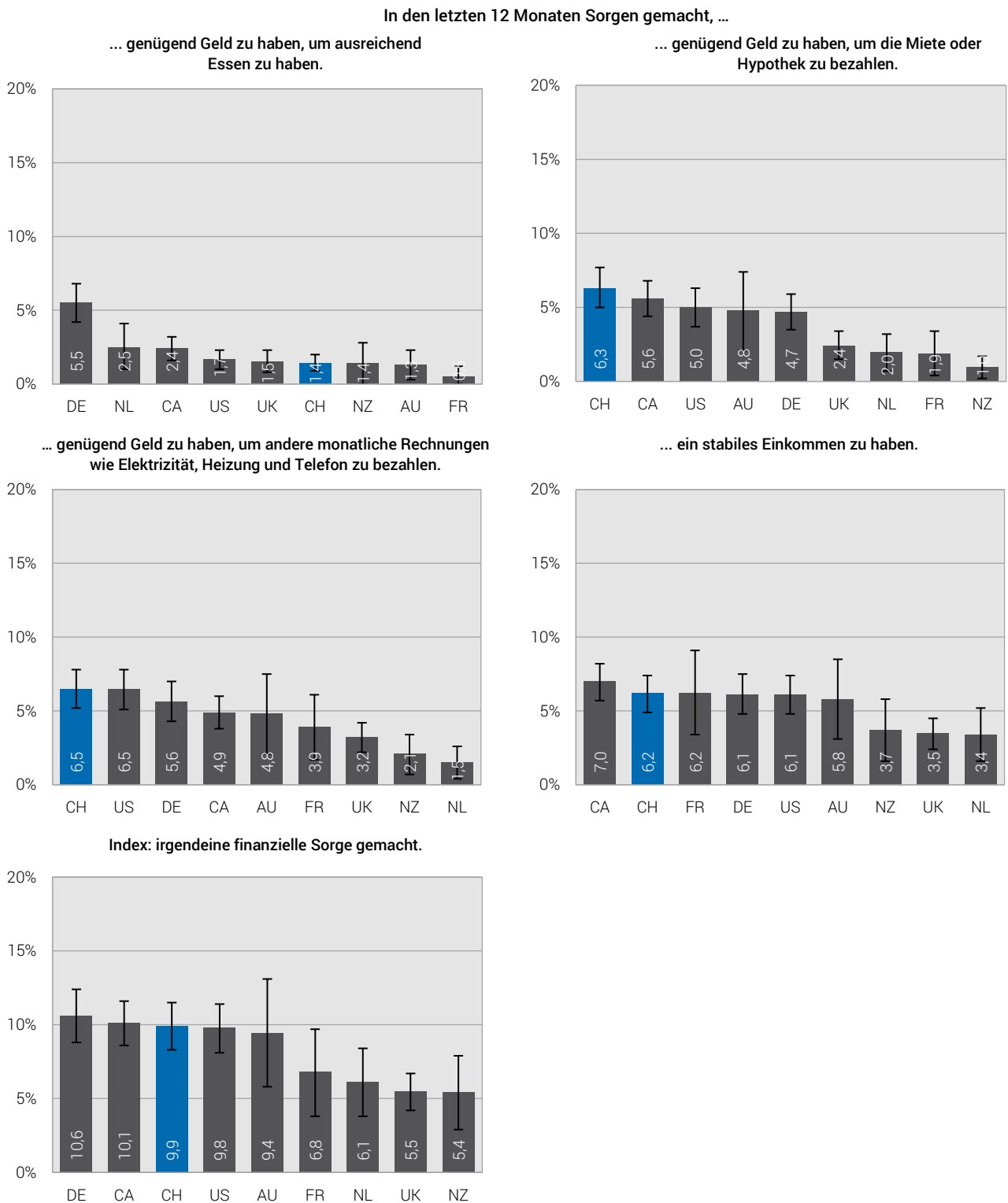
© Obsan 2024

Eine von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz macht sich immer oder normalerweise irgendeine finanzielle Sorge.

Betrachtet man den Anteil der Wohnbevölkerung 65+, der sich immer oder normalerweise über mindestens eine der vier oben beschriebenen finanziellen Sorgen Gedanken macht, so ist in der Schweiz fast jede zehnte befragte Person (9,9%) betroffen (G 4.5). Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz damit an dritter Stelle, wobei sich die Anteile in Kanada (10,1%) und Deutschland (10,6%) nicht signifikant von der Schweiz unterscheiden. Nur in Grossbritannien (5,5%) und in Neuseeland (5,4%) macht sich die Wohnbevölkerung 65+ weniger häufig Sorgen um ihre Finanzen als in der Schweiz.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigen sich erwartungsgemäss Effekte nach Bildung, Einkommen aber auch nach Migrationsstatus. Personen ohne nachobligatorischen Abschluss machen sich häufiger (immer oder meistens) finanzielle Sorgen als Personen mit Tertiärabschluss (15,0% versus 6,5%, siehe G 4.6). Noch deutlicher ist der Unterschied nach Einkommen: Personen mit einem Haushaltseinkommen unter der Armutsgrenze (23,8%) machen sich fast dreimal häufiger (immer oder normalerweise) finanzielle Sorgen als Personen mit einem Einkommen über der Armutsgrenze (6,2%). Auch Personen mit Migrationshintergrund machen sich häufiger Sorgen als Personen ohne Migrationshintergrund (14,7% versus 8,6%). Ebenso machen sich Personen aus der italienischsprachigen Schweiz häufiger als Personen aus der deutschsprachigen Schweiz (15,9% versus 8,8%).

G 4.5 Haben sich immer oder normalerweise während den letzten 12 Monaten finanzielle Sorgen gemacht, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024

