



Bericht 01/26

Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung

Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2025 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Michael Dorn



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

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 Entscheidfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autor

Michael Dorn, Obsan

Unter Mitarbeit von

Fabian Kraus, BAG

Projektleitung Obsan

Michael Dorn

Reihe und Nummer

Bericht 01/26

Zitierweise

Dorn, M. (2026). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2025 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Bericht 01/26). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte / Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel
obsan@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 45

Layout / Grafiken

Obsan

Titelbild

Etactics Inc

Titelseite

Nordland – Design- & Werbeagentur

Online

www.obsan.ch → Publikationen (gratis)

Print

www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2026
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2601

ISBN

978-2-940670-72-7

Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2025 der
amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag
des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autoren Michael Dorn
Herausgeber Schweizerisches Gesundheitobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2026

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3	5 Tabellenverzeichnis	53
Zusammenfassung	4	6 Abbildungsverzeichnis	54
Résumé	6	7 Literaturverzeichnis	56
1 Einführung	8	8 Anhang	58
1.1 Allgemeine Informationen	8	8.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2025	58
1.2 Methodik und Stichprobe	8	8.2 Informationen zur Kern- und Co-Finanzierung	63
1.3 Nutzen und Grenzen der Analysen	10		
1.4 Tabellen zum Bericht	11		
2 Charakteristiken der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Praxen	13		
2.1 Alters- und Geschlechterstruktur	13		
2.2 Patientenaufnahme, Verfügbarkeit und Tätigkeiten	20		
2.3 Herausforderungen in der Behandlung der Patientenschaft	25		
2.4 Behandlungsangebot	28		
2.5 Weitere Charakteristiken	32		
3 Koordination und digitale Transformation	34		
3.1 Koordination mit anderen Leistungserbringern	34		
3.2 eHealth-Instrumente und KI-Tools	38		
4 Bewertung des Gesundheitssystems und der eigenen Arbeit	45		
4.1 Bewertung des Gesundheitssystems	45		
4.2 Zufriedenheit mit der Praxistätigkeit	48		
4.3 Belastung und psychische Gesundheit	50		

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
CWF	Commonwealth Fund
DEP	Dossier électronique du patient (Elektronisches Patientendossier)
EPD	Elektronisches Patientendossier
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
IHP	International Health Policy Survey / Internationale gesundheitspolitische Befragung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OFSP	Office fédéral de la santé publique (Bundesamt für Gesundheit)
PROMs	Patient Reported Outcome Measures (Patientenzentrierte Ergebnismessung)
VZÄ	Vollzeitäquivalenz/Vollzeitstelle
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 der jährlich stattfindenden, internationalen gesundheitspolitischen Befragung der Stiftung Commonwealth Fund (CWF) teil. In der Schweiz wird das Projekt durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geleitet, die Auswertungen sowie die Berichterstattung werden jeweils auf Mandatsbasis durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) erbracht. Die Erhebung 2025 bezieht sich wie bereits in den Jahren 2012, 2015, 2019 und 2022 auf die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, wobei die Schweizer Stichprobe die Titel respektive Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztinnen und Ärzte sowie Kinder- und Jugendmedizin umfasst. Folglich sind sowohl internationale wie auch zeitliche Vergleiche möglich. Der vorliegende Bericht fasst die gestellten Fragen zu drei Themenfeldern zusammen: Charakteristiken der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Praxen, Koordination und digitale Transformation sowie Bewertung des Gesundheitssystems und der eigenen Arbeit. Nachfolgend wird ein Auszug der wichtigsten Ergebnisse erläutert.

Die **Altersstruktur** der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung ist trotz Verbesserungen gegenüber früheren Jahren auch 2025 weiterhin unausgeglichen. Fast die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung sind 55 Jahre oder älter, während der hausärztliche Nachwuchs unter 45 Jahren nur knapp ein Viertel ausmacht. Das **Geschlechterverhältnis** hat sich in den letzten Jahren angeglichen und ist nun gleichverteilt. Allerdings zeigt sich ein geschlechterdifferenziertes Altersmuster: Der hausärztliche Nachwuchs ist überwiegend weiblich, während in den höheren Altersklassen deutlich mehr Männer zu finden sind. Rund 40% der 60- bis 64-jährigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz plant, mit 65 Jahren in den **Ruhestand** zu gehen. Allerdings hat nur rund ein Viertel der 60-Jährigen und Älteren eine Nachfolgeregelung für die Praxis gefunden.

Seit der IHP-Befragung im Jahr 2012 arbeiten kontinuierlich immer mehr Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in **Gruppenpraxen** statt in Einzelpraxen. In acht von zehn Fällen sind die Praxen dabei im Besitz der Ärztinnen und Ärzte. Ebenfalls seit 2012 kontinuierlich gesunken ist der Anteil der Praxen, die **neue Patientinnen und Patienten** aufnehmen. Im Jahr 2025 beträgt dieser Anteil nur noch rund zwei Drittel. Etwa die Hälfte der Ärztinnen

und Ärzte nimmt mindestens einmal pro Monat an einem **Qualitätszirkel** teil. Dies gelingt Ärztinnen und Ärzten in Gruppenpraxen häufiger als jenen in Einzelpraxen. Auch **Praxisassistenzstellen** werden fast dreimal so häufig in Gruppenpraxen wie in Einzelpraxen angeboten.

In der Schweiz sehen über drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung **administrative Tätigkeiten** im Zusammenhang mit den Versicherungen oder der Abrechnung als grosses Problem an, da diese auf Kosten anderer Tätigkeiten erfolgen. Der Aufwand, der durch die Koordination der Behandlung mit anderen Leistungserbringern und die Koordination der Überweisungen an Spezialistinnen und Spezialisten entsteht, wird hingegen nur von rund einem Viertel der Ärztinnen und Ärzte als grosses Problem zu Lasten anderer Tätigkeiten bewertet.

Acht von zehn Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz fühlen sich gut vorbereitet, Patientinnen und Patienten mit **chronischen Erkrankungen** zu behandeln. Insbesondere Probleme im Zusammenhang mit Substanzkonsum stellen sie jedoch vor grössere Herausforderungen. Laut den Ärztinnen und Ärzten sind fast die Hälfte der behandelten Gesundheitsprobleme auf **Bedürfnisse im Bereich der psychischen Gesundheit** zurückzuführen. Bezuglich sozialer Bedürfnisse untersuchen und besprechen die Ärztinnen und Ärzte **Ernährungsprobleme** ihrer Patientinnen und Patienten am häufigsten, gefolgt von **sozialer Isolation oder Einsamkeit**.

Die **Koordination zwischen den Hausarztpaxen und den Spezialistinnen und Spezialisten** funktioniert gut. Seit 2022 haben die Rückmeldungen zu den Behandlungen in der **Notaufnahme** oder im **Spital** an die Hausarztpaxis in der Schweiz aber abgenommen. Der Informationsaustausch zwischen Spital und Hausarztpaxis findet nun fast ausschliesslich digital (per E-Mail oder über eine Web-Plattform) statt. Die **Koordination zwischen Grundversorgern und Heimpflegediensten** befindet sich seit 2019 auf einem unverändert guten Niveau.

Weniger als ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung sind bereits an das **elektronische Patientendossier (EPD)** angeschlossen, jedoch plant rund die Hälfte einen Anschluss. In der Schweiz finden Konsultationen mit Patientinnen und Patienten vorwiegend persönlich statt.¹ **Telefonische**

¹ Die Befragung wurde in der Schweiz Anfang September 2025 abgeschlossen, also vor der vom Bundesrat beschlossenen Neuausrichtung des EPD in ein Elektronisches Gesundheitsdossier (E-GD).

und insbesondere videobasierte Konsultationen sind eher die Ausnahme. Abgesehen von der **E-Mail-Kommunikation** ist das eHealth-Angebot für Patientinnen und Patienten in der Schweiz vergleichsweise begrenzt. Die Hausarztpraxen der anderen befragten Länder sind der Schweiz bei der **eHealth-unterstützten Koordination** mit externen Gesundheitsdienstleistern voraus. Im Gegensatz zu den anderen befragten Ländern ist auch die Nutzung von **künstlicher Intelligenz (KI)** im Praxisalltag in der Schweiz noch relativ selten.

Neun von zehn Ärztinnen und Ärzten bewerten die **Gesamtleistung** des Schweizer Gesundheitssystems als sehr gut oder gut – die beste Bewertung im internationalen Vergleich. Dabei empfindet rund ein Drittel den **Umfang der medizinischen Versorgung** als zu viel bis viel zu viel, etwa sechs Prozent empfinden diesen als zu wenig bis viel zu wenig. Mit ihrer **ärztlichen Tätigkeit** sind fast acht von zehn Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz ziemlich bis sehr zufrieden, mit ihrem **Arbeitspensum** und ihrer **Work-Life-Balance** hingegen weniger als die Hälfte. Die Ärztinnen und Ärzte stehen der Zeit, die sie mit Verwaltungsarbeiten verbringen, am kritischsten gegenüber.

Während sich 2015 noch drei von zehn Ärztinnen und Ärzten in der Schweizer Grundversorgung als äusserst gestresst oder sehr gestresst bezeichneten, sind es 2025 bereits fünf von zehn. Auch wenn Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz vergleichsweise selten **emotionalen Stress** in Form von Angst, grosser Traurigkeit, Wut oder Hoffnungslosigkeit erleben, ist rund ein Drittel von ihnen betroffen. Zwar ist das **subjektive Burnout-Niveau** in der Schweiz weniger problematisch als in anderen Ländern, dennoch schätzt fast ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte sich selbst als gefährdet oder betroffen ein.

Résumé

Depuis 2010, la Suisse participe à l'enquête internationale annuelle sur la politique de santé menée par la fondation Commonwealth Fund (CWF). En Suisse, le projet est dirigé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), tandis que les analyses et les rapports sont réalisés sur mandat par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Comme en 2012, 2015, 2019 et 2022, l'enquête 2025 porte sur les médecins de premier recours, l'échantillon suisse comprenant les médecins disposant d'un titre de spécialiste en médecine interne générale, les médecins praticiens et les pédiatres. Il est donc possible d'effectuer des comparaisons tant internationales que temporelles. Le présent rapport fait le point sur les questions posées autour de trois thèmes : les caractéristiques des médecins et de leurs cabinets, la coordination et la transformation numérique, ainsi que l'évaluation du système de santé et de leur propre activité. Un extrait des principaux résultats est présenté ci-après.

Malgré des améliorations par rapport aux années précédentes, la **structure par âge** des médecins de premier recours en Suisse reste déséquilibrée en 2025. Près de la moitié des médecins de premier recours ont 55 ans ou plus, tandis que la relève en médecins de moins de 45 ans ne représente qu'un peu moins d'un quart de l'effectif. La **répartition entre les sexes** s'est équilibrée ces dernières années et est désormais équilibrée. On observe toutefois une différence entre les sexes en termes d'âge : la relève en médecins de premier recours est majoritairement féminine, tandis que les classes d'âge supérieures comptent nettement plus d'hommes. Environ 40 % des médecins âgés de 60 à 64 ans en Suisse prévoient de prendre leur **retraite** à 65 ans. Cependant, seul un quart environ des médecins âgés de 60 ans et plus ont trouvé un successeur pour leur cabinet.

Depuis l'enquête IHP de 2012, de plus en plus de médecins de premier recours travaillent dans des **cabinets de groupe** plutôt que dans des cabinets individuels. Dans huit cas sur dix, les cabinets appartiennent aux médecins. Depuis 2012, la part de cabinets acceptant de **nouveaux patients** n'a cessé de diminuer. En 2025, cette proportion n'est plus que d'environ deux tiers. Environ la moitié des médecins participent au moins une fois par mois à un **cercle de qualité**. Les médecins travaillant dans des cabinets de groupe y participent plus souvent que ceux exerçant dans des

cabinets individuels. Des **postes de formation pratique pour les médecins assistants** sont également proposés près de trois fois plus souvent dans les cabinets de groupe que dans les cabinets individuels.

En Suisse, plus des trois quarts des médecins de premier recours considèrent que les **tâches administratives** liées aux assurances ou à la facturation constituent un problème majeur, car elles se font au détriment d'autres activités. En revanche, seul un quart environ des médecins considère que la coordination des traitements avec d'autres prestataires et la coordination de la délégation de patients vers des spécialistes constituent un problème majeur au détriment d'autres activités.

Huit médecins sur dix en Suisse se sentent bien préparés pour traiter les patients atteints de **maladies chroniques**. Cependant, les problèmes liés à l'addiction, en particulier, sont sources de défis majeurs. Selon les médecins, près de la moitié des problèmes de santé traités sont liés à des **besoins en matière de santé psychique**. En ce qui concerne les besoins sociaux, les médecins examinent et discutent le plus souvent les **problèmes alimentaires** de leurs patients, suivis par **l'isolement social ou la solitude**.

La **coordination entre les cabinets de médecins généralistes et les spécialistes** fonctionne bien. Depuis 2022, les retours d'information aux cabinets de médecins généralistes sur les traitements dispensés aux **urgences** ou à **l'hôpital** ont toutefois diminué en Suisse. L'échange d'informations entre l'hôpital et le cabinet du médecin généraliste se fait désormais presque exclusivement par voie numérique (par e-mail ou via une plateforme internet). La **coordination entre les médecins de premier recours et les services de soins à domicile** se maintient à un bon niveau depuis 2019.

Moins d'un cinquième des médecins de premier recours en Suisse sont déjà connectés au **dossier électronique du patient (DEP)**, mais environ la moitié d'entre eux prévoit de le faire. En Suisse, les consultations avec les patients se déroulent principalement en présentiel.² Les **consultations par téléphone et, en particulier, par vidéo** sont plutôt l'exception. Hormis la **communication par e-mail**, l'offre en matière de cybersanté pour les patients

² L'enquête a été menée à bien en Suisse début septembre 2025, soit avant la décision du Conseil fédéral de réorienter le DEP vers un dossier électronique de santé (DES).

est relativement limitée en Suisse. Les cabinets de médecine générale des autres pays interrogés sont en avance sur la Suisse en matière de **coordination assistée par la cybersanté** avec des prestataires de soins externes . Contrairement aux autres pays interrogés, l'utilisation de **l'intelligence artificielle (IA)** dans la pratique quotidienne est encore relativement rare en Suisse.

Neuf médecins sur dix jugent la **performance globale** du système de santé suisse très bonne ou bonne, ce qui constitue la meilleure note en comparaison internationale. Environ un tiers d'entre eux estiment que **l'offre de soins médicaux** est excessive, voire beaucoup trop excessive, tandis qu'environ 6% la jugent insuffisante, voire beaucoup trop insuffisante. Près de huit médecins sur dix en Suisse sont assez satisfaits à très satisfaits de leur **activité médicale**, mais moins de la moitié le sont de leur charge de travail et de leur **équilibre entre vie professionnelle et vie privée**. Les médecins sont particulièrement critiques à l'égard du temps qu'ils consacrent aux tâches administratives.

Alors qu'en 2015, trois médecins sur dix dans les soins de premier recours en Suisse se disaient extrêmement stressés ou très stressés, ils sont cinq sur dix en 2025. Même si les médecins en Suisse sont relativement peu nombreux à ressentir un **stress émotionnel** sous forme d'anxiété, de grande tristesse, de colère ou de désespoir, environ un tiers d'entre eux sont concernés. Si le **niveau subjectif d'épuisement professionnel** est moins problématique en Suisse que dans d'autres pays, près d'un cinquième des médecins s'estiment néanmoins à risque ou concernés.

1 Einführung

1.1 Allgemeine Informationen

In den meisten Ländern stellen die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung den ersten Kontaktpunkt der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem dar. Sie behandeln eine Vielzahl an Gesundheitsproblemen, begleiten die Patientinnen und Patienten entlang der Behandlungskette, wirken in der Gesundheitsförderung und helfen, mittels Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen schwere Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Des Weiteren sind sie für viele Patientinnen und Patienten eine wichtige Ansprechperson bezüglich einer Vielzahl von psychischen und sozialen Bedürfnissen. Folglich stellen sie einen integralen Bestandteil der medizinischen Grundversorgung in einem Gesundheitssystem dar.

Dieser Bericht erstellt ein Porträt der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung. 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 abwechslungsweise auf eine der folgenden Zielgruppen: die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, die ältere Wohnbevölkerung ab 65 Jahren oder – wie in diesem Bericht porträtiert – die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung. Nach 2012, 2015, 2019 und 2022 nahm die Schweiz 2025 zum fünften Mal an der Befragung mit dem Themenschwerpunkt Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung teil. Folglich sind sowohl zeitliche wie auch internationale Vergleiche mit den folgenden neun Teilnehmerländern möglich: Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Schweden und USA.

Seit der erstmaligen Teilnahme der Schweiz an der Befragung im Jahr 2010 führt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die Analysen der erhobenen Daten durch. Die Resultate werden jeweils als Bericht publiziert (Burk, 2011; Camenzind & Petrini, 2014; Dorn, 2023; 2024; Merçay, 2015; 2016; 2017; Pahud, 2019; 2020a; 2021; Pahud & Dorn, 2023; Petrini & Sturny, 2013; Sturny & Camenzind, 2011; Vilpert, 2012). Zusätzlich entstehen auf Basis der IHP-Daten weitere nationale und internationale Fachpublikati-

onen, die sich vertieft mit einem spezifischen Thema der IHP-Befragungen auseinandersetzen (beispielsweise: Merçay & Camenzind, 2016; Pahud, 2020b; 2023).

1.2 Methodik und Stichprobe

Der CWF hat 2025 erneut das Unternehmen SSRS (SSRS, 2025) mit der Leitung der internationalen Erhebung der Daten und deren Aufbereitung beauftragt. In Kanada und den USA wurden die nationalen Befragungen durch SSRS selbst durchgeführt, während in den anderen Ländern Mandate durch SSRS an Dritte vergeben wurden. In der Schweiz wurde M.I.S Trend mit der Befragung beauftragt.

Die Klientel der befragten Ärztinnen und Ärzte unterscheidet sich in den befragten Ländern teilweise stark. So behandeln die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung in Australien, Grossbritannien und der Niederlande sowohl Erwachsene wie auch Kinder und Jugendliche, während dies in der Schweiz nicht unbedingt der Fall ist, da Kinder und Jugendliche hauptsächlich durch Pädiaterinnen und Pädiater (Facharzttitle Kinder- und Jugendmedizin) behandelt werden. Damit die Länderstichproben trotzdem vergleichbar sind, wurde die Schweizer Stichprobe durch eine proportionale Anzahl Pädiaterinnen und Pädiater ergänzt. Folglich setzt sich die Schweizer Stichprobe durch die folgenden Titel respektive **Facharzttitle** zusammen: Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztinnen und Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin.

Die Erhebung hat in den befragten Ländern auf unterschiedliche Weise stattgefunden. In der Schweiz wurden die Ärztinnen und Ärzte mittels postversandter Schreiben eingeladen, einen **Online-Fragebogen** auszufüllen. Nichtantwortende Ärztinnen und Ärzte wurden nach einem Monat erneut schriftlich zur Online-Teilnahme eingeladen. Insgesamt dauerte die Erhebung in der Schweiz vom 24. März bis am 1. September 2025, während die weltweite Erhebung von März bis September 2025 lief.³ In der Schweiz wurde kein finanzieller Anreiz für die Teilnahme geschaffen, dies war in Australien, Kanada, Frankreich, Grossbritannien und der USA aber der Fall.

Im Jahr 2025 wurde auf Basis der Mitgliederdaten des Berufsverbands der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) eine zufällige Stichprobe von 3900 Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung gezogen. Aufgrund der Kontaktadressen konnten insgesamt 3865

³ Durch einen Fehler im Rahmen der Stichprobenziehung, waren zunächst keine Pädiaterinnen und Pädiater im Sample enthalten. Diese

wurden durch eine zweite exklusive Stichprobenziehung nachrekrutiert (von 11. Juli bis 1. September).

Ärztinnen und Ärzte kontaktiert werden, von welchen schlussendlich etwas mehr als ein Drittel ($n_{2025} = 1313$) an der Befragung teilnahm. Aufgrund der Nachrekrutierung der Pädiaterinnen und Pädiater ist die Stichprobe somit leicht grösser als die vorangegangenen Stichproben ($n_{2025} = 1313$, $n_{2022} = 1114$, $n_{2019} = 1095$; $n_{2015} = 1065$; $n_{2012} = 1025$). Die Tabelle 1.1 listet die länderspezifischen Stichproben und die Rücklaufquoten für die Jahre 2012 bis 2025 auf.

In allen befragten Ländern wurde die Stichprobe anhand soziodemografischer Kriterien gewichtet, damit die länderspezifischen Ergebnisse auch für die Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Grundversorgung repräsentativ sind. In der Schweiz fand die

Gewichtung in mehreren Schritten statt, damit die Netto-Stichprobe bezüglich der Verteilung der Sprachregionen, des Geschlechts und des Alters der FMH-Ausgangsstichprobe entspricht.

Einige der im Bericht präsentierten Ergebnisse unterliegen einer **Korrektur der Basisrate**: Die Daten wurden hier nur in die Analyse einer Frage miteinbezogen, wenn gewisse Sachverhalte (z. B. haben oder behandeln solche Patientinnen und Patienten) auf die Ärztinnen und Ärzte zutreffen. Im Bericht präsentierte Ergebnisse, die einer Korrektur der Basisrate unterliegen, werden entweder im Text oder unterhalb der dazugehörigen Grafik als solche beschrieben.

T 1.1 Stichprobe und Rücklaufquote, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025

Land und Abkürzung	2012		2015		2019		2022		2025		
	Stichprobe	Rücklauf									
Australien	AU	1 000	47%	747	25,1%	665	13,2%	321	12,2%	409	24,8%
Deutschland	DE	907	20%	559	18,7%	809	11,2%	947	-	1 773	7,2%
Frankreich	FR	501	21%	502	-	1 287	72,70%	530	6,5%	318	5,6%
Grossbritannien	UK	500	24%	1 001	39,4%	1 001	26,3%	1 010	22,3%	2391	-
Kanada	CA	2 126	34%	2 284	31,7%	2 569	37,9%	1 459	22,7%	1 797	16,1%
Neuseeland	NZ	0	47%	503	27,7%	503	14,9%	377	9,9%	363	9,6%
Niederlande	NL	522	48%	618	40,6%	788	48,3%	617	39,7%	415	27,7%
Schweden	SE	-	-	2 905	46,5%	2 411	41,4%	2 092	38,4%	2 157	39,5%
Schweiz	CH	1 025	38%	1 065	39,0%	1 095	40,2%	1 114	29,4%	1 313	34,4%
USA	US	1 014	33%	1 001	30,9%	1 575	20,3%	1 059	18,8%	1 003	42,0%

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

T 1.2 Stichprobe, nach Geschlecht, Alter, Urbanisierungsgrad, Sprachregion, Spezialisierung und Praxisform, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2025

Kategorisierungsvariable	Kategorien	Stichprobe (nicht gewichtet)	Prozentanteil (nicht gewichtet)	Stichprobe (gewichtet)	Prozentanteil (gewichtet)
Geschlecht	Männer	637	48,5	656	50,0
	Frauen	676	51,5	656	50,0
Alter	<35 Jahre	40	3,0	26	1,9
	35–44 Jahre	305	23,2	292	22,2
	45–54 Jahre	403	30,7	383	29,2
	55–64 Jahre	364	27,7	389	29,6
	65+ Jahre	201	15,3	224	17,0
Urbanisierungsgrad	Stadt / städtischer Raum	951	72,4	948	72,2
	Vorort / Kleinstadt	243	18,5	244	18,6
	Land / abgelegen	119	9,1	121	9,2
Sprachregion	Deutschschweiz	809	61,6	875	66,6
	Französische Schweiz	361	27,5	373	28,4
	Italienische Schweiz	143	10,9	65	4,9
Spezialisierung	Allgemeine Innere Medizin	925	70,4	889	67,7
	Praktische/r Ärzt/-in	169	12,9	198	15,0
	Pädiatrie	219	16,7	227	17,3
Praxisform	Einzelpraxis	397	30,4	396	30,3
	Gruppenpraxis	911	69,6	913	69,7

Anmerkungen: Die Prozentanteile und die gewichtete Stichprobe unterliegen Rundungen.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

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 befragten Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz können mit den Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte in den anderen neun Ländern verglichen werden und bei einigen Themen sind Längsschnittvergleiche über die fünf IHP-Befragungen von 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025 möglich. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es, die nachfolgenden Punkte zu beachten.

Die Daten aller 10 Länder wurden **nicht geschlechter- oder altersstandardisiert**, weshalb die Ergebnisse einiger Länder stärker durch die vorherrschende Geschlechter- bzw. Altersstruktur der Ärzteschaft beeinflusst sein können. So ist beispielsweise fast die Hälfte (46,6%) der befragten Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz über 54 Jahre alt, wodurch ihre Antworten bei einigen Fragen besonders ins Gewicht fallen können (z. B. Verwendung von eHealth-Instrumenten).

Innerhalb der Schweiz ermöglicht die Befragung einen interessanten Vergleich der Ärztinnen und Ärzte anhand verschiedener soziodemografischer **Merkmale** (Geschlecht, Alter, Urbanisierungsgrad, Sprachregion, Spezialisierung, Praxisform und Einstellung gegenüber EPD-Anschluss). Allerdings gilt es, die Bedeutung

einzelner Kategorisierungsvariablen zu relativieren, da diese untereinander teilweise stark interagieren. So zählt beispielsweise die Altersgruppe der Ärztinnen und Ärzte unter 55 Jahren 66,9% Frauen, während der Frauenanteil bei der über 54-jährigen Ärzteschaft nur 33,1% beträgt. Weitere solche Interaktionen finden sich beispielsweise zwischen der Praxisform und dem Alter sowie dem Geschlecht und der Spezialisierung.

Bezüglich der proportionalen Aufstockung der Schweizer Stichprobe durch **Pädiaterinnen und Pädiater** gilt es zu beachten, dass einige Themen (z. B. Demenz, palliative Behandlungen oder Pflege zu Hause) für Ärztinnen und Ärzte, die vor allem Kinder und Jugendliche betreuen, nicht immer zutreffen oder deren Erfahrung mit solchen Themen aufgrund der seltenen Behandlung eingeschränkt sind. Bei einigen Fragen wird diese Problematik durch eine Korrektur der Basisrate abgeschwächt. Da jedoch die internationale Vergleichbarkeit der Stichproben ein Hauptfokus der IHP-Erhebungen darstellt und Pädiaterinnen sowie Pädiater in Gruppenpraxen auch Erwachsene behandeln, wird in entsprechenden Themen kein expliziter Ausschluss dieser Ärztegruppe vorgenommen.

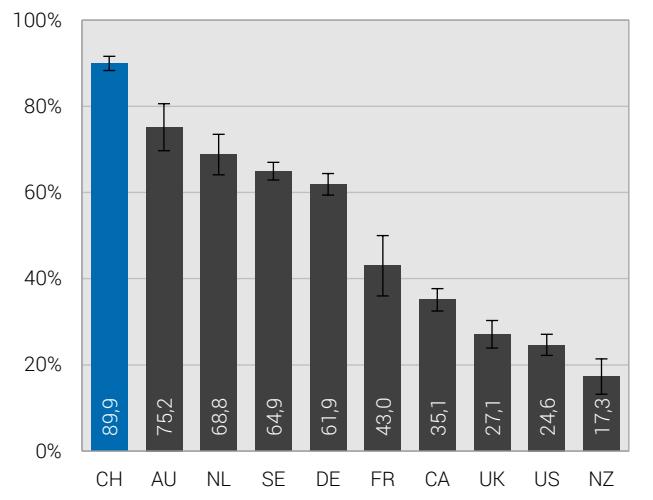
Gewisse Fragestellungen und Antwortkategorien unterliegen im Vergleich zu den Befragungen der Vorjahre **Änderungen**, weshalb diese Fragen nur mit Vorsicht oder nicht zeitlich vergli-

chen werden können. Zusätzlich ist der englische Originalfragebogen auf Deutsch, Französisch und Italienisch sowie in die Sprachen der anderen Länder übersetzt worden. Demzufolge könnten die sprachlichen und länderspezifischen Anpassungen zu minimalen Modifikationen der Fragestellungen und damit zu unterschiedlichen Interpretationen geführt haben.

Bei der Betrachtung der **Stichprobengrössen** fällt auf, dass die teilnehmenden Länder eine grosse Heterogenität hinsichtlich der Stichprobengrösse aufweisen. Im Jahr 2025 ist insbesondere die Stichprobe von Frankreich ($n = 318$) vergleichsweise klein. Die Stichprobengrösse der Schweiz ist – dank der Mitgliederdaten der FMH – erneut hoch.

Die Stichprobengrösse wirkt sich auf die Genauigkeit und Repräsentativität aus, was indirekt mit Hilfe von Konfidenzintervallen dargestellt wird. Diese können breiter oder schmäler ausfallen. Ein 95%-**Konfidenzintervalle** umfasst einen Wertebereich, in dem der «wahre» bzw. tatsächliche Anteil der Grundgesamtheit mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Beispielsweise beträgt der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die die Leistung des Gesundheitssystems als sehr gut oder gut einschätzt, in der Schweiz 89,9% und in Frankreich 43,0% (G 1.1). Während das Konfidenzintervall der Schweiz mit $-1,6$ bzw. $+1,7$ Prozentpunkten relativ schmal ist, ist dasjenige für Frankreich mit $\pm 7,0$ Prozentpunkten breiter.

G 1.1 Bewertung der Gesamtleistung des Gesundheitssystems (Anteil: sehr gut oder gut), internationaler Vergleich, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

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 (hierzu auch Kapitel 1.4) konsultiert werden, in denen die Anteile einschliesslich der Konfidenzintervalle dokumentiert sind.

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. Tabelle L 2.1) aus den Jahren 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025 sowie die schweizspezifischen soziodemografischen Tabellen (z. B. Tabelle 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 unter «Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung».⁴

Die soziodemografischen Tabellen der Schweiz enthalten die folgenden sieben Merkmale: Geschlecht, Alter, Urbanisierungsgrad, Sprachregion, Spezialisierung, Praxisform und Anschluss an EPD. Diese Merkmale werden hier mit Ausnahme von Geschlecht kurz erläutert.

Die von der IHP vorgeschlagene fünfstufige **Alterskategorisierung** wurde für den Grossteil dieses Berichts und den Tabellenband für die Schweiz nicht übernommen. Da nur gerade 3,0% ($n = 40$) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz in die Alterskategorie der unter 35-Jährigen fallen, wurden diese in die Alterskategorie <45 Jahre zusammenfasst, um zuverlässigere und damit aussagekräftigere Ergebnisse für die jüngere Ärzteschaft zu erhalten.

Der **Urbanisierungsgrad** wurde mit der IHP-Befragung im Jahr 2022 geändert und ist nicht mit vorherigen Erhebungen vergleichbar. Seitdem werden in der Befragung die drei folgenden Kategorien erfragt: Der Praxisstandort ist 1) in einer Stadt bzw. im städtischen Raum, 2) in einem Vorort oder einer Kleinstadt und 3) auf dem Land oder an einem abgelegenen Ort.

Die Einteilung nach **Sprachregionen** basiert auf der gesprochenen Sprache der befragten Person und nicht auf einer geopolitischen Zuordnung. Folglich wird auch von der französischen oder italienischen Schweiz gesprochen und nicht von der Romanide oder dem Tessin. Rätoromanisch sprechende Ärztinnen und Ärzte wurden in allen vier Erhebungsjahren der deutschsprachigen Schweiz zugeordnet ($n_{2025} = 7$, $n_{2022} = 7$; $n_{2019} = 0$; $n_{2015} = 2$; $n_{2012} = 2$).

⁴ <https://www.bag.admin.ch/de/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-der-stiftung-commonwealth-fund>

Die **Spezialisierung** entspricht dem Titel respektive Facharzt-titel. Hierbei wird zwischen Allgemeine Innere Medizin ($n = 925$), praktische Ärztin respektive praktischer Arzt ($n = 169$) sowie Kinder- und Jugendmedizin ($n = 219$) unterschieden.

Für das Merkmal der **Praxisform** wurden die Antwortkatego-rien «Gemeinschaftspraxis», «medizinische Notfallstelle oder Kli-nik, die zu einem Spital gehört», «Walk-in-Praxis» und «andere» zur Kategorie der Gruppenpraxis zusammengeschlossen, während die Ausprägung der Einzelpraxis eins zu eins belassen wurde.

Die Ärztinnen und Ärzte wurden aufgrund der Frage «Planen Sie, sich mit Ihrer Praxis dem schweizweiten **elektronischen Pa-tientendossier** (Austausch von Informationen mit anderen Ge-sundheitsdienstleistern) anzuschliessen?» in zwei Gruppen auf-geteilt. Zum einen in die Ärztinnen und Ärzte, die nicht mit einem Anschluss an das EPD planen und zum anderen in die Ärztinnen und Ärzte, die bereits an einer Stammgemeinschaft angeschlos-sen sind oder ab dem Zeitpunkt der Befragung mit einem An-schluss planen. Aufgrund von Anpassungen in den Antwortcate-gorien wird dieses Merkmal nur für das Jahr 2025 dargestellt, ob-schon diese Frage bereits 2022 gestellt wurde.

2 Charakteristiken der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Praxen

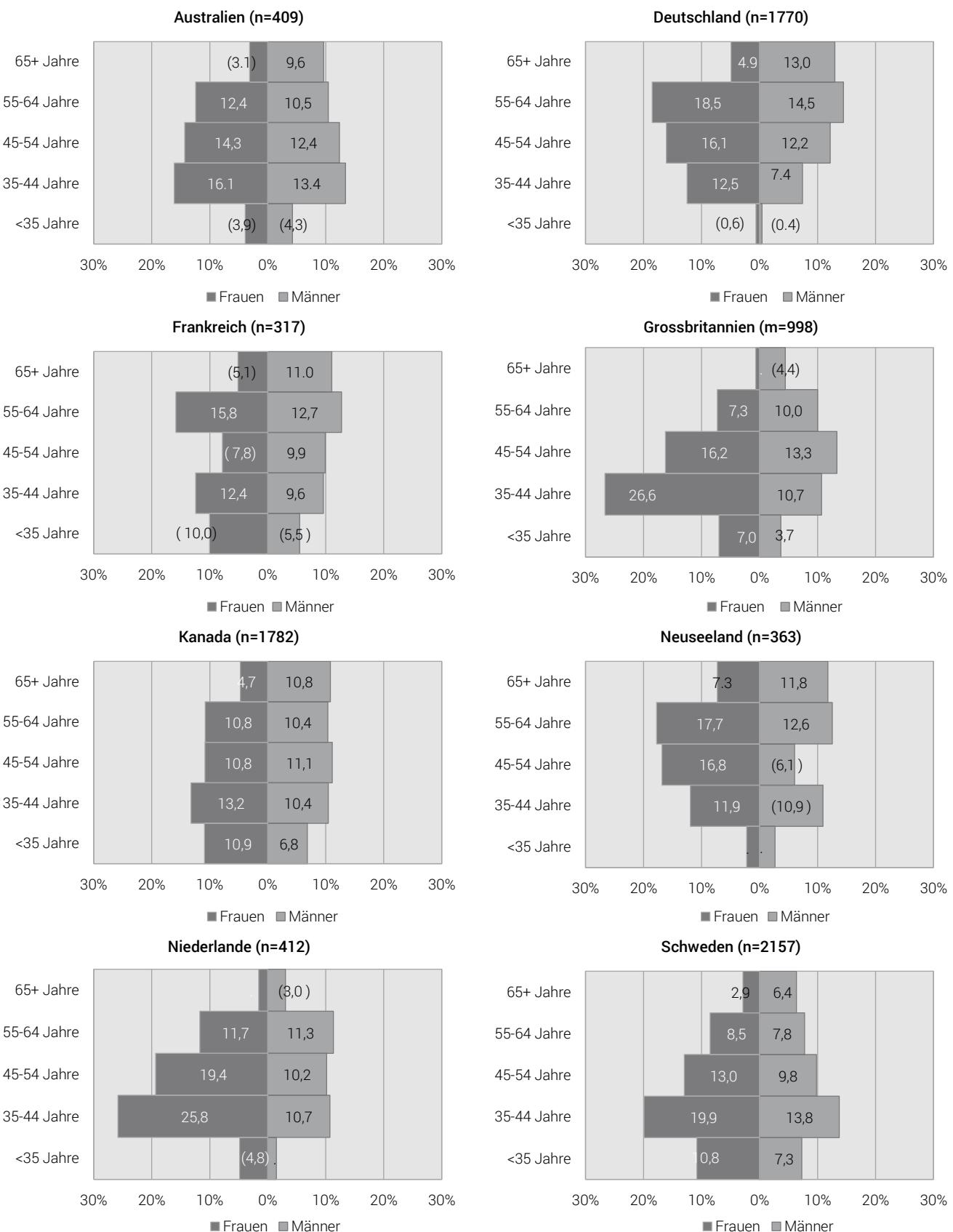
Dieses Kapitel beschreibt die Charakteristiken der Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Praxen in der Schweizer Grundversorgung und vergleicht diese mit den Beobachtungen in den anderen befragten Ländern. Die die Schweizer Stichprobe umfasst die Titel respektive Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztinnen und Ärzte sowie Kinder- und Jugendmedizin. Zu Beginn wird die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte analysiert und auf Nachfolgeregelungen sowie Pensionierungsabsichten eingegangen. Des Weiteren wird die Patientenaufnahme, die Verfügbarkeit sowie die Tätigkeitsfelder der Praxen analysiert. Abschliessend werden das Behandlungsangebot und Herausforderungen betrachtet.