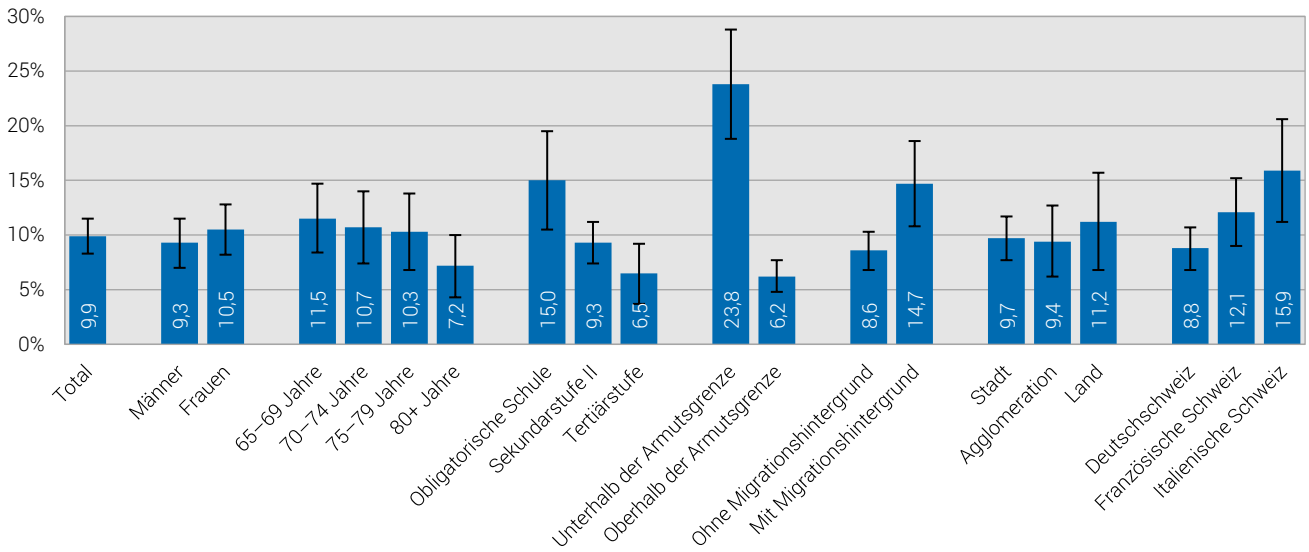


Bemerkung: Aufgrund unterschiedlicher Antwortkategorien sind die Anteile von Schweden nicht mit den anderen Ländern vergleichbar und deshalb nicht aufgeführt.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

G 4.6 Haben sich immer oder normalerweise während den letzten 12 Monaten finanzielle Sorgen gemacht, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

4.3 Verzicht

Bevor die Ergebnisse zum Verzicht betrachtet werden, muss der Verzicht auf medizinische Leistungen, wie er in der IHP-Erhebung erfasst wird, definiert und vom Konzept der Entbehrung in der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) des BFS abgegrenzt werden (siehe Kasten K 4.1).

Mehr als eine von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz hat aus Kostengründen auf mindestens eine medizinische Leistung verzichtet.

Im Jahr 2024 hatten 7,2% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz in den 12 Monaten vor der Befragung ein medizinisches Problem, sind aber aus Kostengründen nicht zur Ärztin bzw. zum Arzt gegangen (G 4.7). Weitere 6,5% haben eine ärztlich empfohlene Untersuchung, Behandlung oder Nachuntersuchung wegen der Kosten nicht durchführen lassen und 5,4% haben ein verordnetes Medikament wegen der Kosten nicht bzw. nicht in der verschriebenen Menge eingenommen. Im internationalen Vergleich liegen diese Anteile auf dem zweiten, dritten und vierten Rang, während die USA bei allen drei Indikatoren den ersten Rang belegt (7,9%, 8,7% und 11,9%). Nur beim letzten Indikator, dem Verzicht auf ein verschriebenes Medikament, liegt der Anteil der USA über demjenigen der Schweiz.

K 4.1 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 (Wohnbevölkerung ab 18 Jahren) 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).

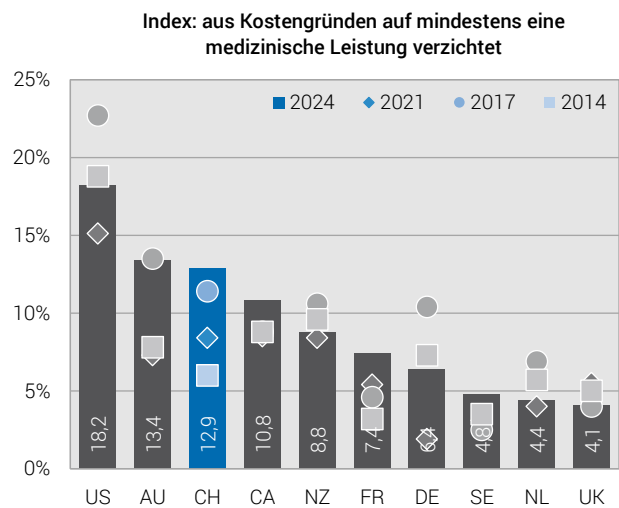
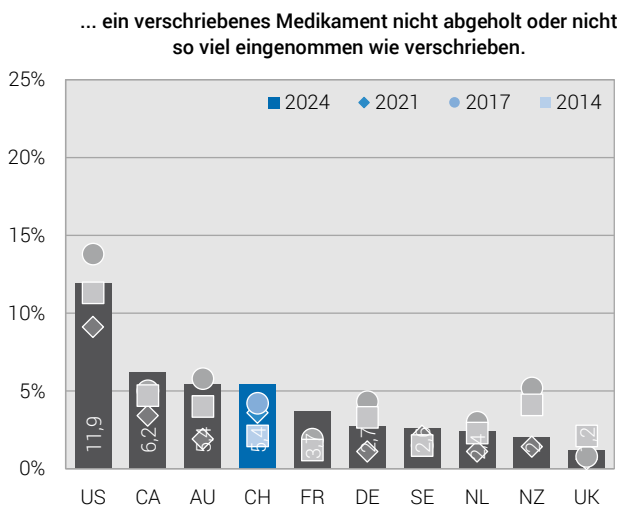
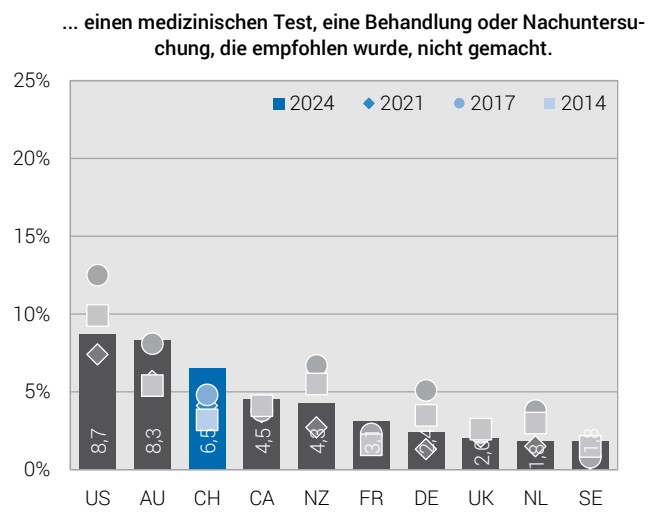
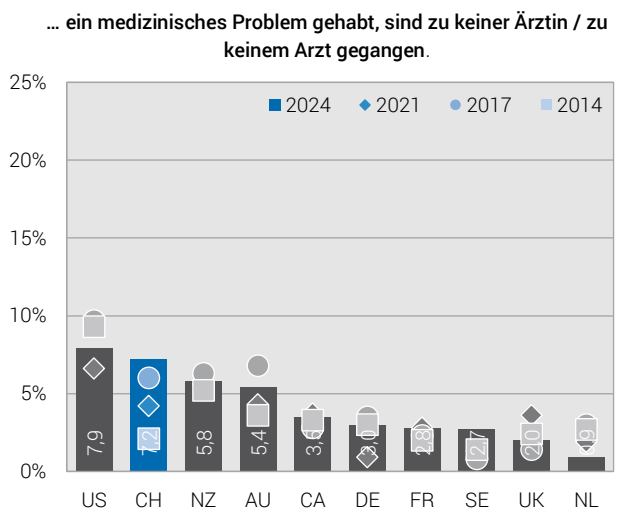
Auf mindestens eine medizinische Leistung⁸ verzichtet haben in der Schweiz 12,9% der Wohnbevölkerung 65+ (G 4.7). Im internationalen Vergleich nimmt die Schweiz damit den dritthöchsten Rang ein, allerdings ist nur der Anteil in den USA (18,2%) signifikant höher. Die Anteile von Deutschland (6,4%) bis Grossbritannien (4,1%) sind kleiner als der Anteil der Schweiz. In der zeitlichen Entwicklung schwanken die Ergebnisse dieses Indikators stark. In der Schweiz steigt der Verzicht auf mindestens eine ärztliche Leistung im Jahr 2024 in etwa wieder auf das Niveau von 2017,