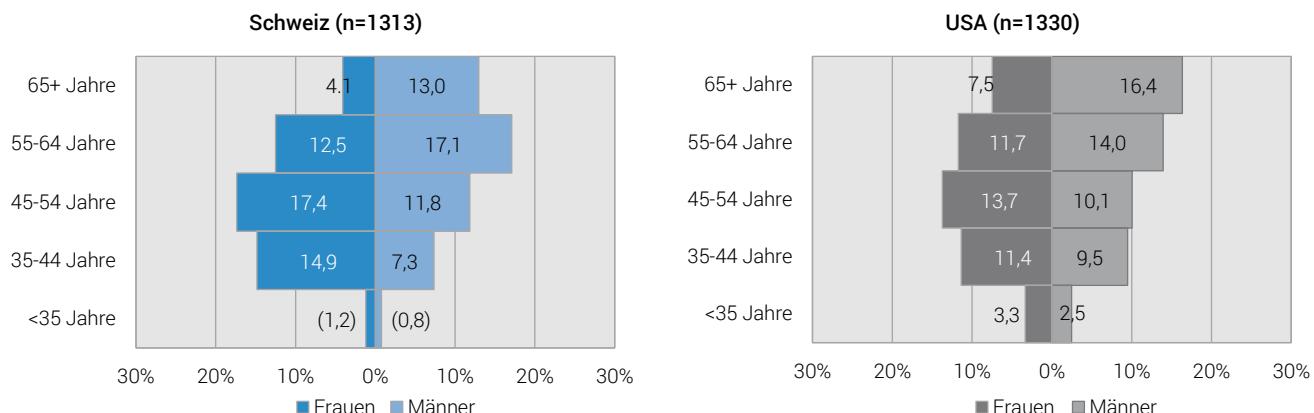
2.1 Alters- und Geschlechterstruktur

In der Schweiz sind 46,6% der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung 55 Jahre oder älter. Im internationalen Vergleich ist dieser Anteil in Deutschland (50,9%), den USA (49,5%) und Neuseeland (49,3%) zwar höher, diese Anteile unterscheiden sich jedoch nicht signifikant voneinander (Tabelle L 2.1). Dementsprechend gehören diese vier Länder zu jenen, die über den niedrigsten Anteil an hausärztlichem Nachwuchs unter 45 Jahren verfügen (Neuseeland mit 27,8%, die USA mit 26,7%). In der Schweiz fällt dieser Anteil mit 24,1% vor Deutschland (20,8%) am zweitniedrigsten aus und unterscheidet sich erneut nicht von den anderen drei tiefsten Anteilen (Tabelle L 2.2).

Unter den Befragten in der Schweiz beträgt der Anteil der Ärztinnen genau 50,0%. Im Vergleich mit anderen Ländern ist dies der drittiefste Anteil, niedriger ist er nur in Australien (49,9%) und den USA (47,6%). Am höchsten ist der Anteil an Ärztinnen in Grossbritannien (57,8%) und den Niederlanden (63,2%, Tabelle L 2.3). In der Schweiz hat sich das Verhältnis von Ärztinnen zu Ärzten über die vier Erhebungen angeglichen: Während es im Jahr 2022 insgesamt 45,9% Ärztinnen gab, waren es 2019 noch 40,6% und in den Erhebungen zuvor weniger als ein Drittel (32,9% im Jahr 2015 und 30,4% im Jahr 2012).

G 2.1 Alterspyramiden der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, internationaler Vergleich, 2025





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

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

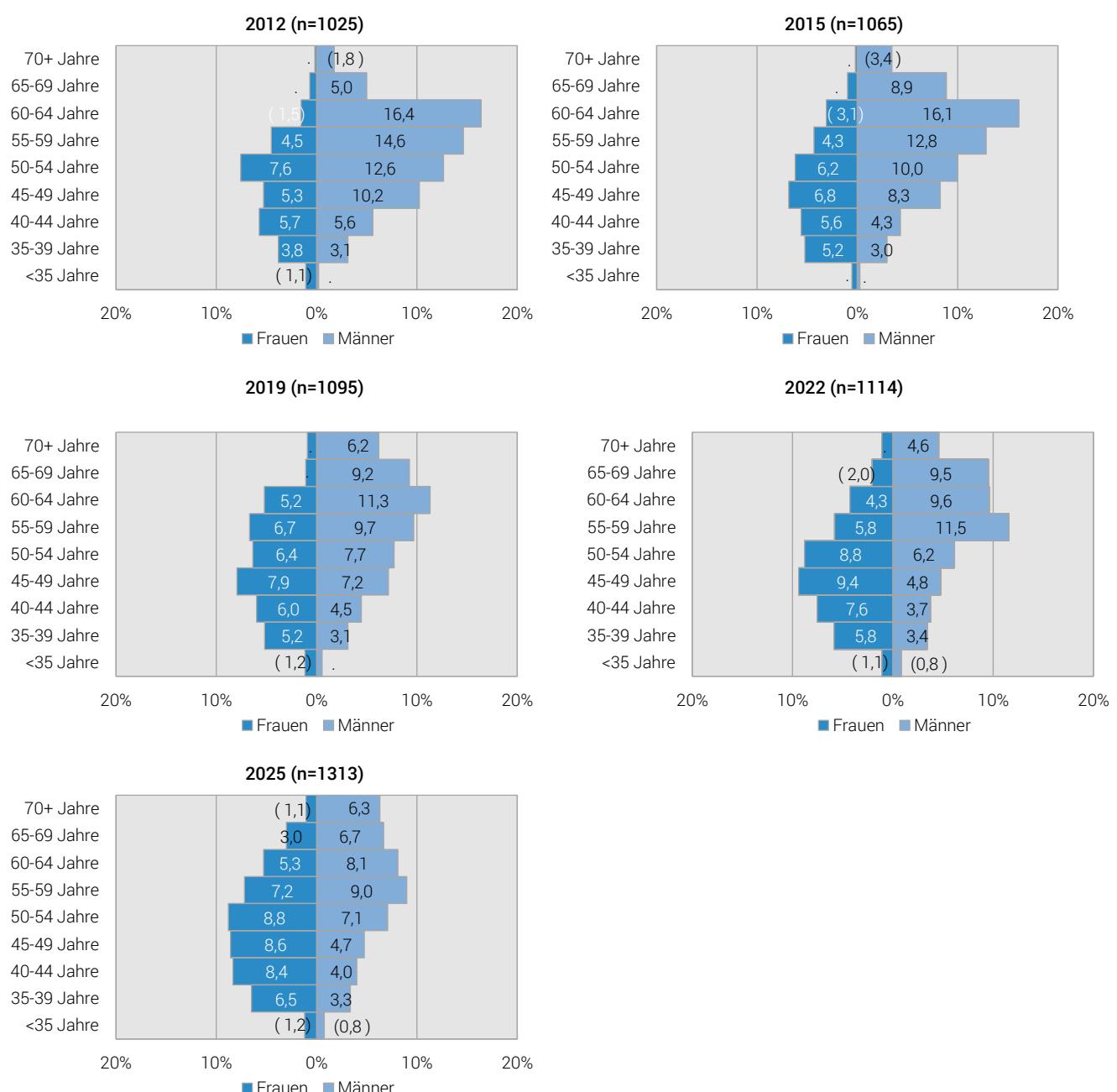
© Obsan 2026

Weiterhin ist der hausärztliche Nachwuchs eher weiblich, während im Alter von 65 Jahren oder älter vor allem Männer noch arbeiten

Die geschlechterspezifische Alterspyramide der Schweiz zeigt, dass im oberen Altersbereich kurz vor und nach dem Pensionsalter eher Männer arbeiten, während der hausärztliche Nachwuchs stärker weiblich besetzt ist (G 2.1). Ein Vergleich der detaillierten Alterspyramiden der Schweiz von 2012 bis 2025 zeigt, wie sich die Schieftverteilung zugunsten der Männer und der niedrige Frauanteil reduziert haben (G 2.2). Es bleibt jedoch bei zwei gegengläufigen Schieftverteilungen bei Ärztinnen und Ärzten. Im Jahr 2025 sind 13,0% aller in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen

und Ärzte Männer im Pensionsalter, jedoch nur 4,1% Frauen dieses Alters. Beim Nachwuchs unter 45 Jahren zeigt sich das umgekehrte Bild: Ärzte dieser Altersklasse machen 8,1% und Ärztinnen 24,1% aller tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung aus.

Zusammengenommen bedeutet dies für die Ärzteschaft der Grundversorgung, dass der Anteil der 65-jährigen und älteren Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz seit 2019 nahezu unverändert geblieben ist (2019: 17,5%, 2022: 17,2%, 2025: 17,0%, Tabelle L 2.1). Der Anteil des hausärztlichen Nachwuchses unter 45 Jahren ist jedoch in der Tendenz angestiegen (2019: 20,5%, 2022: 22,5%, 2025: 24,1%, Tabelle L 2.1).

G 2.2 Detaillierte Alterspyramiden der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, Schweiz, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025

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

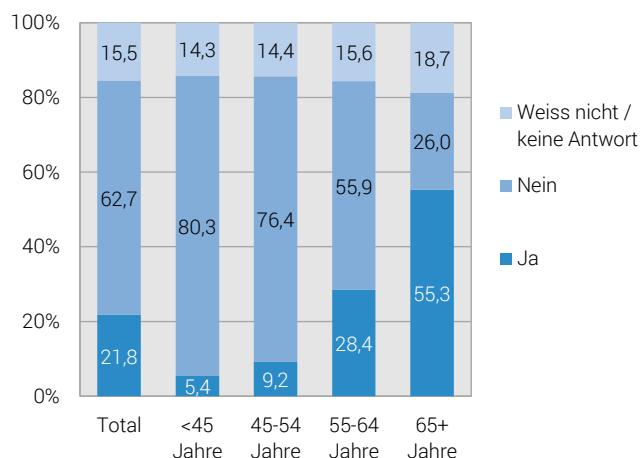
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Rund 40% der 60- bis 64-jährigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz plant, mit 65 Jahren in den Ruhestand zu gehen. Allerdings hat nur rund ein Viertel der 60-Jährigen und Älteren eine Nachfolgeregelung gefunden

Auch in der diesjährigen Befragung wurden Ärztinnen und Ärzte gefragt, ob sie in den nächsten ein bis drei Jahren aus Gründen wie Ruhestand oder beruflicher Veränderung keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig behandeln werden. In der Schweiz antworteten etwas mehr als ein Fünftel (21,8%) mit Ja, was im internationalen Vergleich einem Rang im Mittelfeld entspricht (Tabelle L 2.4).⁵ Es sind vor allem die älteren Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, die mit Ja antworten (28,4% der 55- bis 64-Jährigen und 55,3% der 65-Jährigen und Älteren, G 2.3).

G 2.3 Absicht, in ein bis drei Jahren nicht mehr regelmäßig Patientinnen und Patienten zu behandeln, Schweiz, 2025



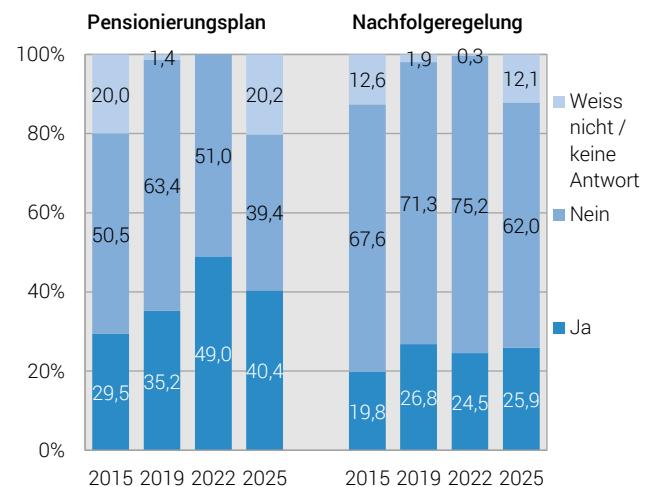
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Vier von zehn (40,4%) der 60- bis 64-jährigen Ärztinnen und Ärzte beabsichtigen, mit 65 Jahren die Arbeit niederzulegen (G 2.4). Dieser Anteil ist tendenziell geringer als im Jahr 2022, als dies etwa die Hälfte der Befragten bejahte (2022: 49,0%). Ein Vergleich über die Zeit ist jedoch durch den im Jahr 2025 wieder auf 20,2% angestiegenen Anteil der «weiss nicht»- sowie verweigerten Antworten wesentlich erschwert. Exkludiert man diese Antwortoption und betrachtet nur die Ja- und Nein-Anteile, dann steigt der Anteil derer, die mit 65 Jahren aufhören wollen, von 49,0% im Jahr 2022 auf 50,6% tendenziell an (Tabelle C 2.1).

Wie bereits seit 2019 geben auch 2025 rund ein Viertel der über 60-jährigen Ärztinnen und Ärzte an, eine Nachfolgeregelung für die Praxis zu besitzen (2019: 26,8%, 2022: 24,5%, G 2.4). Je doch nimmt auch bei dieser Frage der Anteil derer, die «weiss nicht» antworten oder die Frage nicht beantworten, 2025 deutlich

zu (12,1%). Betrachtet man nur die Ja- und Nein-Antworten, so variiert der Anteil derer, die ihre Nachfolge geregelt haben, leicht stärker, allerdings ohne signifikante Unterschiede (2019: 27,3%, 2022: 24,6%, 2025: 29,5%, Tabelle C 2.2). Unter denjenigen, die angeben noch keine Nachfolgeregelung getroffen zu haben (70,5%), sind die Ärztinnen und Ärzte häufiger in einer Einzelpraxis als in einer Gruppenpraxen tätig (86,5% gegenüber 58,3%).

G 2.4 Pensionierungsplan und Nachfolgeregelung der Ärztinnen und Ärzte, Schweiz, 2015, 2019, 2022 und 2025



Anmerkung: Pensionierungsplan: 60- bis 64-jährige Ärztinnen und Ärzte; Nachfolgeregelung: 60-jährige und ältere Ärztinnen und Ärzte

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung arbeiten in Gruppenpraxen anstelle von Einzelpraxen

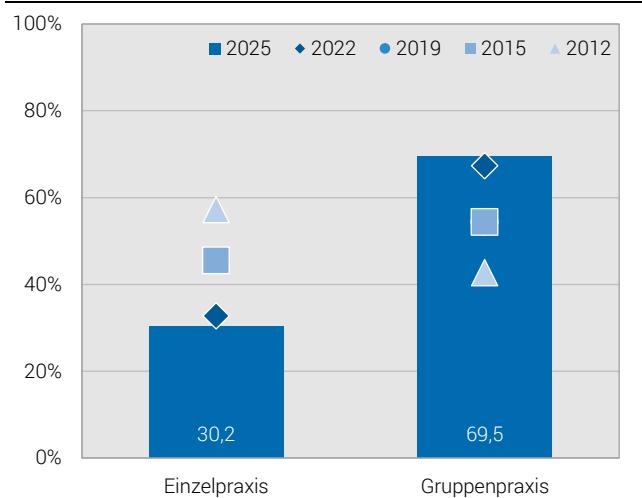
Die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in der Schweiz wurden gefragt, welche der folgenden Beschreibungen auf ihre Praxis hauptsächlich zutrifft: 1.) Einzelpraxis, 2.) Gemeinschaftspraxis, 3.) medizinische Notfallstelle, 4.) zu einem Spital gehörende Klinik und 5.) Walk-in-Praxis oder eine andere Praxisform. Für die folgenden Analysen und Ergebnisse wurden die vier Letzteren zur Antwortkategorie «Gruppenpraxis» zusammengefasst und den Einzelpraxen gegenübergestellt. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die in einer Einzelpraxis arbeiten, ist von 57,2% im Jahr 2012 auf 30,2% im Jahr 2025 gesunken (G 2.5). Im Gegensatz hierzu ist der Anteil der in Gruppenpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzte von 2012 bis 2025 kontinuierlich gewachsen (von 42,7% auf 69,5%).

Im Jahr 2025 arbeiten in den Einzelpraxen eher Männer (36,9% versus 23,7% Frauen) und je höher das Alter, desto eher arbeiten diese noch in Einzelpraxen (<45 Jahre: 16,0% Einzelpraxis versus 84,0% Gruppenpraxis, 65+ Jahre: 47,4% Einzelpraxis

⁵ In einigen befragten Ländern zeigen sich hohe Anteile an «weiss nicht» oder verweigerten Antworten von bis zu 19,4% in SE.

versus 52,6% Gruppenpraxis; Tabelle C 2.3). Zudem sind Einzelpraxen in der französisch- und insbesondere der italienischsprachigen Schweiz verbreiteter als in der deutschsprachigen Schweiz (41,1% bzw. 51,6% gegenüber 24,1%). Auch sind diese bei praktischen Ärztinnen bzw. Ärzten (51,8%) etwa doppelt so häufig wie in der Allgemeinen Inneren Medizin (26,8%) oder der Pädiatrie (24,9%).

G 2.5 Ärztinnen und Ärzte, Praxisform, Schweiz, 2012, 2015, 2019 2022, 2025



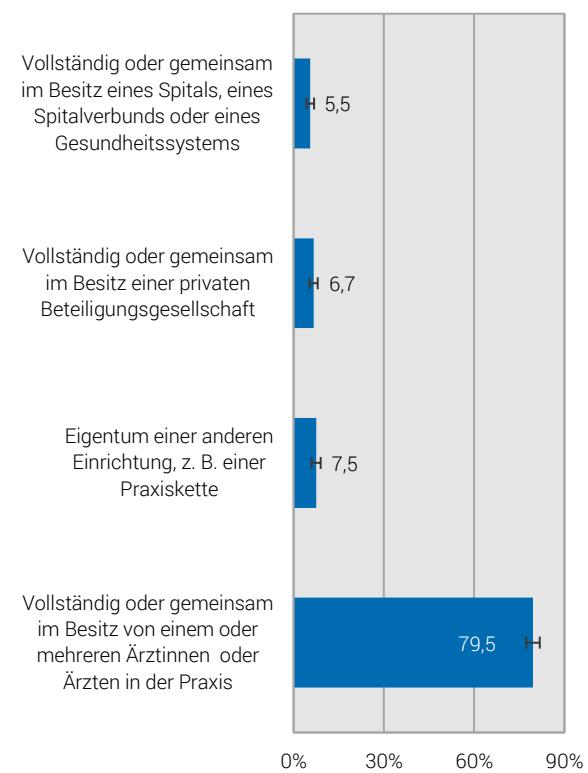
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Acht von zehn Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung arbeiten in Praxen, die im Besitz der Ärztinnen und Ärzte sind

In der IHP-Befragung 2025 wurden erstmals die Besitzverhältnisse der Praxen anhand von vier Optionen abgefragt. Rund acht von zehn Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung in der Schweiz berichten, dass sich die Praxis, in der sie hauptsächlich tätig sind, vollständig oder gemeinsam im Besitz von einer oder mehreren Ärztinnen bzw. Ärzten der Praxis befindet (79,5%, G 2.6). Nur 7,5% geben an, dass die Praxis im Eigentum einer anderen Einrichtung, beispielsweise einer Praxiskette, ist. Ein vollständiger oder gemeinsamer Besitz durch eine private Beteiligungsgesellschaft (6,7%) oder einen Spitalverbund bzw. ein Gesundheitssystem (5,5%) wird ebenfalls sehr selten angegeben.

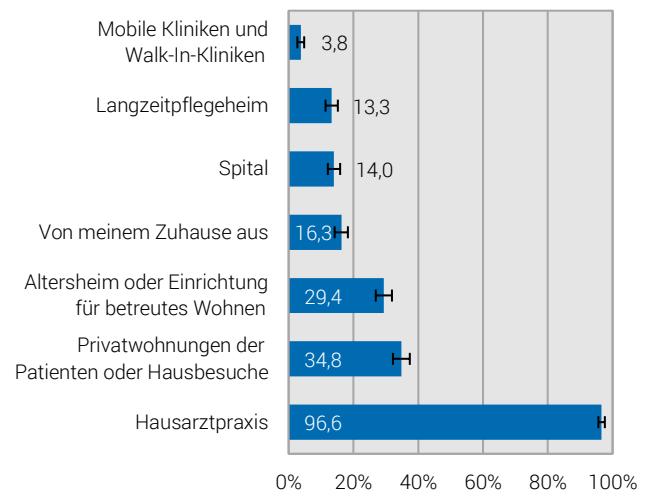
Neu hinzugekommen ist ebenfalls eine Frage nach den Orten, an denen die Ärztinnen und Ärzte behandeln. Fast alle Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in der Schweiz (96,6%) geben an, in einer Hausarztpraxis tätig zu sein (G 2.7). Etwas mehr als ein Drittel gibt zudem an, im Rahmen von Hausbesuchen in Privatwohnungen zu behandeln (34,8%), und etwa drei von zehn Ärztinnen und Ärzten behandeln zudem in Altersheimen oder Einrichtungen für betreutes Wohnen (29,4%). Weitere Orte, an denen behandelt wird, sind: zu Hause (16,3%), in einem Spital (14,0%), in Langzeitpflegeheimen (13,3%) und in mobilen Kliniken oder Walk-in-Kliniken (3,8%).

G 2.6 Besitzverhältnisse der Praxen, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

G 2.7 Einrichtungen in denen die Ärztinnen und Ärzte behandeln, Schweiz, 2025



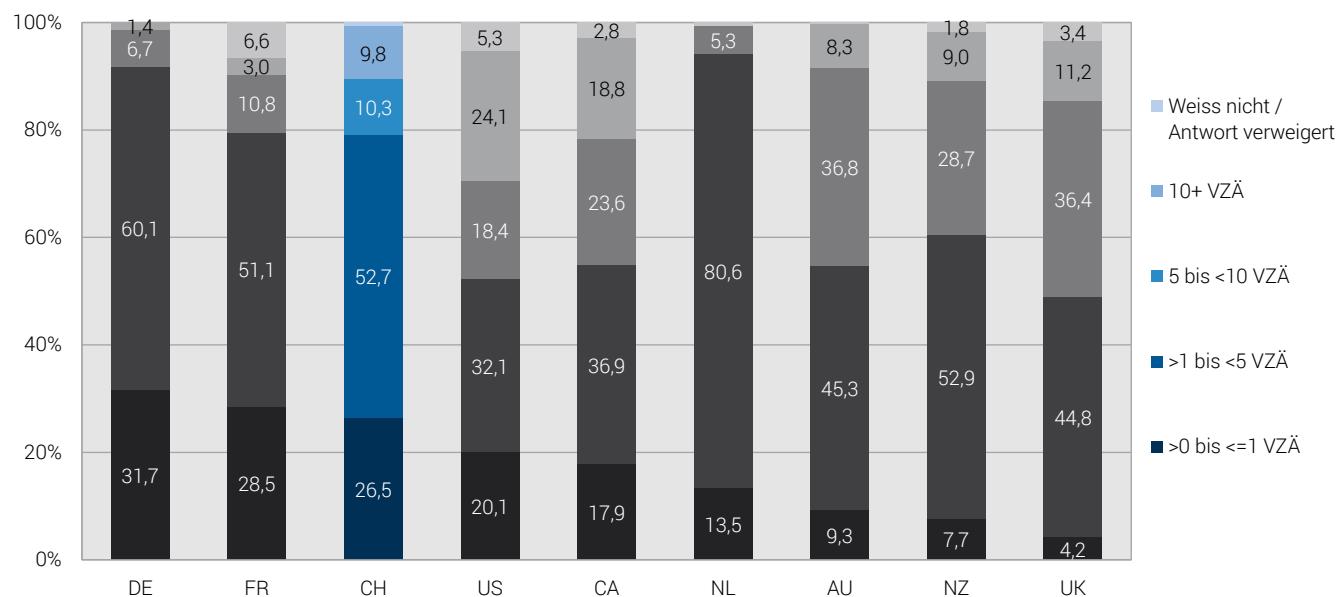
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Nach Deutschland und Frankreich gibt es in der Schweiz weiterhin viele Praxen mit einem Vollzeitäquivalent

Die Betrachtung der Anzahl ärztlicher Vollzeitstellen (VZÄ) in einer Praxis liefert genauere Erkenntnisse über deren Grösse. Nach Deutschland (31,7%) und Frankreich (28,8%) weist die Schweiz (26,5%) gemäss VZÄ den dritthöchsten Anteil an Praxen mit maximal einem VZÄ aus (G 2.8). Während der Anteil Deutschlands

signifikant höher ist als jener der Schweiz, sind die Anteile aller weiteren Länder tiefer als jener der Schweiz und streuen zwischen 20,1% in den USA und 4,2% in Grossbritannien. In der Schweiz finden sich mit 52,7% am häufigsten mittelgrossé Praxen (>1 bis <5 VZÄ), was international einem Rang im Mittelfeld entspricht. Die Anteile mittelgrosser Praxen reichen hier von 32,1% in den USA bis 80,6% in den Niederlanden.

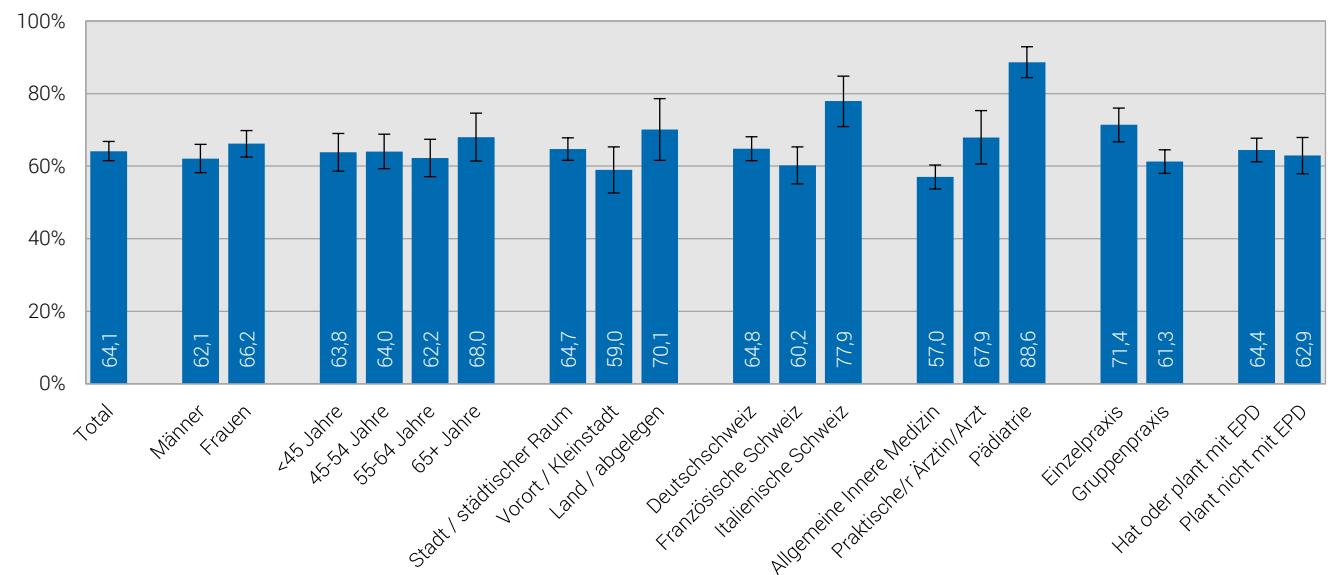
G 2.8 Anteile der Ärztinnen und Ärzte innerhalb einer Praxis nach Vollzeitstellen (VZÄ), internationaler Vergleich, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

G 2.9 Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die neue Patientinnen und Patienten aufnehmen, Schweiz, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

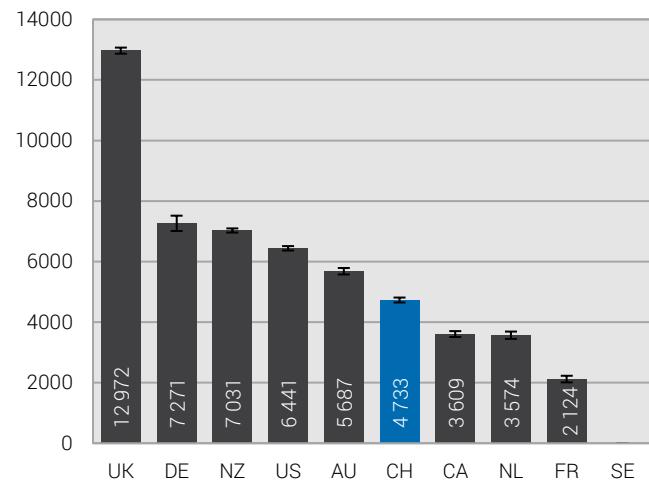
2.2 Patientenaufnahme, Verfügbarkeit und Tätigkeiten

Seit der ersten Befragung im Jahr 2012 geben kontinuierlich weniger Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz an, neue Patientinnen und Patienten aufzunehmen: 85,9% im Jahr 2012 gegenüber 64,1% im Jahr 2025 (2015: 78,1%, 2019: 75,5%, 2022: 68,5%; Tabelle C 2.4). Im Jahr 2025 zeigen sich hierbei vor allem Unterschiede nach Facharzttitel, Praxisform und Sprachregion. Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin nehmen mit 57,0% seltener neue Patientinnen und Patienten auf als praktische Ärztinnen und Ärzte mit 67,9% (G 2.9). Am häufigsten erfolgt eine Neuaufnahme bei den Pädiaterinnen und Pädiatern (88,6%). In der französisch- und der deutschsprachigen Schweiz werden weniger neue Patientinnen und Patienten aufgenommen als in der italienischsprachigen Schweiz (60,2% bzw. 64,8% gegenüber 77,9%). Auch sind Neuaufnahmen seltener in Gruppenpraxen möglich als in Einzelpraxen (61,3% versus 71,4%).

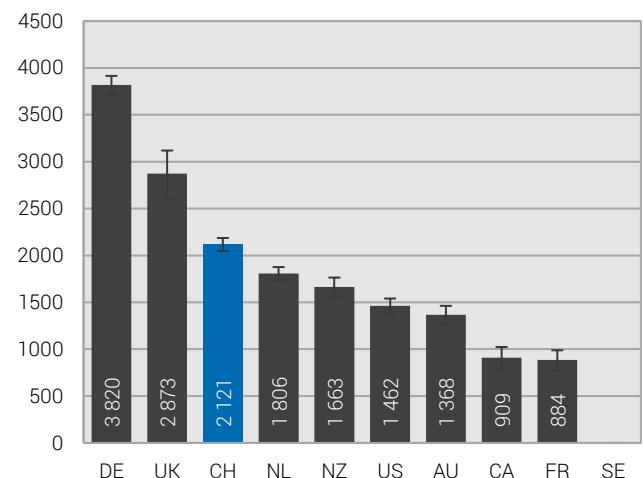
Die IHP-Befragung 2025 erfasst erstmals, wie viele Patientinnen und Patienten in der Praxis registriert sind. Die durchschnittliche Grösse des Patientenstamms beträgt in der Schweiz 4733 Patientinnen und Patienten pro Praxis. Damit liegt die Schweiz im Mittelfeld der befragten Länder (G 2.10). Die Grösse des Patientenstamms variiert zwischen 2124 Patientinnen und Patienten pro Praxis in Frankreich und 12 972 pro Praxis in Grossbritannien. Betrachtet man die Grösse des Patientenstamms pro Ärztin oder Arzt (VZÄ) der Praxen, so variiert diese von 884 Patientinnen und Patienten pro VZÄ in Frankreich bis 3820 Patientinnen und Patienten pro VZÄ in Deutschland. Die Schweiz nimmt mit 2121 Patientinnen und Patienten pro Ärztin oder Arzt den dritthöchsten Rang ein. Das Volumen ist hier signifikant niedriger als in Deutschland und Grossbritannien.

G 2.10 Durchschnittliche Anzahl der registrierten Patientinnen und Patientinnen pro Praxis und pro Vollzeitstelle (VZÄ) der Praxis, internationaler Vergleich, 2025

Anzahl der Patientinnen und Patientinnen pro Praxis



Anzahl der Patientinnen und Patientinnen pro Ärztin/Arzt (VZÄ) der Praxis



Anmerkung: Die Daten von SE wurden 2025 methodisch anders erfasst und sind nicht vergleichbar

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Im internationalen Vergleich ist die Verfügbarkeit von Arztpraxen ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten niedriger

Im Jahr 2025 bieten 40,3% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz an mindestens einem Tag⁶ in der Woche Termine am Abend nach den üblichen Öffnungszeiten an (G 2.11). Dies entspricht im internationalen Vergleich einem Rang im Mittelfeld. Solche Termine werden signifikant häufiger in Kanada (59,7%), Deutschland (64,3%), Frankreich (69,9%) und Grossbritannien (76,6%) angeboten. In den Niederlanden (19,8%) und Schweden (19,2%) sind solche Termine dagegen seltener.

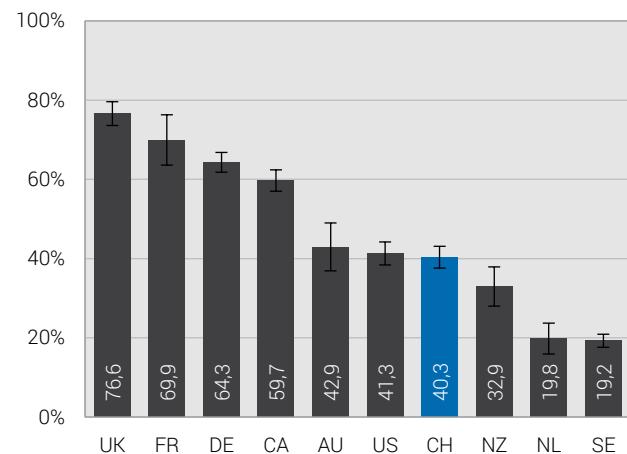
In der Schweiz zeigt sich ein altersbedingter Effekt: Jüngere Ärztinnen und Ärzte bieten weniger häufig am Abend nach den üblichen Öffnungszeiten an als ältere Ärztinnen und Ärzte (unter 45 Jahre: 30,8%, über 65 Jahre: 48,1%; Tabelle C 2.5). Es sind auch die praktischen Ärztinnen und Ärzte sowie die Pädiaterinnen und Pädiater, die häufiger Termine nach 18 Uhr anbieten als Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin (47,8% bzw. 47,0% gegenüber 37,0%). Schliesslich bieten Einzelpraxen häufiger Termine nach 18 Uhr an als Gruppenpraxen (47,7% versus 37,1%).

Was die Samstags- und Sonntagstermine anbelangt, so bieten 29,6% der Ärztinnen und Ärzte an mindestens einem Wochenende pro Monat⁷ solche Termine an, was erneut einem Rang im Mittelfeld entspricht (G 2.11). In den Niederlanden bieten nahezu keine Ärztinnen und Ärzte (3,9%) Wochenendtermine an, in Australien hingegen bieten sieben von zehn der Befragten (70,3%) solche Termine an.