nach einem Rückgang im Jahr 2021 (2014: 6,0%, 2017: 11,4%, 2021: 8,4%).

Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigt sich vor allem ein Alterseffekt. Die jüngste Altersgruppe (65–69 Jahre: 17,7%) verzichtet häufiger als die beiden ältesten Altersgruppen (75–79 Jahre und 80+ Jahre: je 9,6%). Zudem verzichteten Personen mit einem Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgrenze tendenziell häufiger als Personen mit einem Haushaltseinkommen oberhalb der Armutsgrenze (18,2% versus 11,9%).

G 4.7 Haben während der letzten 12 Monate aus Kostengründen auf medizinische Leistungen verzichtet, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024

Haben in den letzten 12 Monaten wegen der Kosten ...



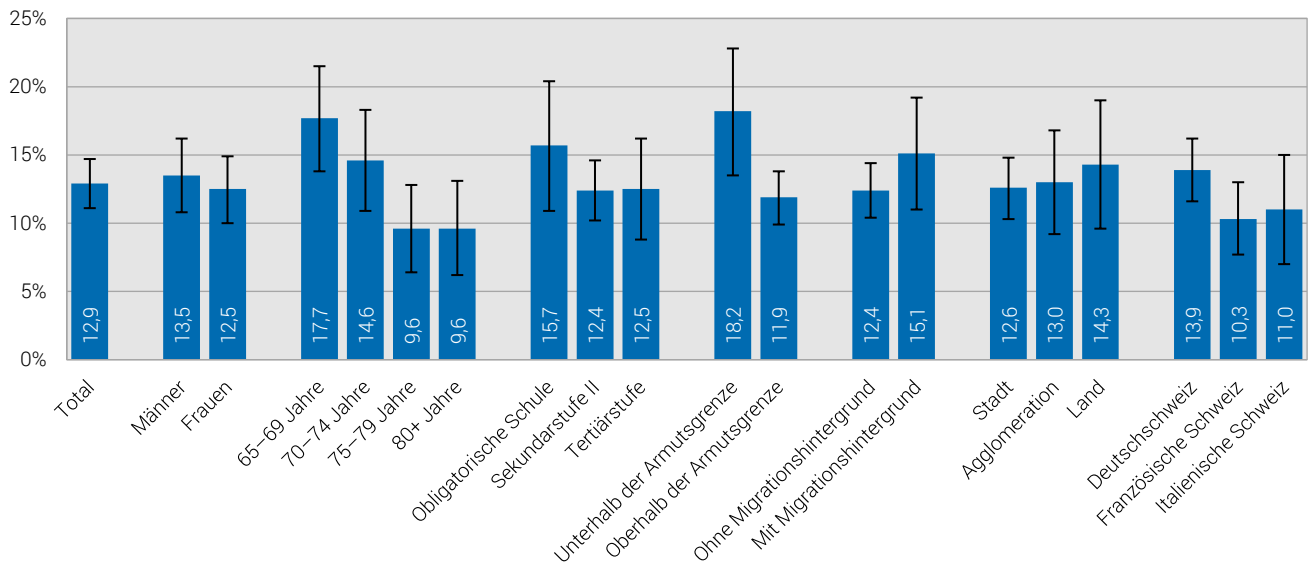
Bemerkung: Der hier präsentierte Verzicht widerspiegelt keinen genuine Indikator für die Armut einer Person (vergleiche BFS, 2018 oder K 4.1).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

⁸ Entspricht dem Index «Accprob», welcher sich aus den drei Fragen zum Verzicht auf ein Medikament (Q810A1), Verzicht auf Arztbesuch (Q810A2) und Verzicht auf empfohlene Behandlung (Q810A3) zusammensetzt.

G 4.8 Haben während der letzten 12 Monate aus Kostengründen auf mindestens eine medizinische Leistung⁹ verzichtet (ohne zahnärztliche Behandlungen), Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024



Bemerkung: Der hier präsentierte Verzicht widerspiegelt keinen genuinen Indikator für die Armut einer Person (vergleiche BFS, 2018 oder K 4.1).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

Mehr als jede zehnte Person der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz verzichtete aus Kostengründen auf eine zahnärztliche Leistung, 5% auf psychische Gesundheitsversorgung.

In der IHP-Befragung 2024 wurde nach dem Verzicht auf zwei weitere Leistungen aus Kostengründen gefragt. In der Schweiz sind 12,3% der Wohnbevölkerung 65+ nicht zum Zahnarzt bzw. zum Zahnarzt gegangen, obwohl dies notwendig gewesen wäre, womit die Schweiz im Mittelfeld der untersuchten Länder liegt (G 4.9). Während die Anteile von Australien (19,8%) bis Kanada (20,9%) höher sind als in der Schweiz, liegen sie in Deutschland (4,6%) und den Niederlanden (4,0%) tiefer. Die zeitliche Entwicklung zeigt, dass der Anteil der Schweiz im Jahr 2024 wieder das Niveau von 2017 erreicht. Weniger als 5% der Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz (4,3%) haben aus Kostengründen keine psychische Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen. Obwohl dies im Ländervergleich dem ersten Rang entspricht, sind nur die Anteile in Ländern von Grossbritannien (1,8%) bis zu den Niederlanden (0,9%) tiefer als in der Schweiz.