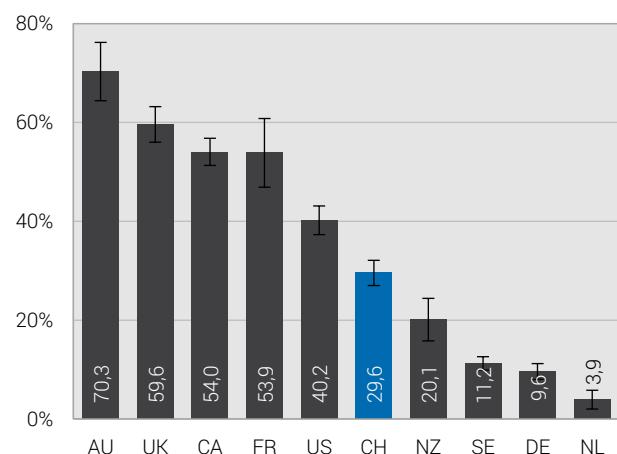
Innerhalb der Schweiz ist wiederum ein Alterseffekt zu beobachten: Jüngere Ärztinnen und Ärzte bieten seltener Termine am Wochenende an als ältere Ärztinnen und Ärzte (unter 45 Jahre: 25,5%, über 65 Jahre: 37,4%; Tabelle C 2.6). Zudem werden solche Termine eher von Ärztinnen und Ärzten auf dem Land oder in abgelegenen Regionen angeboten (44,3% versus 28,1% in der Stadt und in Vororten). Schliesslich sind solche Termine in der französischsprachigen Schweiz seltener als in der deutsch- oder der italienischsprachigen Schweiz (16,3% versus 35,0% und 32,6%).

G 2.11 Verfügbarkeit der Praxen ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten, internationaler Vergleich, 2025

Terminangebot nach den üblichen Öffnungszeiten (Anteil: an mindestens einem Tag in der Woche)



Terminangebot am Wochenende (Anteil: an mindestens einem Wochenende pro Monat)

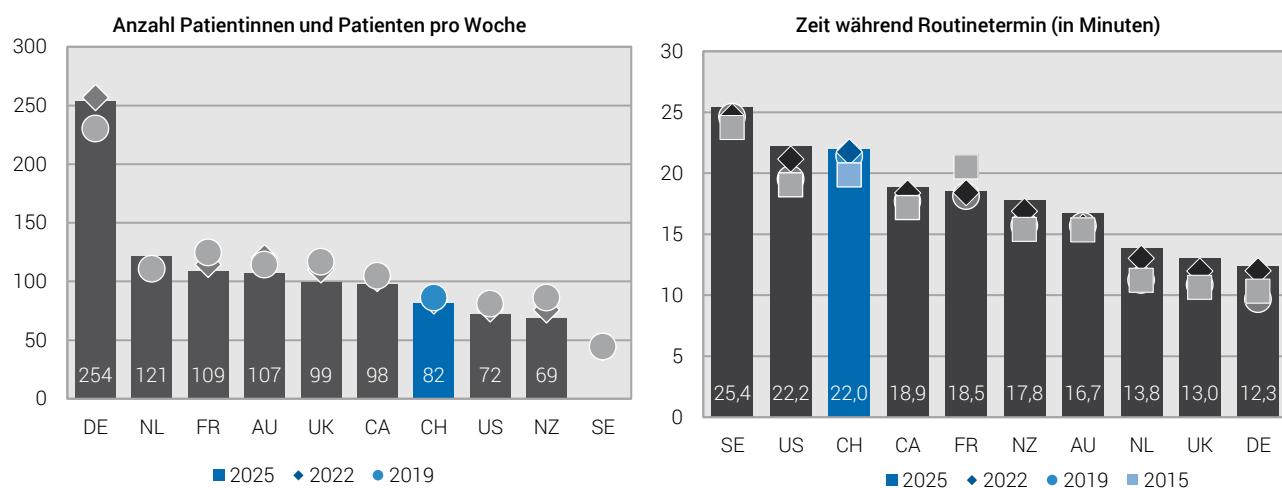


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

⁶ An mindestens einem Tag in der Woche setzt sich aus den folgenden Antwortkategorien zusammen: ein Tag in der Woche, 2 bis 3 Tage in der Woche sowie 4 oder mehr Tage in der Woche.

⁷ An mindestens einem Wochenende pro Monat setzt sich aus den folgenden Antwortkategorien zusammen: ein Wochenende pro Monat, zwei Wochenenden pro Monat, drei Wochenenden pro Monat sowie jedes Wochenende.

G 2.12 Anzahl Patientinnen und Patienten in einer Arbeitswoche und durchschnittliche Zeit (in Minuten), die pro Routinetermin aufgebracht werden kann, internationaler Vergleich, 2025



Anmerkung: Die Daten von SE wurden 2025 methodisch anders erfasst und sind nicht vergleichbar

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy

© Obsan 2026

Im Durchschnitt sehen Ärztinnen und Ärzte 82 Patientinnen und Patienten pro Woche und benötigen für einen Routinetermin 22,0 Minuten

Im Jahr 2025 sehen Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in der Schweiz in einer typischen Arbeitswoche im Durchschnitt etwa 82 Patientinnen und Patienten (G 2.12). Im Jahr 2019 waren es etwa 86 Patientinnen und Patienten pro Woche. In Deutschland sind es mit Abstand die meisten: 254 Patientinnen und Patienten pro Woche. In Deutschland ist die Zeit, die bei einem Routinetermin mit einer Patientin und einem Patienten verbracht wird, auch am kürzesten (12,3 Minuten). In der Schweiz brauchen Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt 22,0 Minuten für einen Routine-termin. Dies liegt nahe bei der maximalen Zeit von 20 Minuten, die für eine Grundkonsultation festgelegt wurde.⁸

Die Untersuchung der Schweizer Anteile zeigt, dass in der französischsprachigen Schweiz bei einem Routinetermin deutlich häufiger 25 Minuten oder mehr pro Patientin und Patient verbracht wird als in der deutsch- und der italienischsprachigen Schweiz (69,2% versus 17,0% und 34,4%; Tabelle L 2.5). Ärztinnen verbringen häufiger 25 Minuten oder mehr pro Patientin und Patient als Ärzte (37,6%, bzw. 27,7%).

Zusätzlich zur Schätzung der Anzahl Patientinnen und Patienten und Zeit für einen Routinetermin wurde von den befragten Ärztinnen und Ärzten eine Schätzung darüber abgefragt, wie viel Pro-

zent ihrer Arbeitszeit sie mit den folgenden fünf Aufgaben verbringen: 1.) persönlicher Patientenkontakt (inkl. Telemedizin), 2.) andere Patientenkontakte (z. B. per E-Mail oder Telefon), 3.) administrative Aufgaben (z. B. Führen von Patientendossiers oder Qualitätssicherung), 4.) Aufgaben im Zusammenhang mit Versicherungsfragen oder der Rechnungsstellung sowie 5.) berufliche Weiterentwicklung.

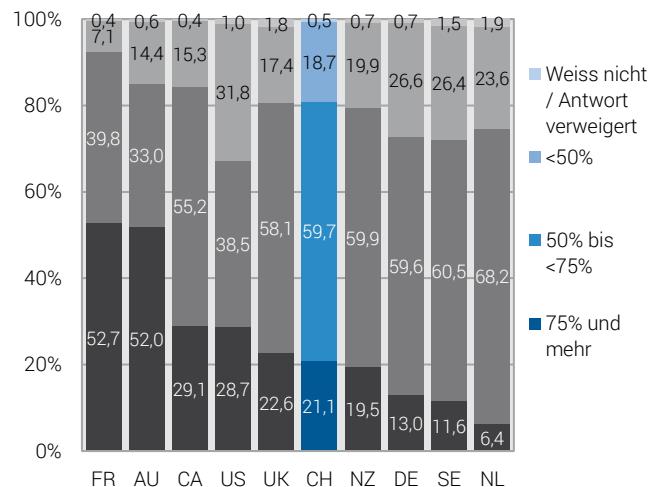
Jeweils gut sechs von zehn Ärztinnen und Ärzten (59,7%) in der Schweiz verbringen zwischen 50% bis weniger als 75% ihrer Arbeitszeit in direktem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten (G 2.13). Etwas über ein Fünftel (21,1%) der Befragten kann sogar 75% und mehr ihrer Arbeitszeit dafür aufwenden, was signifikant weniger ist als in Australien (52,0%) und Frankreich (52,7%). Andererseits sagen fast ein Fünftel (18,7%) der Befragten, dass sie weniger als 50% ihrer Arbeitszeit in direktem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten stehen. Weiterer Patientenkontakt, z. B. via E-Mail oder Telefon, nimmt für fast neun von zehn (88,5%) der Ärztinnen und Ärzte weniger als 20% ihrer Arbeitszeit ein. Zu in etwa gleichen Anteilen wird angegeben, dass anderer Patientenkontakt weniger als 10% einnimmt bzw. dass es zwischen 10% bis weniger als 20% sind (42,9% versus 45,6%). Administrative Aufgaben (z. B. Patientendossiers, Besprechungen, Qualitätssicherung) nehmen für vier von zehn (43,5%) der Befragten 20% oder mehr der Arbeitszeit ein. Ebenfalls rund vier von zehn (43,7%) Befragten berichten, dass es bei ihnen 10% bis weniger als 20% beansprucht. Zu Aufgaben im Zusammenhang mit Versicherungsfragen oder Rechnungsstellung berichten 46,3%,

⁸ Für gewisse Patientengruppen wie Kinder unter sechs Jahren oder Personen ab 75 Jahren gilt eine höhere Limite von 30 Minuten, während für Personen mit komplexen Erkrankungen (nach Absprache mit den Versicherungen) eine Limite von 40 Minuten gilt.

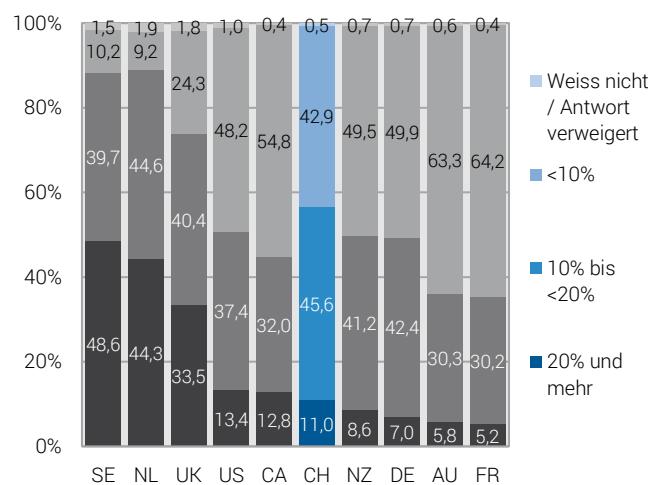
dass es 10% oder mehr ihrer Zeit benötigt. Interessanterweise belegt die Schweiz mit diesem Anteil im internationalen Vergleich den höchsten Rang. Ebenfalls den höchsten Rang erzielt die Schweiz im internationalen Vergleich hinsichtlich des Anteils derjenigen, die 5% oder mehr ihrer Arbeitszeit für die berufliche Weiterentwicklung aufwenden können (67,6%). In der Schweiz kann rund ein Viertel der Befragten immerhin noch zwischen 1% und weniger als 5% der Zeit dafür aufwenden (24,1%).

G 2.13 Prozent der Arbeitszeit, die für eine (von fünf) Aufgaben verwendet wird, internationaler Vergleich, 2025

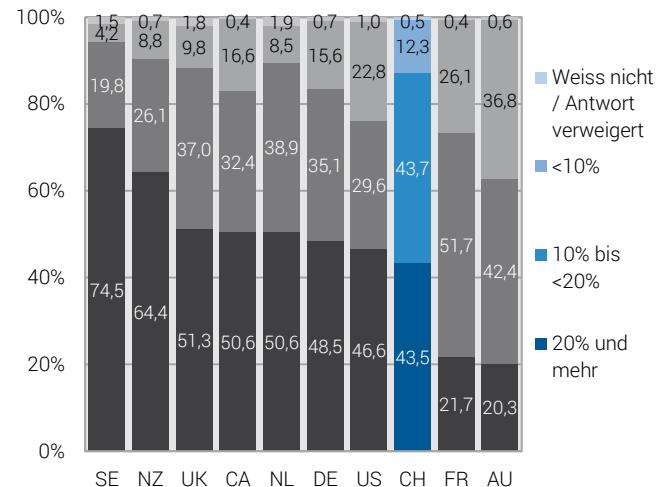
Persönliche Kontakte mit Patientin und Patient



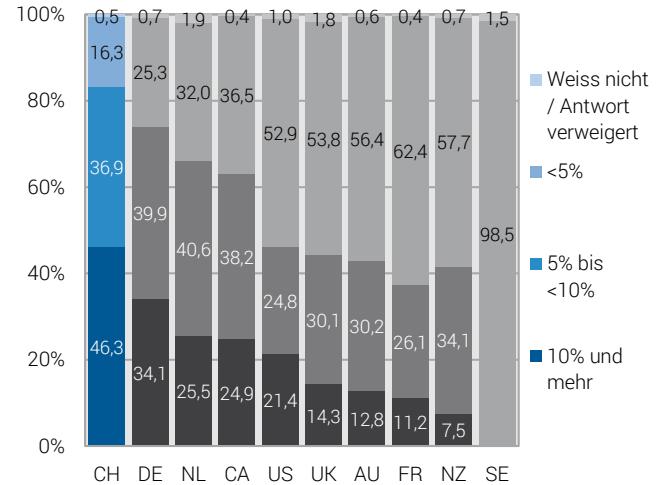
Andere Kontaktarten mit Patientin und Patient



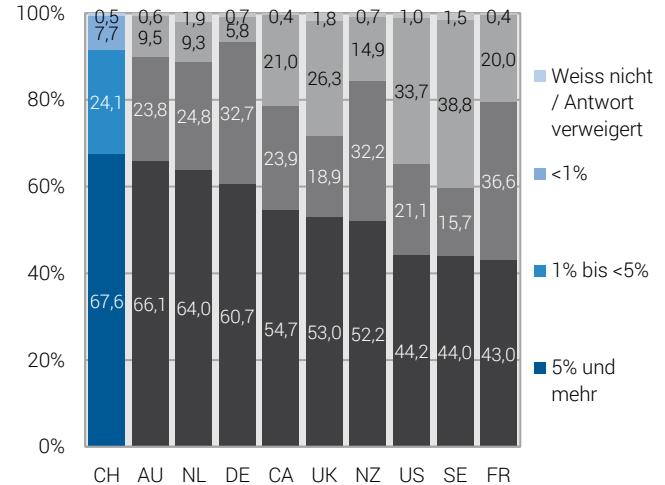
Administrative Aufgaben



Aufgaben im Zusammenhang mit Versicherungsfragen / der Rechnungsstellung



Berufliche Weiterentwicklung



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

In der Schweiz wird es als grosses Problem angesehen, dass administrative Tätigkeiten auf Kosten anderer Tätigkeiten erfolgen

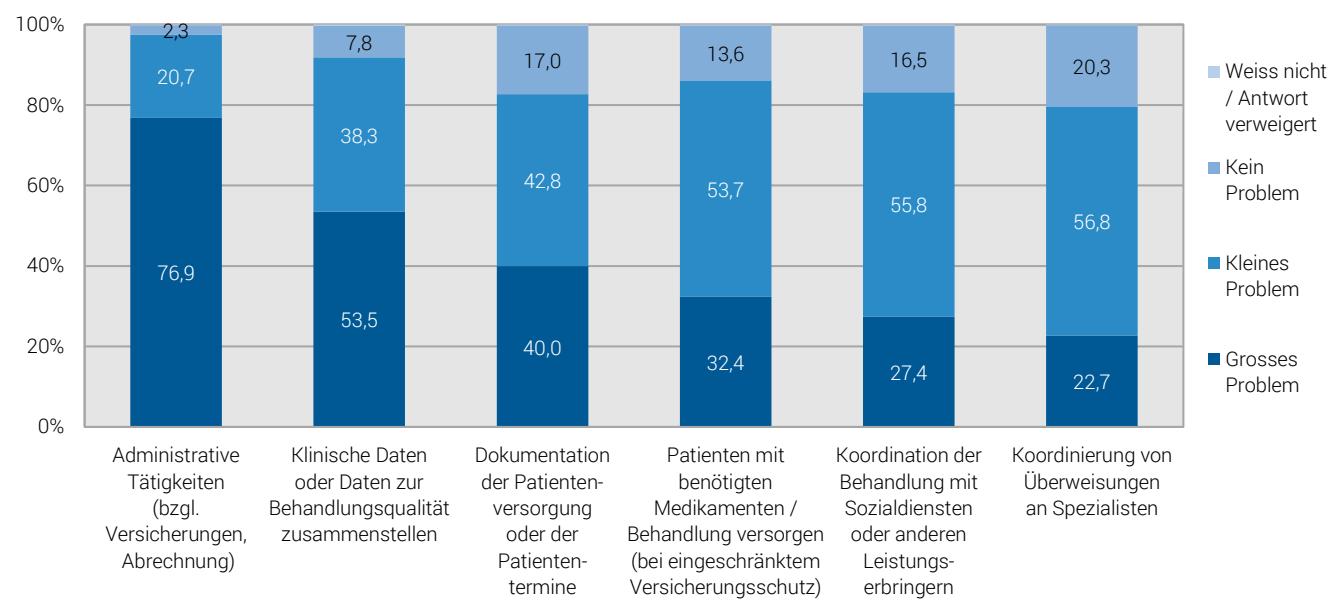
Im Rahmen der Weiterentwicklung der Fragestellung aus den vergangenen IHP-Befragungen (2019 und 2022) wurde in der Befragung 2025 ermittelt, inwiefern der Zeitaufwand auf Kosten anderer Aufgaben für verschiedene Verwaltungsaufgaben als problematisch (wenn überhaupt) wahrgenommen wird. Gemäss der Befragung sehen über drei Viertel (76,9%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz den Zeitaufwand, der durch administrative Tätigkeiten im Zusammenhang mit Versicherungen oder der Abrechnung entsteht und zu Lasten anderer Aufgaben geht als grosses Problem an (G 2.14). Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz vor Deutschland (58,7%) auf dem vordersten Rang, gefolgt von den USA (58,5%, Tabelle L 2.6).

Etwas mehr als die Hälfte (53,5%) sieht das Zusammenstellen von Daten für staatliche Stellen oder Krankenkassen als grosses Problem. Im internationalen Vergleich entspricht dies dem zweitvordersten Rang. Nur in Deutschland ist dieser Anteil mit 55,1%

ähnlich hoch, in den weiteren Ländern liegt er zwischen 14,3% (Schweden) und 27,9% (USA; Tabelle L 2.6). Vier von zehn Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz (40,0%) erachten die Dokumentation der Patientenversorgung oder der Patientetermine, einschliesslich ärztlicher Notizen und Aktualisierungen elektronischer Gesundheitsakten, als grosses Problem (Tabelle L 2.8). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem Rang im Mittelfeld.

Nur rund ein Drittel (32,4%) der Befragten sieht den Zeitaufwand für Versorgung der Patientinnen und Patienten mit den benötigten Medikamenten oder der benötigten Behandlung als problematisch an, wenn ein eingeschränkter Versicherungsschutz besteht. Damit liegt die Schweiz ebenfalls im Mittelfeld der befragten Länder (Tabelle L 2.9). Noch geringer fällt der Anteil derer aus, die den Zeitaufwand bei der Koordination der Behandlung mit Sozialdiensten oder anderen Leistungserbringern sowie die Koordinierung von Überweisungen an Spezialisten als grosses Problem ansehen (27,4% bzw. 22,7%, Tabellen L 2.10 und L 2.11). Diese Anteile belegen im internationalen Vergleich den zweittiefsten bzw. den niedrigsten Rang.

G 2.14 Bewertung des relativen Zeitaufwands von sechs administrativen Aufgaben auf Kosten anderer Aufgaben, Schweiz, 2025 (korrigierte Basisrate)



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

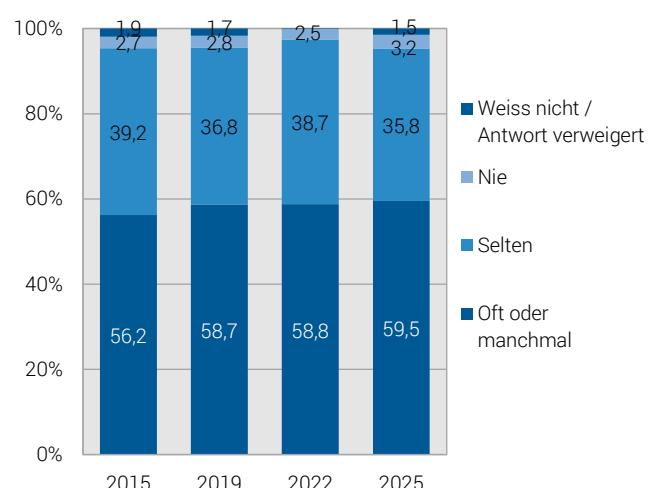
© Obsan 2026

2.3 Herausforderungen in der Behandlung der Patientinnen und Patienten

Eine wesentliche Herausforderung in der Behandlung ist die Verständigung mit den Patientinnen und Patienten. Die IHP-Befragung zielt darauf ab, von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung in der Schweiz zu erfahren, wie häufig Patientinnen und Patienten Mühe haben, Informationen zu verstehen (z. B. wie von ihnen verschriebene Medikamente einnehmen, Anweisungen zu Symptomen, auf die geachtet werden muss, oder in welcher Situation eine weitere Behandlung angebracht ist).

Gemäss den Angaben der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in der Schweiz werden in 59,5% der Fälle Verständnisschwierigkeiten der Patientinnen und Patienten wahrgenommen, wobei in 10,8% der Fälle das Phänomen oft und in 48,7% der Fälle manchmal auftritt (G 2.15). Der genannte Anteil hat sich seit 2015 kaum verändert (2015: 56,2%, 2019: 58,7%, 2022: 58,8%).

G 2.15 Verständnisschwierigkeiten der Patientinnen und Patienten, Schweiz, 2015, 2019, 2022, 2025



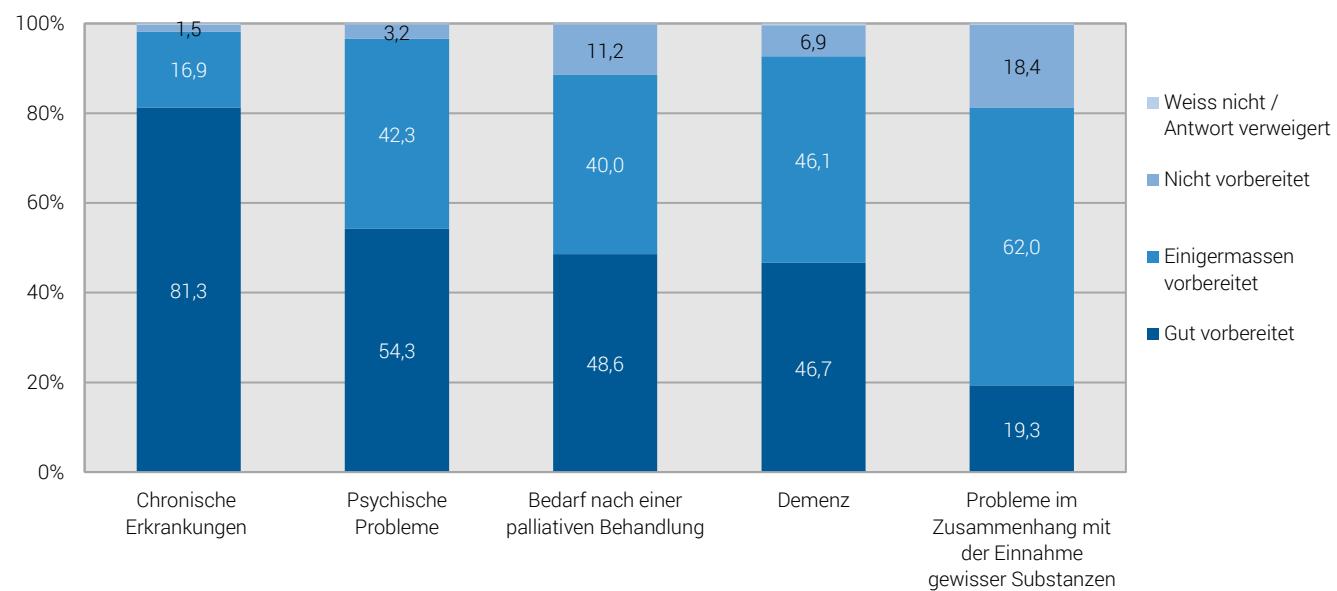
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Acht von zehn Ärztinnen und Ärzten fühlen sich gut auf die Behandlung chronischer Erkrankungen vorbereitet; Herausforderungen sehen sie vor allem bei Substanzkonsumproblematiken

In den nachfolgenden Ergebnissen gilt es zu berücksichtigen, dass zum einen die Basisrate korrigiert wurde (d. h. nur Ärztinnen und Ärzte flossen in die Analysen ein, die auch angeben, solche Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis zu haben). Zum anderen sind in der Stichprobe der Schweiz und der USA zusätzlich Pädiaterinnen und Pädiater enthalten, die äusserst selten bis nie mit Personen mit Demenz oder palliativen Behandlungsbedürfnissen konfrontiert sind.⁹

Es zeigt sich, dass sich die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in der Schweiz am häufigsten für die Behandlung von chronischen Erkrankungen gut vorbereitet fühlen: Über acht von zehn (81,3%) geben dies an. Weniger häufig fühlen sie sich gut vorbereitet für die Behandlung von psychischen Problemen (54,3%), dem Bedarf nach palliativen Behandlungen (48,6%) und der Behandlung von Demenz (46,7%) (G 2.16). Als wesentlich grössere Herausforderung wird die Behandlung von Substanzkonsumproblematiken angesehen: Nur rund zwei von zehn (19,3%) fühlen sich dafür gut vorbereitet. Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz damit jedoch den zweithöchsten Rang vor Australien (21,4%), dessen Anteil sich nicht signifikant von jenem der Schweiz unterscheidet. Der Schweizer Anteil derer, die sich auf Substanzkonsumproblematiken gut vorbereitet sehen, ist unter Ärzten grösser als unter Ärztinnen (24,4% gegenüber 13,6%) und in der deutsch- und in der Tendenz in der französischsprachigen Schweiz grösser als in der italienischsprachigen Schweiz (20,6% und 17,9% gegenüber 10,7%).

⁹ Dies zeigt sich in den schweizspezifischen Tabellen C 2.7 bis C 2.10 deutlich, da es vor allem die Pädiaterinnen und Pädiater sind, welche unter den Facharzttiteln am häufigsten keine solche Patientinnen und Patienten haben oder vergleichsweise den kleinsten Anteil «gut vorbereitet» ausweisen, falls sie die Frage dennoch beantwortet haben, weil sie teilweise auch solche Patientinnen und Patienten behandeln.

G 2.16 Wahrgenommener Grad der Vorbereitung der Praxis auf die Behandlung verschiedener Krankheiten (korrigierte Basisrate), Schweiz, 2025


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Am häufigsten werden in der Schweiz Ernährungsprobleme besprochen, am zweithäufigsten ist soziale Isolation oder Einsamkeit ein Thema

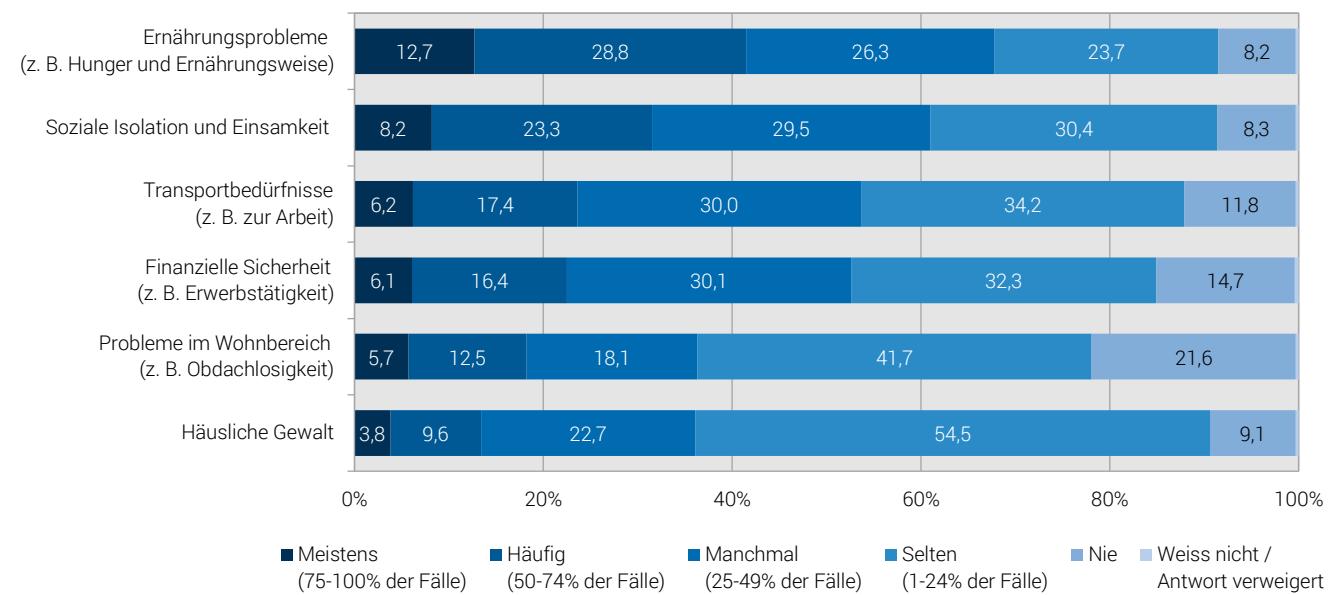
Die in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte wurden gefragt, wie häufig sie oder das Praxispersonal verschiedene soziale Bedürfnisse beurteilen und untersuchen – falls überhaupt. Ein relativ grosser Anteil gibt an, häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) Ernährungsprobleme zu untersuchen (G 2.17). Dieser Anteil setzt sich aus 28,8% für häufig (50% bis 74% der Fälle) sowie 28,8% für meistens (75% bis 100% der Fälle) zusammen. Dieser zusammengenommene Anteil ist in der Schweiz wie auch in Deutschland (37,9%) und in den USA (47,1%) deutlich höher als in den übrigen befragten Ländern (Tabelle L 2.12). Während der Anteil in der Schweiz seit 2019 nicht signifikant variiert hat (2019: 43,9%, 2022: 41,3%, 2025: 41,5%), hat sich der Anteil in den USA zwischen 2022 und 2025 signifikant erhöht (2022: 36,9%, 2025:

47,1%) und in Deutschland signifikant verringert (2022: 46,3%, 2025: 37,9%).

Das soziale Bedürfnis, das in der Schweiz am zweithäufigsten (in 50% bis 100% der Fälle) beurteilt wird, ist soziale Isolation oder Einsamkeit mit einem Anteil von 31,4%. Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz mit diesem Wert den niedrigsten Rang. Es sind jedoch nur die Anteile von Schweden (37,4%), Deutschland (43,6%), den USA (44,4%) und Grossbritannien (48,3%) grösser als jener der Schweiz (Tabelle L 2.13). Zudem hat sich der Anteil seit 2019 nicht signifikant verändert (2019 und 2022: 34,2%).

Weitere soziale Bedürfnisse und deren Anteile, inwiefern diese häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) untersucht werden, sind in absteigender Reihenfolge: Transportbedürfnisse (23,7%, dritttniedrigster Rang), finanzielle Sicherheit (22,6%, zweitniedrigster Rang), Probleme im Wohnbereich (18,3%, niedrigster Rang) und häusliche Gewalt (13,4%, niedrigster Rang; Tabellen L 2.14 bis L 2.17).

G 2.17 Untersuchung und Beurteilung von sozialen Bedürfnissen, Schweiz, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Laut der Ärztinnen und Ärzte sind fast die Hälfte der behandelten Gesundheitsprobleme auf Bedürfnisse im Bereich der psychischen Gesundheit zurückzuführen

In der IHP-Befragung 2025 wurde unter anderem gefragt, inwie weit behandelte Gesundheitsprobleme auf die folgenden drei Ursachen zurückzuführen sind: 1.) Bedürfnisse im Bereich psychische Gesundheit, 2.) Gesundheitsprobleme, die mit der sozialen Situation der Patientinnen und Patienten zusammenhängen (inkl. instabile Wohnverhältnisse, fehlender Zugang zu einer gesunden/ausgeglichenen Ernährung und Arbeitslosigkeit) und 3.) Mangelnder Zugang zu präventiven Gesundheitsmassnahmen (inkl. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, gesündere Ernährung und körperliche Betätigung).

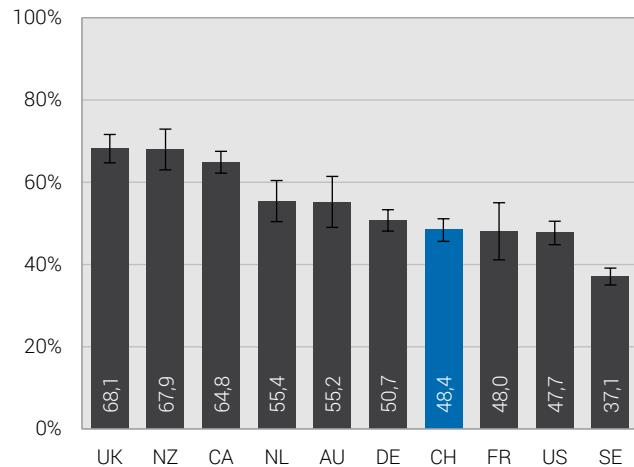
Nahezu die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in der Schweiz (48,4%) führt behandelte Gesundheitsprobleme in starkem Massse auf Bedürfnisse im Bereich der psychischen Gesundheit zurück (G 2.18). Im internationalen Vergleich, in dem die Schweiz einen mittleren Rang belegt, wird diese Ursache nur in Schweden (37,1%) tiefer bewertet. Einen höheren Einfluss sehen die Ärztinnen und Ärzte in Kanada (64,8%), Neuseeland (67,9%) und Grossbritannien (68,1%).

Die Rolle der sozialen Situation der Patientinnen und Patienten wird von den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung in der Schweiz als weniger wichtig empfunden. Ein Viertel (25,2%) sieht hier einen starken Zusammenhang zu den zu behandelnden Gesundheitsproblemen, was einem mittleren Rang im internationalen Vergleich entspricht. Nur in Frankreich ist dieser Anteil geringer (17,5%), während er insbesondere in Neuseeland (48,3%) und Grossbritannien (52,4%) höher ist.

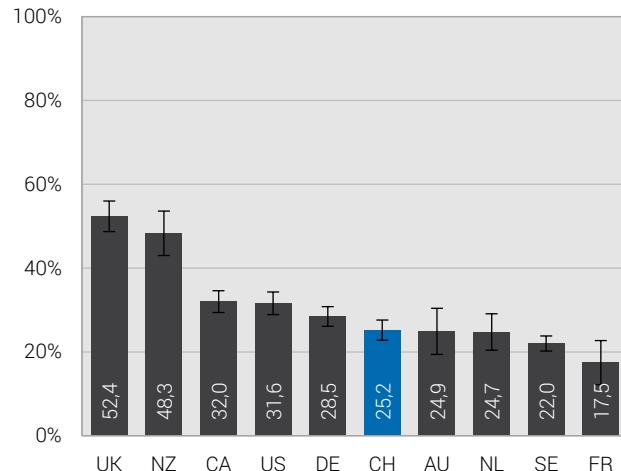
Nur rund zwei von zehn Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung in der Schweiz (19,1%) sind der Meinung, dass die behandelten Gesundheitsprobleme stark auf mangelnden Zugang zu präventiven Gesundheitsmassnahmen zurückzuführen sind. Mit dieser Einschätzung belegt die Schweiz im internationalen Vergleich den letzten Rang. Nur die Anteile in den USA (29,2%), Kanada (30,8%), Grossbritannien (33,6%) und Neuseeland (36,5%) sind grösser als jener in der Schweiz.