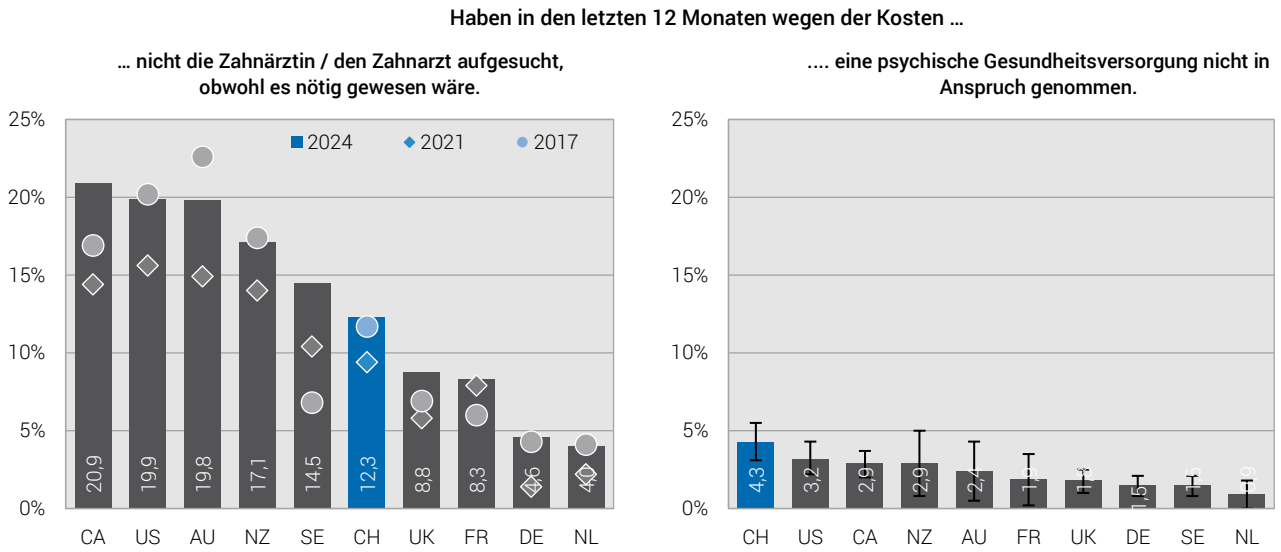
Für den Verzicht auf eine zahnärztliche Leistung aus Kostengründen zeigen sich im soziodemografischen Profil der Schweiz zwei Effekte: nach Einkommen und nach Migrationsstatus. Personen mit einem Haushaltseinkommen unter der Armutsgrenze

verzichten fast doppelt so häufig auf eine zahnärztliche Leistung wie Personen mit einem Haushaltseinkommen über der Armutsgrenze (20,0% versus 10,3%). Auch Personen mit Migrationshintergrund verzichten häufiger auf diese Leistungen als Personen ohne Migrationshintergrund (19,6% versus 10,4%, siehe Tabelle C 4.1). Diese beiden Effekte zeigen sich nicht beim kostenbedingten Verzicht auf psychische Gesundheitsversorgung (siehe Tabelle C 4.2).

Neben dem Verzicht aus Kostengründen wurde die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz nach weiteren Gründen für den Verzicht auf einen Arztbesuch oder eine ärztliche Behandlung in den letzten 12 Monaten gefragt. Am häufigsten (59,5%) warten die Befragten ab, ob das Gesundheitsproblem von selbst verschwindet (G 4.10). Der zweithäufigste Grund ist, dass keine medizinische Behandlung notwendig war (41,3%), gefolgt von der Absicht, keine weiteren Gesundheitskosten für die Allgemeinheit zu verursachen (25,6%). Diese drei Gründe belegten bereits in der IHP-Erhebung 2021 (Pahud, 2021) in derselben Reihenfolge die ersten drei Plätze. Mangelndes Vertrauen in die Ärzteschaft, Spitäler oder Behandlungen (6,0%), keinen guten Arzt zu kennen (5,3%) und Angst vor dem, was eine Ärztin bzw. ein Arzt sagen könnte (4,6%), werden nur von einem geringen der Wohnbevölkerung 65+ angegeben.

⁹ Entspricht dem Index Accprob, welcher sich aus den drei Fragen zum Verzicht auf ein Medikament (Q810A1), Verzicht auf Arztbesuch (Q810A2) und Verzicht auf empfohlene Behandlung (Q810A3) zusammensetzt.

G 4.9 Haben während der letzten 12 Monate aus Kostengründen auf zahnärztliche oder psychische Versorgung verzichtet, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024



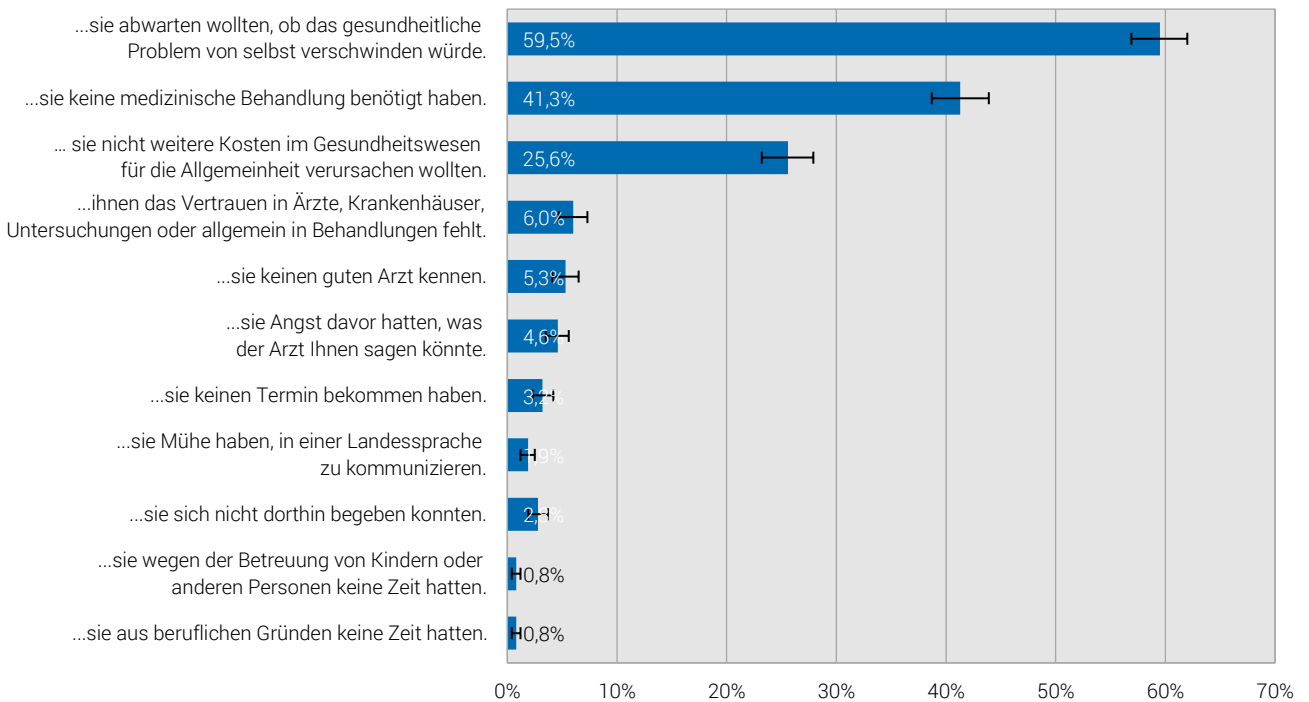
Bemerkung: Der hier präsentierte Verzicht widerspiegelt keinen genuinen Indikator für die Armut einer Person (vergleiche BFS, 2018 oder K 4.1).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

G 4.10 Gründe, auf einen Arztbesuch oder eine medizinische Behandlung zu verzichten, Wohnbevölkerung 65+, Schweiz, 2024

Haben verzichtet, weil ...