G 2.18 Wahrgenommene Ursachen für die zu behandelnden Gesundheitsprobleme der Patientinnen und Patienten (Anteil: stark darauf zurückzuführen), Schweiz, 2025

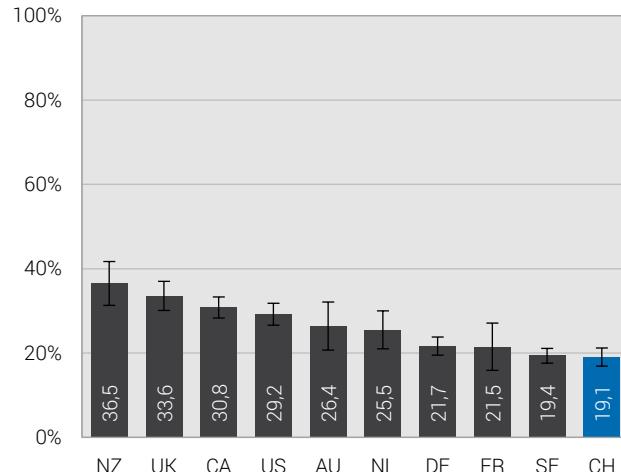
Bedürfnisse im Bereich psychische Gesundheit



Gesundheitsprobleme, die mit der sozialen Situation der Patientinnen und Patienten zusammenhängen



Mangelnder Zugang zu präventiven Gesundheitsmassnahmen



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

2.4 Behandlungsangebot

Neben den Behandlungen in der Praxis können Konsultationen zu Hause gerade für bewegungseingeschränkte oder in abgelegenen Regionen lebende Personen ein praktisches Unterstützungsangebot darstellen. In der Schweiz geben drei Viertel (76,1%) der Ärztinnen und Ärzte an, dass sie oder das Praxisteam ihre Patientinnen und Patienten (oft oder gelegentlich) mit Hausbesuchen unterstützen (G 2.19). International entspricht dies einem Rang im Mittelfeld. In Ländern wie Deutschland und Frankreich (je 91,6%) werden häufiger Hausbesuche durchgeführt als in der Schweiz.

In der Schweiz ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die Hausbesuche durchführen, seit 2019 rückläufig (2019: 84,2%, 2022: 80,4%) und es lassen sich Effekte in Bezug auf Geschlecht, Urbanität, Sprachregion und Facharzttitel beobachten. So führen Ärztinnen beispielsweise weniger häufig Hausbesuche durch als Ärzte (70,4% versus 81,8%). Wie zu erwarten, führen Ärztinnen und Ärzten auf dem Land und in den Vororten deutlich mehr Hausbesuche durch als Ärztinnen und Ärzten in den Städten (83,9% bzw. 81,3% gegenüber 73,8%, Tabelle C 2.10). Zudem führen Pädiaterinnen und Pädiater deutlich seltener Hausbesuche durch als Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Allgemeine Innere Medizin und praktische Ärztinnen und Ärzte (27,5% gegenüber 87,4% und 81,1%). Schliesslich werden in der französischsprachigen Schweiz weniger Hausbesuche durchgeführt als in der deutschsprachigen Schweiz und tendenziell auch weniger als in der italienischsprachigen Schweiz (69,6% gegenüber 78,5% bzw. 81,1%).

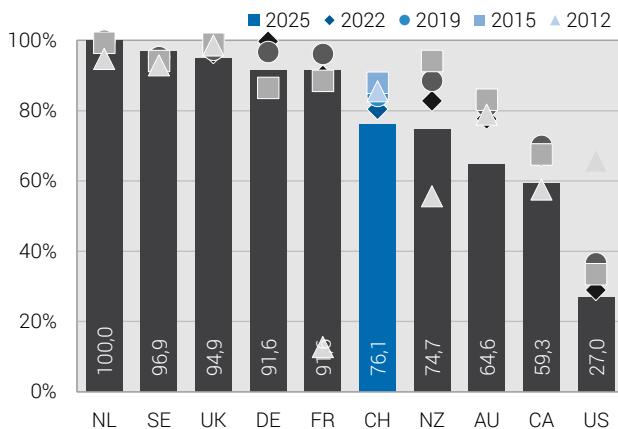
Mehr als neun von zehn Ärztinnen und Ärzten (95,4%) geben an, dass sie oder das Personal ihrer Praxis die Koordination der Versorgung mit den Sozialdiensten oder anderen Pflegediensten (Spitex) unterstützen (G 2.19). Dieser Anteil ist höher als im Jahr 2012, schwankt aber seit 2015 auf hohem Niveau (2012: 85,7%, 2015: 96,3%, 2019: 92,9%, 2022: 91,8%). Seit der letzten Befragung im Jahr 2022 ist der Anteil signifikant angestiegen.

Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz einen mittleren Rang. Dieser Anteil ist nur in Grossbritannien (98,0%) und den Niederlanden (99,1%) signifikant höher. In der Schweiz zeigt sich, dass die Koordination der Versorgung mit den Sozialdiensten oder anderen Pflegediensten (Spitex) häufiger von Gruppenpraxen als von Einzelpraxen unterstützt wird (96,7% versus 92,7%; Tabelle C 2.11).

Was die Koordination mit weiteren Gesundheitsdienstleistern oder Spezialistinnen und Spezialisten ausserhalb der Praxis betrifft, so berichten 97,9% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, dass sie oder das Personal ihrer Praxis diese Aufgabe übernehmen. Dieser Anteil ist nur in Schweden (98,8%) und Australien (99,4%) höher. In der Schweiz wird diese Koordination in der französischsprachigen Schweiz häufiger unterstützt als in der italienischsprachigen Schweiz (98,8% gegenüber 93,4%, Tabelle C.2.12).

G 2.19 Unterstützungsangebote der Praxis (Anteil: ja, oft und ja, gelegentlich), internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025

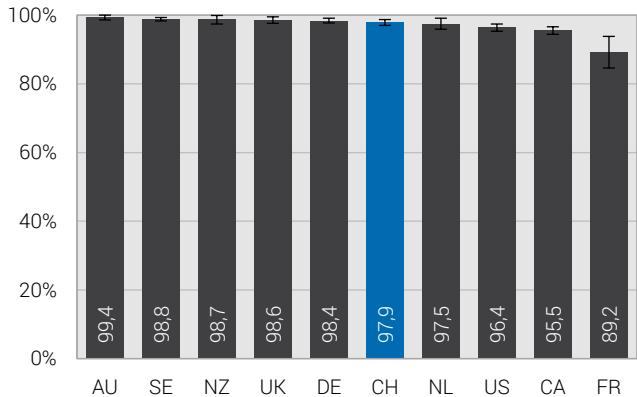
Hausbesuche



Koordination der Versorgung mit den Sozialdiensten oder anderen Pflegediensten (Spitex)



Koordination der Versorgung mit weiteren Gesundheitsdienstleistern oder Spezialisten ausserhalb der Praxis



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Im internationalen Vergleich findet das Erstellen von Behandlungsplänen, die Kontaktaufnahme zwischen Arztterminen sowie das geräteunterstützte Monitoring auf Distanz in der Schweiz weniger häufig statt

Ärztinnen und Ärzte wurden gefragt, wie häufig sie oder das Praxispersonal die nachfolgenden Behandlungsarten für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen durchführen: 1) Mit Patienten Behandlungspläne oder Selbstmanagement-Ziele zusammenstellen, die sie im Alltag umsetzen können, 2) Kontaktieren von Patientinnen und Patienten zwischen den Arztterminen, um ihren Zustand zu überwachen und 3) Verwendung von Monitoring auf Distanz oder mit dem Internet verbundenen medizinischen Geräten, um Patientinnen und Patienten dort zu überwachen, wo dies medizinisch angebracht ist.

Über die Hälfte (55,7%, G 2.20) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz stellt gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) Behandlungspläne zusammen. Im internationalen Vergleich entspricht dies dem zweitletzten Rang vor Schweden (39,4%). Während der Anteil in der Schweiz signifikant höher ist als in Schweden, sind die Anteile in den weiteren Ländern höher als in der Schweiz (zwischen 69,6% in Neuseeland und 81,7% in Grossbritannien).

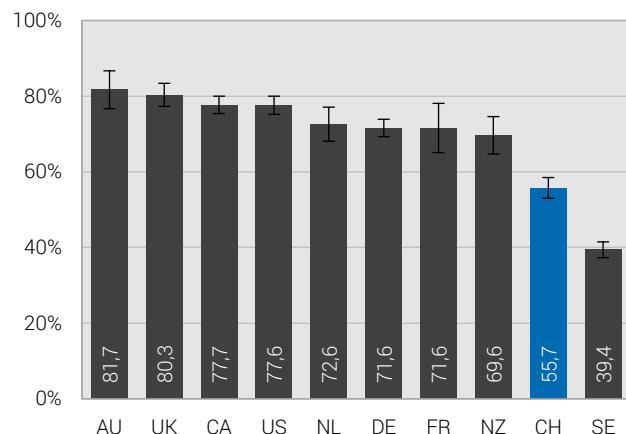
Des Weiteren kontaktieren zwei von zehn (21,3%) Ärztinnen bzw. Ärzten in der Schweiz ihre Patientinnen und Patienten zwischen den Arztterminen häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle), um deren Zustand zu überwachen. Dieser Anteil hat sich seit 2019 kaum verändert (2019: 19,5%, 2022: 21,9%). Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz den zweitniedrigsten Rang vor Frankreich (19,5%), aber hinter Deutschland (27,8%). Während sich die Anteile dieser drei Länder nicht signifikant unterscheiden, sind die Anteile der weiteren Länder signifikant größer (von 32,4% in Australien bis 40,5% in Grossbritannien).

Was das Distanzmonitoring (u. a. mittels wearables¹⁰) anbelangt, so hat der Anteil «häufig bis meistens» zwischen 2019 und 2022 signifikant zugenommen, anschliessend aber stagniert (2019: 2,3%, 2022: 7,8%, 2025: 8,5%). Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz den zweitniedrigsten Rang vor Deutschland (8,0%). In Ländern, in denen dieser Anteil signifikant höher ist, liegt er zwischen 15,5% in Neuseeland und 39,5% in Grossbritannien.

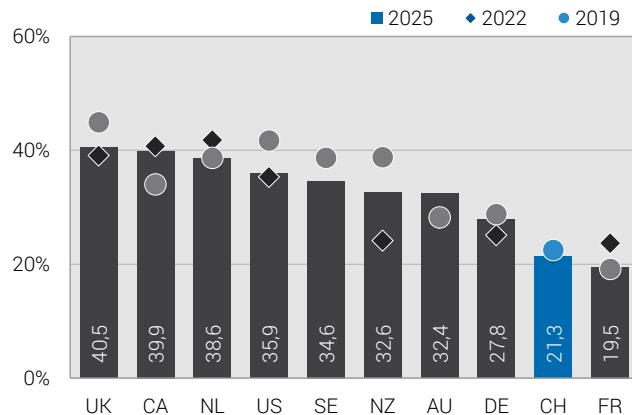
¹⁰ Tragbare Datenverbindung (z. B. mobile Herzfrequenzmessung)

G 2.20 Weitere Angebote der Praxis (Anteil: häufig oder meistens, d.h. in 50% bis 100% der Fälle), internationaler Vergleich, 2025

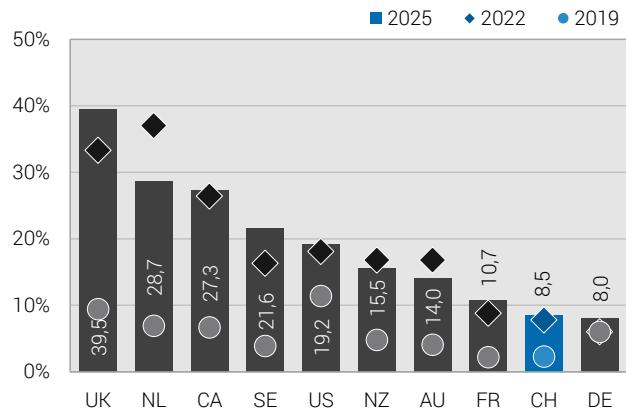
Mit Patienten Behandlungspläne oder Selbstmanagement-Ziele zusammenstellen



Kontaktieren von Patientinnen und Patienten zwischen den Arztterminen



Verwendung von Monitoring auf Distanz oder mit dem Internet verbundenen medizinischen Geräten



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

In der Schweiz werden patientenbezogene Daten (z. B. klinische Ergebnisse) seltener geprüft als in den meisten Teilnehmerländern

Die gesamtheitliche Überwachung klinischer Ergebnisse, aber auch Rückmeldungen durch Patientinnen und Patienten bieten den Ärztinnen und Ärzten wertvolle Informationen über die Qualität der eigenen Arbeit. Folglich wurden die Ärztinnen und Ärzte gefragt, wie häufig – falls überhaupt – Daten ihrer Patientinnen und Patienten in Bezug auf verschiedene Aspekte in ihrer Praxis geprüft werden.

Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz bezüglich aller befragten Indikatoren einen der vier letzten Ränge (G 2.21). Etwa mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (53,0%) in der Schweiz gibt an, das eigene Vorgehen beim Verschreiben von Medikamenten (z. B. Verwendung von Generika, Antibiotika oder Opiaten) mindestens jährlich oder vierteljährlich zu prüfen. Dieser Anteil ist der vierthöchste im internationalen Vergleich und nur in Kanada (38,0%) geringer. Er ist insbesondere in den Niederlanden (77,0%), Schweden (85,4%) und Grossbritannien (89,8%) höher.

Ebenfalls rund die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (50,7%) in der Schweiz gibt an, mindestens jährlich oder vierteljährlich die klinischen Ergebnisse ihrer Patientinnen und Patienten zu prüfen. Verglichen mit den weiteren befragten Ländern ist dies der zweit-tiefste Anteil ohne signifikanten Unterschied zu Kanada (48,6%), während die Anteile aller anderen Länder höher sind und zwischen 57,3% in Deutschland und 94,2% in den Niederlanden liegen.

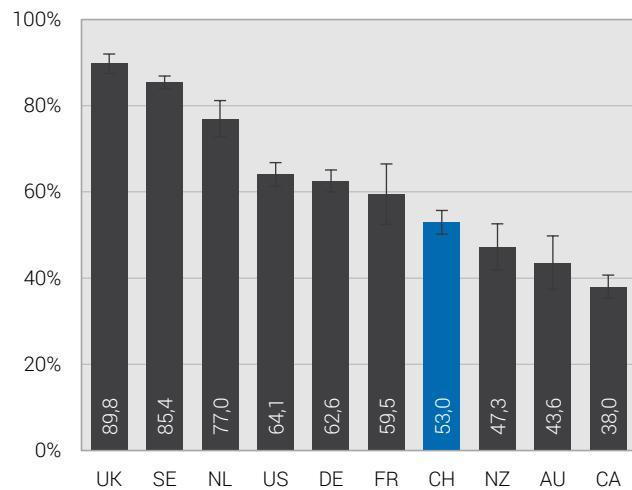
Mehr als drei von zehn Ärztinnen und Ärzten (31,8%) prüfen mindestens jährlich oder vierteljährlich die Einweisungen von Patienten in Spitäler und Notaufnahmen. Im internationalen Vergleich ist dies der dritt-niedrigste Anteil. Nur Deutschland (19,2%) hat einen niedrigeren Anteil und nur Grossbritannien (60,7%) und die USA (69,2%) haben einen signifikant höheren Anteil.

Befragungen zur Zufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung und Pflege werden von rund zwei von zehn Ärztinnen und Ärzten mindestens jährlich oder vierteljährlich durchgeführt (22,9%). Dies entspricht dem dritt-niedrigsten Rang der befragten Länder. In fünf Ländern ist dieser Anteil signifikant höher (von Australien mit 53,3% bis Grossbritannien mit 85,6%).

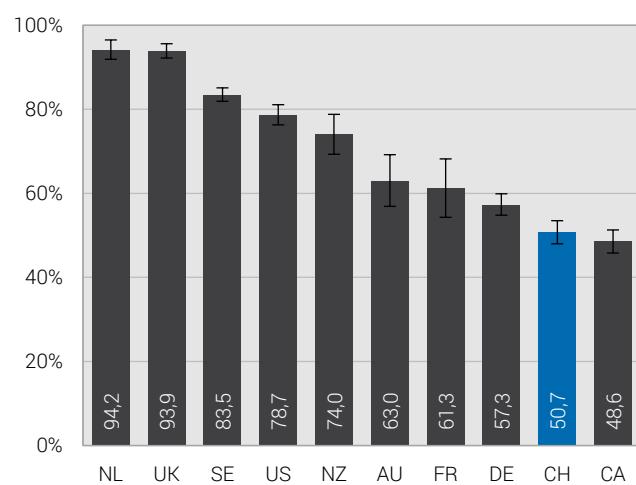
Den letzten Rang im internationalen Vergleich belegt die Schweiz bei der Prüfung patientenberichteter Indikatoren zu deren Gesundheitszustand (sogenannte PROMs; 11,3%). Während die PROMs in Kanada (14,0%) sowie in Frankreich und Deutschland (beide 14,9%) ähnlich selten geprüft werden, sind die Anteile in den weiteren befragten Ländern deutlich höher (von den Niederlanden mit 26,0% bis Grossbritannien mit 60,0%).