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2024

5 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

T 1.1	Stichproben und Rücklaufquoten (in %), internationaler Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	9	G 2.7	Leiden an einer spezifischen chronischen Erkrankung, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	17
T 1.2	Stichprobe nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Migrationsstatus, Sprachregion, Urbanisierungsgrad und kantonaler Aufstockung, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2024	10	G 2.8	Befinden sich aktuell in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung, Wohnbevölkerung 65+, Schweiz, 2024	19
T 2.1	Leiden an einer spezifischen chronischen Erkrankung, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024	18	G 2.9	Indikatoren zu Hilfestellungen bei chronischen Erkrankungen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2021 und 2024	19
			G 2.10	Indikatoren zu psychischen Belastungen und deren Behandlung, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024	21
			G 2.11	Erhalten eine Beratung und Behandlung wegen ihrer psychischen Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+ erhalten, internationaler Vergleich, 2024	21
			G 2.12	Indikatoren zu Behandlungswünschen am Lebensende, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	22

Abbildungsverzeichnis

G 1.1	Ausgezeichnete, sehr gute oder gute selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	11	G 2.13	Einnahme rezeptpflichtiger Medikamente, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	23
G 2.1	Ausgezeichnete, sehr gute oder gute selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	13	G 2.14	Einnahme von zwei oder mehr rezeptpflichtigen Medikamenten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	24
G 2.2	Selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	14	G 3.1	Zufriedenheit mit der Qualität der erhaltenen medizinischen Versorgung während der letzten 12 Monate, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	25
G 2.3	Selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024	14	G 3.2	Erhalten immer oder oft bei einem medizinischen Anliegen am selben Tag eine Antwort der Hausarztpraxis, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	26
G 2.4	Sind in Aktivitäten des täglichen Lebens stark eingeschränkt oder ein bisschen eingeschränkt, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2021 und 2024	15	G 3.3	Erachten es als sehr schwierig oder ziemlich schwierig, ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten medizinische Versorgung zu erhalten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024	26
G 2.5	Leiden an mindestens einer chronischen Erkrankung (Lebenszeitprävalenz), Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024	16	G 3.4	Anzahl konsultierte Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	27
G 2.6	Anzahl diagnostizierter chronischer Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz), Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	16			

G 3.5	Anzahl konsultierte Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten, Wohnbevölkerung 65+, zeitlicher Vergleich in der Schweiz, 2021 und 2024	28		erhielten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	37
G 3.6	Erhalten immer oder häufig hausärztliche Hilfe in der Koordination von Behandlungen, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	28	G 4.1	Krankenversicherungsmodelle, Wohnbevölkerung 65+, zeitlicher Vergleich in der Schweiz, 2014, 2017, 2021 und 2024	38
G 3.7	In den letzten zwei Jahren bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten gewesen, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	29	G 4.2	Franchise, Wohnbevölkerung 65+, zeitlicher Vergleich in der Schweiz, 2014, 2017, 2021 und 2024	39
G 3.8	Haben ein Koordinationsproblem zwischen Hausarztpraxis und Spezialarztpraxis festgestellt, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	29	G 4.3	Selbst getragenen Gesundheitskosten (Out-of-Pocket-Zahlungen) in US-Dollar, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	40
G 3.9	Haben in den vergangenen zwei Jahren die Notaufnahme eines Spitals in Anspruch genommen, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2024	30	G 4.4	Selbst getragenen Gesundheitskosten (Out-of-Pocket-Zahlungen) im Gegenwert von mindestens 1000 US-Dollar, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024	40
G 3.10	Hätten die Beschwerden wegen denen die Notaufnahme aufgesucht wurde auch in der Hausarztpraxis behandeln lassen können, wenn diese verfügbar gewesen wäre, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2024	30	G 4.5	Haben sich immer oder normalerweise während den letzten 12 Monaten finanzielle Sorgen gemacht, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	41
G 3.11	Haben in den letzten zwei Jahren mindestens eine Nacht im Spital verbracht, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	31	G 4.6	Haben sich immer oder normalerweise während den letzten 12 Monaten finanzielle Sorgen gemacht, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024	42
G 3.12	Indikatoren zur Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	32	G 4.7	Haben während der letzten 12 Monate aus Kostengründen auf medizinische Leistungen verzichtet, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017, 2021 und 2024	43
G 3.13	Sind wegen eines Gesundheitsproblems auf Hilfe im Alltag angewiesen, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024	33	G 4.8	Haben während der letzten 12 Monate aus Kostengründen auf mindestens eine medizinische Leistung verzichtet (ohne zahnärztliche Behandlungen), Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024	44
G 3.14	Formelle und/oder informelle Hilfe zum/zur Aufstehen aus dem Bett, An- und Ausziehen, Baden oder Benutzung der Toilette, Wohnbevölkerung 65+, Schweiz, 2024	34	G 4.9	Haben während der letzten 12 Monate aus Kostengründen auf zahnärztliche oder psychische Versorgung verzichtet, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017, 2021 und 2024	45
G 3.15	Pflegen respektive betreuen eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Gesundheitsproblemen, einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024	34	G 4.10	Nicht finanzielle Gründe, auf einen Arztbesuch oder eine medizinische Behandlung zu verzichten, Wohnbevölkerung 65+, Schweiz, 2024	45
G 3.16	Indikatoren zur Nutzung von eHealth im Rahmen der Hausarztpraxis, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	35			
G 3.17	Nutzen das Internet als Informationsquelle bei Gesundheitsthemen, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2024	36			
G 3.18	Sind jemals ungerecht behandelt worden als sie eine medizinische Behandlung erhielten, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2024	37			
G 3.19	Hatten jemals das Gefühl, dass ihre Gesundheitssorgen nicht ernst genommen werden als sie eine medizinische Behandlung				

6 Literaturverzeichnis

- BAG (2022). Krankenversicherung: Starker Kostenanstieg führt zu höheren Prämien im Jahr 2023. Medienmitteilung vom 27.09.2022. Bern: BAG.
- BAG (2023). Stark steigende Kosten führen zu deutlich höheren Prämien im Jahr 2024. Medienmitteilung vom 26.09.2023. Bern: BAG.
- BAG (2024a). Anhaltendes Kostenwachstum führt zu erneuter Prämienhöhung im Jahr 2025. Medienmitteilung vom 26.09.2024. Bern: BAG.
- BAG (2024b). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2023. Bern: BAG.
- BFS (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht – Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2020). Armut im Alter. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2023). Räumliche Typologien – Stadt/Land-Typologie 2012. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2024). Durchschnittliche Armutsgrenzen ausgewählter Haushaltstypen. 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.
- 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 (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 10/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Füglister-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006 –2013 (Obsan Rapport 67). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics society*, 31, 721-727.
- Kägi, W., Frey, M. Huddleston, C., Lamprecht, M., Metzler, R. & Suri, M. (2021). Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Zürich: Paul Schiller Stiftung.
- 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.
- Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung (Obsan Bericht 03/2021). 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. (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 Funds 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. (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. (2023). eHealth in der ambulanten Grundversorgung. Situation vor und nach Ausbruch der Corona-Pandemie (Obsan Bulletin 02/2023). 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.
- Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O. & Dorn, M. (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040 (Obsan Bericht 03/2022). 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.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020. (Obsan Bericht 15/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- SSRS (2024). Methodology report: 2024 International Health Policy Survey of older adults. Glenn Mills: SSRS.
- Sturny, I. & Camenzind, P. (2011). Erwachsene Personen mit Erkrankungen – Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Auswertung des International Health Policy Survey 2011 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 18). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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.

7 Anhang

7.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2024

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q800	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Qualität der medizinischen Versorgung, die Sie in den letzten 12 Monaten erhalten haben?
Q810	Während der letzten 12 Monate, haben Sie da...
Q810A1	...wegen den Kosten ein verschriebenes Medikament nicht abgeholt, oder nicht so viel genommen wie vorgeschrieben?
Q810A2	...ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keinem Arzt gegangen?
Q810A3	...wegen der Kosten einen medizinischen Test, eine Behandlung oder Nachuntersuchung, die vom Doktor empfohlen wurde, nicht gemacht?
Q810A4	...wegen der Kosten nicht den Zahnarzt besucht, obwohl es nötig gewesen wäre?
Q810A5	...aus Kostengründen keine psychische Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen, als Sie diese benötigten?
accprob	Verzicht auf mindestens eine medizinische Leistung aufgrund der Kosten.
Q830	Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, 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?
Q832	Als Sie das letzte Mal krank gewesen sind oder einen Arzt gebraucht haben, wie schnell konnten Sie einen Termin erhalten?
Q840	Bitte denken Sie bei den nächsten Fragen an die medizinische Versorgung, die Sie in den letzten 12 Monaten durch Telemedizin erhalten haben. Bitte denken Sie dabei an Behandlungen und andere gesundheitsbezogene Dienstleistungen, die von einem/r Arzt/Ärztin per Video oder Telefon anstelle eines persönlichen Termins erbracht wurden.
Q840A1	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten jemals von einer Hausärztin / einem Hausarzt / Allgemeinmediziner/in (Grundversorger/in) über Telemedizin behandelt?
Q840A3	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten jemals von einer Fachperson im Bereich der psychischen Gesundheit über Telemedizin behandelt?
Q845A1	Wie (un)zufrieden sind Sie insgesamt mit den Telemedizin-Konsultationen ...
Q845A1	...mit der Hausärztin/dem Hausarzt?
Q845A3	...mit der Fachperson im Bereich der psychischen Gesundheit?
Q850	Wie häufig werden Sie von Ihrer ... während Ihren Telemedizin-Konsultationen mit Höflichkeit und Respekt behandelt?
Q850A1	...Ihrer Hausärztin / Ihrem Hausarzt
Q850A3	... der Fachperson im Bereich der psychischen Gesundheit
Q915	Gibt es eine/n Ärzt/in, Gruppe von Ärzt/innen, ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik, die Sie normalerweise für Ihre medizinische Versorgung aufsuchen?
Q935	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?
Q970	Haben Sie in den letzten 2 Jahren über eine sichere Internetseite oder ein Patientenportal oder eine Handy-App...
Q970A1	...mit der Praxis Ihres/r Hausarzt(in) kommuniziert oder gemailt bezüglich einer medizinischen Frage oder Anliegen?
Q970A2	...Resultate von Tests oder Laboranalysen angeschaut?
Q970A5	...Zusammenfassungen der Arztbesuche angeschaut?
Q1000	Wie viele verschiedene Ärzte/Ärztinnen haben Sie die letzten 12 Monate konsultiert? Bitte zählen Sie Spitalbesuche nicht dazu.

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q1003	Wie häufig hilft Ihnen Ihr Arzt, zu dem Sie normalerweise hingehen, oder jemand in der Arztpraxis, die Behandlung zu vereinbaren oder zu koordinieren, die Sie von anderen Ärzten oder anderswo bekommen?
Q1020	Sind Sie in den vergangenen 2 Jahren bei einem Spezialisten gewesen?
Q1025	Nachdem Ihnen geraten wurde oder Sie entschieden haben, einen Spezialisten aufzusuchen, wie lange haben Sie auf einen Termin warten müssen?
Q1030	Wie viele Tage mussten Sie für einen Termin warten?
Q1035	Wie viele Wochen mussten Sie für einen Termin warten?
Q1040	Wie viele Monate mussten Sie für einen Termin warten?
Q1050	Ist es in den letzten zwei Jahren vorgekommen, dass...
Q1050A1	...ein Spezialist keine grundlegenden medizinischen Informationen oder Testergebnisse vom Arzt/Ort, den Sie normalerweise aufsuchen für eine medizinische Behandlung, über den Grund Ihres Besuches hatte.
Q1050A2	...nachdem Sie den Facharzt oder Spezialisten konsultiert hatten, Ihr Arzt/Ort, den Sie normalerweise aufsuchen für eine medizinische Behandlung, nicht informiert und auf dem letzten Stand schien bezüglich der Behandlung, die Sie vom Spezialisten bekommen hatten.
speccord	Haben Sie mindestens ein Koordinationsproblem (Q1050A1 und/oder Q1050A2) festgestellt?
Q1105	Wie viele unterschiedliche rezeptpflichtige Medikamente nehmen Sie immer oder regelmässig?
Q1110	Hat in den letzten 12 Monaten medizinisches Personal alle Medikamente überprüft, die Sie nehmen?
Q1300	Haben Sie in den letzten 2 Jahren mindestens eine Nacht in einem Spital verbracht?
Q1310A1	Als Sie aus dem Spital entlassen worden sind, haben Sie schriftliche Informationen bekommen, was Sie machen müssen, wenn Sie nach Hause kommen und auf welche Symptome Sie achten müssen?
Q1310A2	Als Sie das Krankenhaus verlassen haben, hat das Krankenhaus Anordnungen getroffen oder sichergestellt, dass Sie eine Folgebehandlung mit einem Arzt oder einem anderen Gesundheitsspezialisten bekommen?
Q1310A3	Bevor Sie aus dem Spital entlassen wurden, ist jemand mit Ihnen alle verschriebenen Medikamente durchgegangen, inklusive jene, die Sie bereits vor dem Spitalaufenthalt nahmen?
Q1328	Nachdem Sie das Spital verlassen haben, hatten Sie das Gefühl, die Unterstützung und die Dienstleistungen zu haben, welche Sie zur Bewältigung Ihrer Gesundheitsprobleme zu Hause benötigten?
Q1330	Wie häufig haben Sie in den vergangenen 2 Jahren die Notaufnahme von einem Spital für Ihre eigene medizinische Behandlung in Anspruch genommen?
Q1335	Denken Sie daran, als Sie das letzte Mal in der Notaufnahme waren. War dies wegen Beschwerden, die Ihrer Meinung nach auch von den Ärzten oder dem Personal in der Praxis wo Sie normalerweise hingehen, hätte behandelt werden können, wenn diese verfügbar gewesen wären?
Q1401	Wie würden Sie Ihre Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?
Q1402	Inwieweit sind Sie bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt, z. B. bei der Nahrungsaufnahme, dem Aufstehen aus dem Bett oder einem Stuhl, dem An- und Ausziehen, dem Baden oder der Benutzung der Toilette? Würden Sie sagen, dass Sie bei irgendeiner dieser Aktivitäten stark eingeschränkt, ein bisschen eingeschränkt oder überhaupt nicht eingeschränkt sind?
Q1402a	Erhalten Sie Hilfe von ... zum Aufstehen aus dem Bett, dem An- und Ausziehen, dem Baden oder der Benutzung der Toilette?
Q1402aA1	...einer bezahlten professionellen Hilfe wie z.B. die Spitex...
Q1402aA2	...jemand anderem, z. B. einem Familienmitglied, einem/r Freund/in oder jemandem aus der Umgebung...
Q1402b	Sie gaben an, dass jemand wie ein Familienmitglied, ein/e Freund/in oder jemand aus der Umgebung Ihnen bei Ihren täglichen Aktivitäten oder Ihrer Pflege hilft. Was ist der Hauptgrund für die Wahl dieser Option?
Q1402c	Sie gaben an, dass Sie keine Hilfe bei Aktivitäten wie Baden und Anziehen erhalten. Was ist der Hauptgrund dafür, dass Sie derzeit keine Hilfe bei diesen Tätigkeiten erhalten?
Q1403	Sind Sie wegen eines Gesundheitsproblems auf jemanden angewiesen, der/die Ihnen bei der Hausarbeit, dem Zubereiten von Mahlzeiten, der täglichen Einnahme von Medikamenten oder bei Einkäufen hilft?
Q1414	Pflegen oder betreuen Sie mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Gesundheitsproblemen, einer chronischen Krankheit oder Behinderung?
chrnct	Anzahl chronische Erkrankungen
anchronic	Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q1415	Ist Ihnen von einem Arzt gesagt worden, dass Sie...
Q1415A1	...Hypertonie oder Bluthochdruck haben?
Q1415A2	...Herzkrankheiten haben, Herzinfarkt eingeschlossen?
Q1415A3	...Diabetes haben?
Q1415A4	...Asthma oder eine chronische Lungenkrankheit wie chronische Bronchitis, ein Emphysem oder chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung haben?
Q1415A5	...eine Depression, Angstzustände oder andere psychische Störungen haben?
Q1415A6	...Krebs haben?
Q1415A8	...Gelenkschmerzen oder Arthritis haben?
Q1415A9	...einen Schlaganfall gehabt haben?
Q1415A10	...Neurologische Erkrankungen wie Demenz oder Alzheimer haben?
Q1416	Sind Sie derzeit in Behandlung oder gehen Sie zu einer medizinischen Fachperson, die Ihnen beim Umgang mit...
Q1416A1	...Hypertonie oder Bluthochdruck hilft?
Q1416A2	...der Herzkrankheit hilft (Herzinfarkt eingeschlossen)?
Q1416A3	...Diabetes hilft?
Q1416A4	...Asthma oder eine chronische Lungenkrankheit wie chronische Bronchitis, ein Emphysem oder chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung hilft?
Q1416A5	...eine Depression, Angstzustände oder andere psychische Störungen hilft?
Q1416A6	...Krebs hilft?
Q1416A8	...Gelenkschmerzen oder Arthritis hilft?
Q1416A9	...dem Schlaganfall hilft?
Q1416A10	...Neurologische Erkrankungen wie Demenz oder Alzheimer hilft?
Q1420	Im vergangenen Jahr, wenn Sie eine Behandlung wegen einer chronischen Erkrankung (Q1415) bekommen haben, hat da jemand vom Gesundheitspersonal...
Q1420A1	...mit Ihnen Ihre wichtigsten Ziele bzw. Prioritäten in Bezug auf die Behandlung Ihrer Krankheit(en) besprochen?
Q1420A3	...Ihnen klare Anweisungen gegeben, auf welche Symptome Sie achten müssen und in welchem Fall Sie sich einer weiteren Versorgung oder Nachbehandlung unterziehen sollten?
Q1429	Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie Ihre Gesundheitsprobleme kontrollieren und bewältigen können?
Q1412	Wie oft fühlen Sie sich von anderen isoliert?
Q1430	Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten unter seelischen Belastungen wie Angstzustände oder grosser Traurigkeit gelitten, bei denen Sie das Gefühl gehabt haben, selbst nur schlecht damit fertig zu werden?
Q1445	Haben Sie in den letzten 12 Monaten irgendeine Beratung oder eine Behandlung wegen Ihrer psychischen Gesundheit erhalten? Dazu gehören Beratung oder Behandlungen, die Sie vielleicht wegen Depressionen, Angstzuständen oder anderen psychischen Erkrankungen erhalten haben.
Q1445a	Was ist der Hauptgrund dafür, dass Sie in den letzten 12 Monaten keine Beratung oder Behandlung für Ihre psychische Gesundheit erhalten haben?
Q1446	Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Fachperson für psychische Gesundheit, die zu Ihrer Hausarztpraxis gehört?
Q1450	Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie sich Sorgen gemacht oder waren gestresst,...
Q1450A1	...dass Sie ausreichend zu Essen haben?
Q1450A2	...dass Sie genügend Geld haben, um Ihre Miete oder Hypothek zu bezahlen?
Q1450A3	...dass Sie genügend Geld haben, um andere monatliche Rechnungen wie Elektrizität, Heizung und Telefon zu bezahlen?
Q1450A4	...dass Sie ein stabiles Einkommen haben?
materialhard	Haben Sie sich immer oder normalerweise irgendeine finanzielle Sorge (Q1450A1, Q1450A2 und/oder 1450A3) gemacht?

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q1495	Im Fall, dass Sie sehr krank oder verletzt würden und nicht selber entscheiden könnten, haben Sie mit der Familie, einem engen Freund(in) oder einer medizinischen Fachperson darüber gesprochen, welche Behandlung Sie WOLLEN oder NICHT WOLLEN?
Q1496	Gibt es ein schriftliches Dokument, welches beschreibt, welche Behandlung Sie am Lebensende wollen oder nicht wollen?
Q1497	Gibt es ein schriftliches Dokument, welches jemanden bestimmt, der Entscheidungen zu Ihrer Behandlung trifft, wenn Sie dies nicht mehr selber können?
Q1499	Sind Sie Mitglied einer Organisation für ein selbstbestimmtes Lebensende wie z.B. Exit oder Dignitas?
QSWISS3	Falls Sie in den letzten 12 Monaten medizinische Pflege benötigt haben, hat ein Arzt oder eine medizinische Fachperson je mit Ihnen über Ihre Wünsche für das Sterben oder Ihren Tod gesprochen?
Q1530	Welche Art von Krankenversicherung haben Sie persönlich für die obligatorische Grundversicherung?
Q1535	Wie hoch ist die Jahresfranchise, also der Betrag, wo Sie auf jeden Fall selber bezahlen müssen, für Sie persönlich?
Q1605	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?
Q1610	Wie viel haben Sie und Ihre Familie in den vergangenen 12 Monaten für medizinische Behandlungen und Versorgung aus eigener Tasche bezahlt? Bitte schätzen Sie, falls Sie die genaue Zahl nicht wissen. Würden Sie sagen es war...?
oopcosts	Selbst getragene Gesundheitskosten (Q1605 und Q1610)
Q1705	Als Sie eine medizinische Behandlung erhielten, ...
Q1705A1	...wurden Sie da jemals ungerecht behandelt?
Q1705A2	...hatten Sie da jemals das Gefühl, dass Ihre Gesundheitsorgen nicht ernst genommen wurden?
Q1706	Wurden Sie jemals ungerecht behandelt / Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Ihre Gesundheitsorgen nicht ernst genommen wurden / Wurden Sie jemals ungerecht behandelt oder hatten das Gefühl, dass Ihre Gesundheitsorgen nicht ernst genommen wurden wegen...
Q1706A1	...Ihrer ethnischen Zugehörigkeit
Q1706A2	...Ihrem Alter
Q1706A3	...Ihrer Geschlechtszugehörigkeit
Q1706A4	...Ihrer sexuellen Orientierung
Q1706A5	...einer Behinderung, Beeinträchtigung, chronischen Krankheit oder einem lang anhaltenden gesundheitlichen Problem
Q1706A6	...Ihrer Religion oder Ihrem Glauben
Q1706A7	...Ihrem Herkunftsland
Q1706A8	...einer Sprachbarriere
Q1710	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?
Q1710A1	...Ihrer ethnischen Zugehörigkeit
Q1710A2	...Ihrem Alter
Q1710A3	...Ihrer Geschlechtszugehörigkeit
Q1710A4	...Ihrer sexuellen Orientierung
Q1710A5	...einer Behinderung, Beeinträchtigung, chronischen Krankheit oder einem lang anhaltenden gesundheitlichen Problem
Q1710A6	...Ihrer Religion oder Ihrem Glauben
Q1710A7	...Ihrem Herkunftsland
Q1710A8	...einer Sprachbarriere
QSWISS0	Haben Sie in den letzten zwei Jahren...
QSWISS0A1	...einer medizinischen Fachperson eine medizinische Anfrage per Smartphone-Textnachricht (SMS, Whatsapp, etc.) geschickt? (mehr als nur zur Vereinbarung eines Termins)?

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
QSWISS0A2	...per web-basierter Applikation (sichere Webseite, sichere Applikation) mit einer medizinischen Fachperson eine medizinische Frage besprochen (mehr als nur zur Vereinbarung eines Termins)?
QSWISS0A	...einer medizinischen Fachperson eine E-Mail mit einer medizinischen Frage geschickt?
QSWISS0C	...das Internet gebraucht, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren?
QSWISS0D	...irgendeine Art digitaler Applikationen (d.h., App) benutzt, um Daten über Ihre Gesundheit zu sammeln, aber nicht um diese mit einer medizinischen Fachperson zu teilen (z.B. Daten zur Bewegungserfassung wie Schrittzähler oder Vitalfunktionen wie die Herzfrequenz)?
QSWISS0E	...irgendeine Art digitaler Applikationen (d.h., Webseite, App) benutzt, um Daten über Ihre Gesundheit zu sammeln und diese mit einer medizinischen Fachperson zu teilen (z.B. Daten zur Bewegungserfassung wie Schrittzähler oder Vitalfunktionen wie die Herzfrequenz)?
QSWISS1	Wenn es um einfache medizinische Behandlungen geht: Könnten Sie sich vorstellen, eine Folgebehandlung statt durch einen Arzt durch spezialisiertes Gesundheitspersonal (z.B. spezialisierte Pflegefachpersonen) zu bekommen?
QSWISS2	Wenn Sie an die gesamte medizinische Versorgung denken, wo Sie in den letzten 12 Monaten bekommen haben, würden Sie sagen, Sie haben...
QSWI4	Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen einem der folgenden Gründe nicht zum Arzt gegangen oder haben auf eine medizinische Behandlung verzichtet? Sie haben verzichtet, weil...
QSWI4A	...Sie abwarten wollten, ob das gesundheitliche Problem von selbst verschwinden würde?
QSWI4B	...Sie nicht weitere Kosten im Gesundheitswesen für die Allgemeinheit verursachen wollten?
QSWI4C	...Sie Angst davor hatten, was der Arzt Ihnen sagen könnte?
QSWI4D	...Ihnen das Vertrauen in Ärzte, Krankenhäuser, Untersuchungen oder allgemein in Behandlungen fehlt?
QSWI4E	...Sie keinen guten Arzt kennen?
QSWI4F	...Sie Mühe haben, in einer Landessprache zu kommunizieren?
QSWI4G	...Sie keinen Termin bekommen haben?
QSWI4H	...Sie aus beruflichen Gründen keine Zeit hatten?
QSWI4I	...Sie wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen keine Zeit hatten?
QSWI4J	...Sie sich nicht dorthin begeben konnten?
QSWI4K	...Sie keine medizinische Behandlung benötigt haben?

7.2 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



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.