G 2.21 Ärztinnen und Ärzte, die vierteljährlich oder jährlich Daten bezüglich der Patientinnen und Patienten prüfen, internationaler Vergleich, 2025

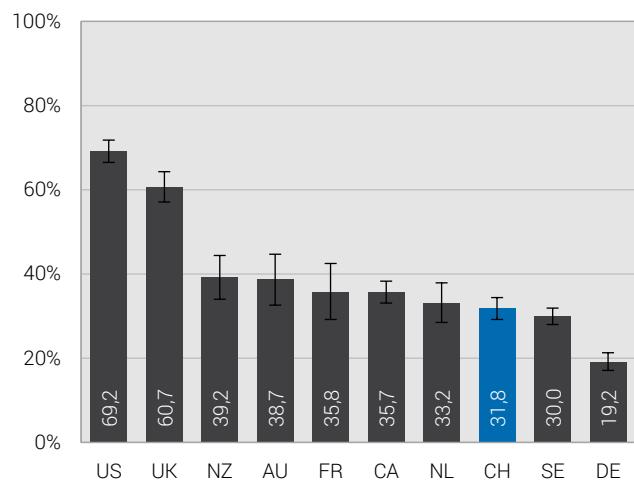
Vorgehen beim Verschreiben von Medikamenten



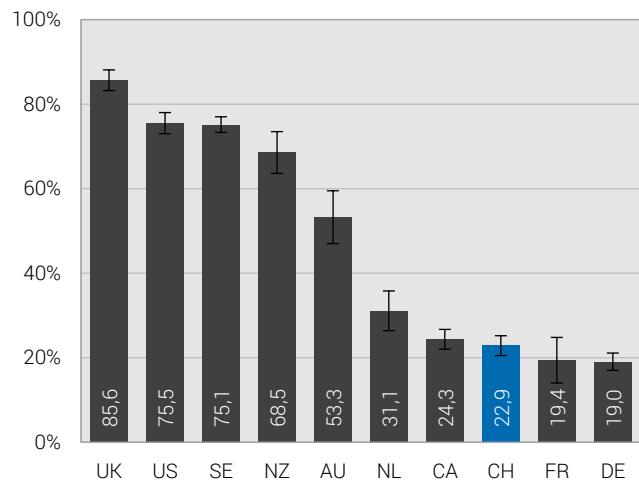
Klinische Ergebnisse (z. B. Prozentanteil Diabetikerinnen und Diabetiker oder Asthmatikerinnen und Asthmatischer, bei denen die Krankheit unter Kontrolle ist)



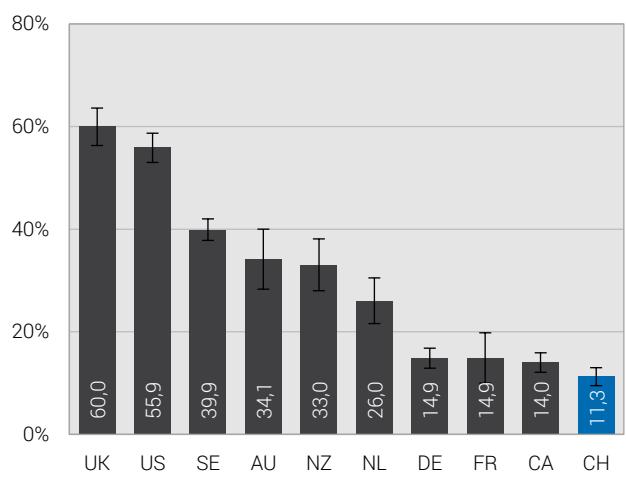
Einweisungen von Patientinnen und Patienten in Spitäler und Notaufnahmen



Befragungen zur Zufriedenheit und zu den Erfahrungen ihrer Patientinnen und Patienten mit der Behandlung und Pflege



Patientenberichtete Indikatoren (PROMs, Patient Reported Outcome Measures)



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

2.5 Weitere Charakteristiken

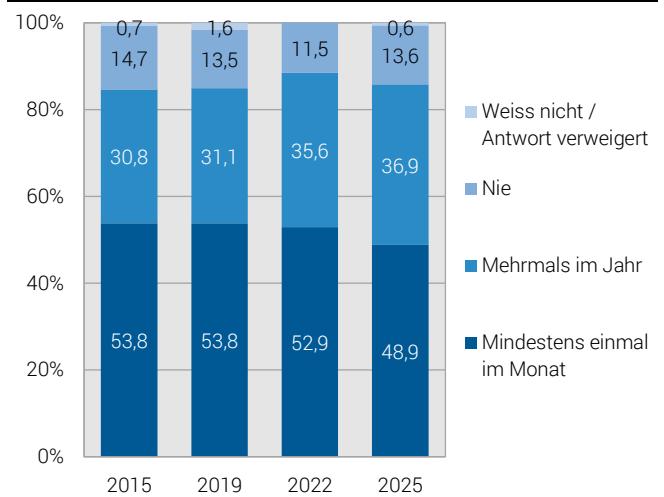
Die IHP-Befragung umfasst weitere schweizspezifische Fragen, um die Praxislandschaft und die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung zu beschreiben. Zwei hier berichtete Charakteristika sind die Teilnahme an Qualitätszirkeln und das Angebot von Praxisassistenzstellen.

Etwa die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte nimmt mindestens einmal pro Monat an einem Qualitätszirkel teil – insbesondere, wenn sie in Gruppenpraxen tätig sind

Knapp die Hälfte (48,9%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz berichtet, dass sie mindestens einmal pro Monat an einem Qualitätszirkel oder einer Gruppe zur Qualitätsverbesserung teilnimmt (G 2.22). Über ein Drittel (36,9%) gibt an, mehrmals pro Jahr teilzunehmen, während rund ein Zehntel (13,6%) gar nie an einem solchen Anlass teilnimmt. Diese drei Anteile haben sich seit 2015 praktisch nicht verändert. Während seit 2019 der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Monat an einem Qualitätszirkel teilnehmen, unverändert ist, ist in diesem Zeitraum der Anteil derjenigen, die mehrmals im Jahr teilnehmen, signifikant angestiegen.

In der Schweiz nehmen Ärztinnen und Ärzte in der Stadt häufiger mindestens einmal im Monat teil als jene in Vororten (51,3% gegenüber 41,6%), allerdings besteht kein Unterschied zu den Ärztinnen und Ärzten auf dem Land (44,3%). In der italienischsprachigen Schweiz sind monatliche Teilnahmen an Qualitätszirkeln häufiger als in der französisch- und deutschsprachigen Schweiz (63,0% gegenüber 46,8% bzw. 48,7%). Auch sind diese Teilnahmen in Gruppenpraxen häufiger als in Einzelpraxen (53,6% gegenüber 38,3%). Im Vergleich der Facharzttitel fällt auf, dass Pädiaterinnen und Pädiater deutlich seltener Qualitätszirkel in dieser Frequenz besuchen als praktische Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte der allgemeinen Inneren Medizin (25,9% gegenüber 44,8% bzw. 55,6%).

G 2.22 Häufigkeit einer Teilnahme an Qualitätszirkel / Gruppe zur Qualitätsverbesserung, Schweiz, 2015, 2019, 2022, 2025



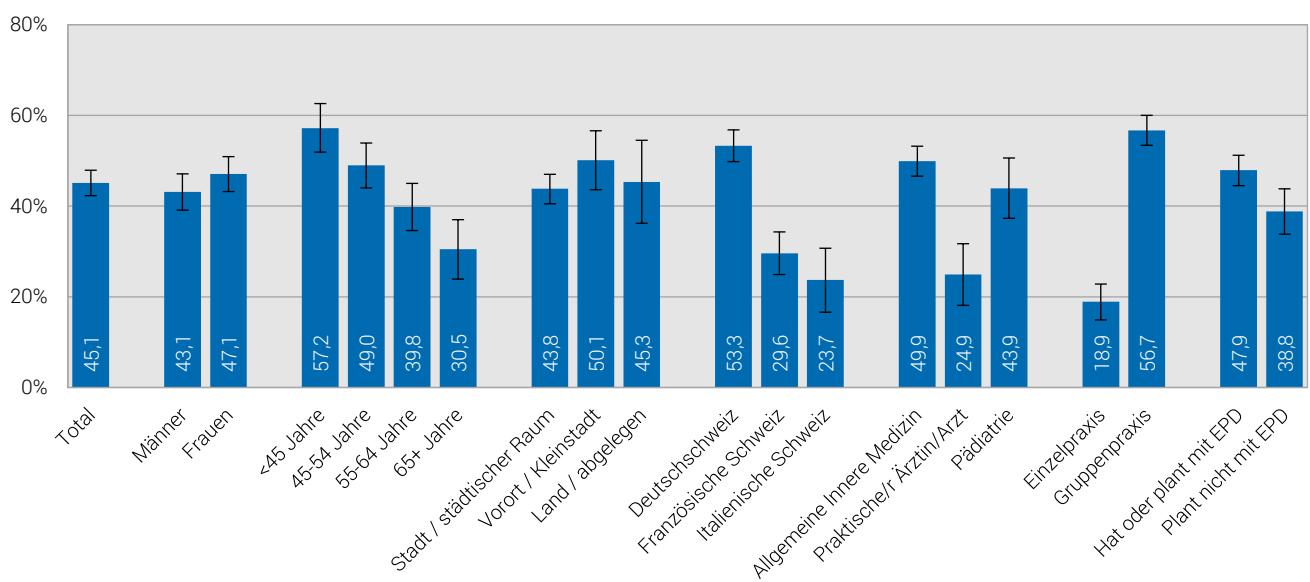
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Befragte aus Gruppenpraxen bieten fast dreimal so häufig Praxisassistenzstellen an wie Befragte aus Einzelpraxen

Von den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung in der Schweiz bieten 45,1% in ihrer Praxis Praxisassistenzstellen an (G 2.23). Dabei zeigen sich Unterschiede in den Merkmalen Alter, Sprachregion, Praxisform und EPD-Anschluss. Je jünger die Ärztinnen und Ärzte, desto eher werden in ihrer Praxis Praxisassistenzstellen angeboten (unter 45 Jahre: 57,2%, über 65 Jahre: 30,5%). Solche Plätze werden eher in der deutschsprachigen Schweiz als in der französisch- oder italienischsprachigen Schweiz angeboten (53,3% gegenüber 26,9% bzw. 23,7%). Zudem zeigt sich, dass Gruppenpraxen fast dreimal häufiger Praxisassistenzstellen anbieten als Einzelpraxen (56,7% gegenüber 18,9%). Wenn die Praxis einen EPD-Anschluss hat oder plant, werden diese auch häufiger angeboten, als wenn ein Anschluss nicht geplant ist (47,9% gegenüber 38,8%).

G 2.23 Ärztinnen und Ärzte, deren Praxis Praxisassistenzstellen anbieten, Schweiz, 2025 (korrigierte Basisrate)

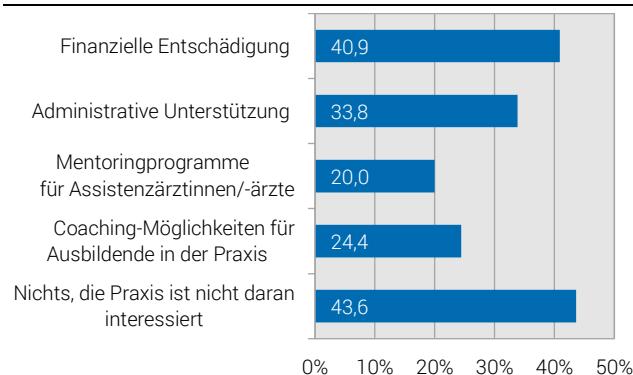


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Ärztinnen und Ärzte, deren Praxen keine Praxisassistenzstellen anbieten, wurden gefragt, was sie dazu motivieren, würde solche Stellen anzubieten. Für vier von zehn (40,9%) Ärztinnen und Ärzten stellen finanzielle Entschädigungen für die geleistete Ausbildung einen Anreiz dar. Eine administrative Unterstützung (z. B. Erstellung von Arbeitsverträgen, Anmeldung bei Versicherungsgesellschaften usw.) empfindet rund ein Drittel (33,8%) der Ärztinnen und Ärzte als motivierend (G 2.24). Ein Fünftel (20,0%) sieht einen Anreiz in Mentoringprogrammen für Assistenzärztinnen und -ärzte. Ebenfalls zu berichten ist, dass mehr als vier von zehn Ärztinnen und Ärzten (43,6%) angibt, nicht daran interessiert zu sein, Praxisassistenzstellen anzubieten.

G 2.24 Motive in der Praxis zukünftig Praxisassistenzstellen anzubieten, Schweiz, 2025



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

3 Koordination und digitale Transformation

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse zur wahrgenommenen Koordination mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitssystem präsentiert. Dazu gehört der Informationsaustausch mit Notaufnahmen, Spitätern, Fachärztinnen und Fachärzten sowie mit Leistungserbringern von Heimpflegeleistungen. Darüber hinaus skizziert das Kapitel die Wahrnehmung und Verwendung von eHealth-Instrumenten sowie deren Einbindung in KI-Tools in die Praxistätigkeiten. Teil dieses Kapitels ist auch eine Abfrage des Anschlusses der Praxis ans EDP. An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass die Befragung in der Schweiz Anfang September 2025 abgeschlossen wurde, während die vom Bundesrat beschlossene Neuausrichtung des EPD in ein Elektronisches Gesundheitsdossier (E-GD) erst Anfang November 2025 veröffentlicht wurde (BAG, 2025).

3.1 Koordination mit anderen Leistungserbringern

Die Koordination mit den Spezialistinnen und Spezialisten funktioniert meist gut

Ein grosser Anteil (89,8%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung gibt an, bei einer Überweisung an eine Spezialistin oder einen Spezialisten das Patientendossier sowie die Begründung für die Konsultation häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) mitzuschicken (G 3.1). Dieser Anteil ist seit 2019 nahezu unverändert (2019: 87,0%, 2022: 87,5%). Im internationalen Vergleich entspricht dies allerdings dem drittletzten Rang vor den USA (87,7%) und Deutschland (72,2%). Die Anteile der anderen befragten Länder sind signifikant höher (von Kanada: 94,8% bis Neuseeland: 99,3%).

Betrachtet man den Informationsfluss in die umgekehrte Richtung, so erhält auch hier ein grosser Anteil (87,9%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) die nötigen Informationen über Änderungen bei Medikamenten oder Behandlungen vom Spezialisten. Auch hier ist die Variation dieses Anteils seit 2019 nicht signifikant (2019: 89,7%, 2022: 87,6%). Im internationalen Vergleich entspricht der Schweizer Anteil dem zweithöchsten Rang hinter Neuseeland (92,0%), von dem er sich nicht signifikant unterscheidet.

Nach einer Behandlung durch eine Spezialistin oder einen Spezialisten erhalten 68,3% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) innerhalb einer Arbeitswoche einen Bericht. Im Jahr 2019 und 2022 war dieser Anteil tendenziell höher (2019: 72,9%, 2022: 71,7%). Im internationalen Vergleich entspricht dieser Anteil einem ersten Rang vor den Niederlanden (62,2%) und Frankreich (59,6%), wobei sich diese Anteile nicht vom Schweizer Anteil unterscheiden, jene der weiteren Länder jedoch signifikant tiefer sind.

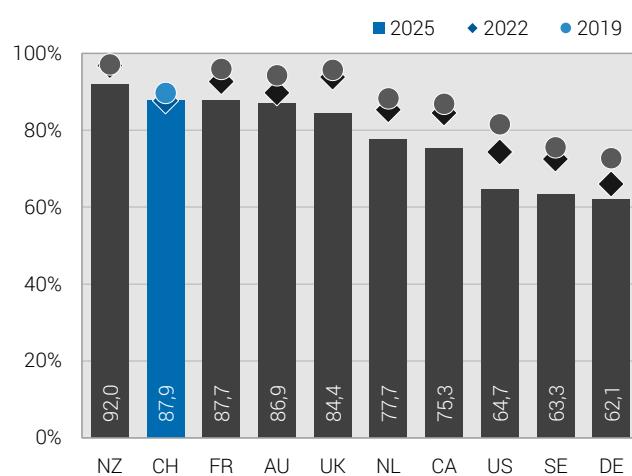
Die Nachsorge nach der Überweisung durch die Spezialistin oder den Spezialisten wird bei mehr als acht von zehn Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz (81,0%) häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) rechtzeitig organisiert. Auch dies entspricht einem ersten Rang im internationalen Vergleich vor den Niederlanden (77,7%). Die Anteile aller weiteren Länder sind niedriger als jener der Schweiz.

G 3.1 Koordination mit Spezialistinnen und Spezialisten (Anteil: häufig oder meistens, d.h. in 50% bis 100% der Fälle), internationaler Vergleich, 2019, 2022 und 2025

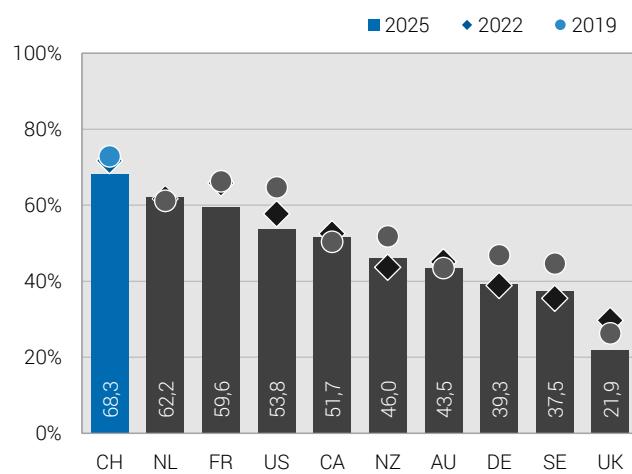
Schickt das Patientendossier und die Begründung für die Konsultation an die Spezialistin oder den Spezialisten



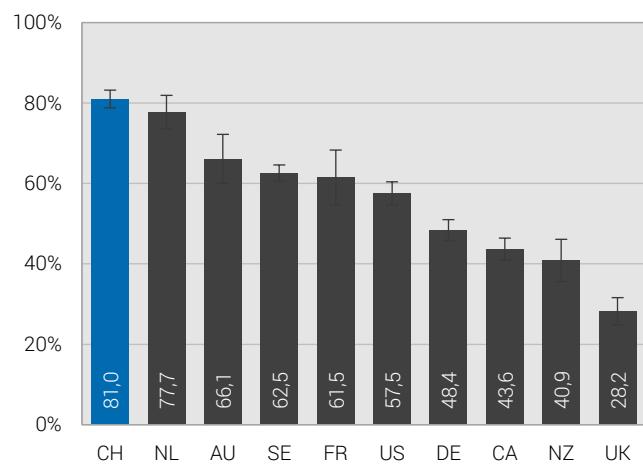
Erhält die Informationen über Änderungen, die bei den Medikamenten oder bei der Behandlung der Patientin oder des Patienten gemacht wurden



Erhält innerhalb einer Arbeitswoche einen Bericht mit den Resultaten der Spezialistin oder des Spezialisten



Nachsorge nach der Überweisung durch die Spezialistin oder den Spezialisten wird rechtzeitig organisiert



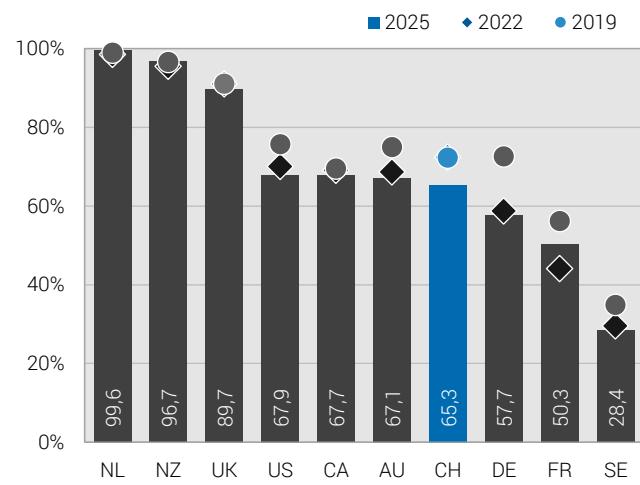
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Seit 2022 haben die Rückmeldungen der Notaufnahme oder des Spitals an die Hausarztpraxis abgenommen

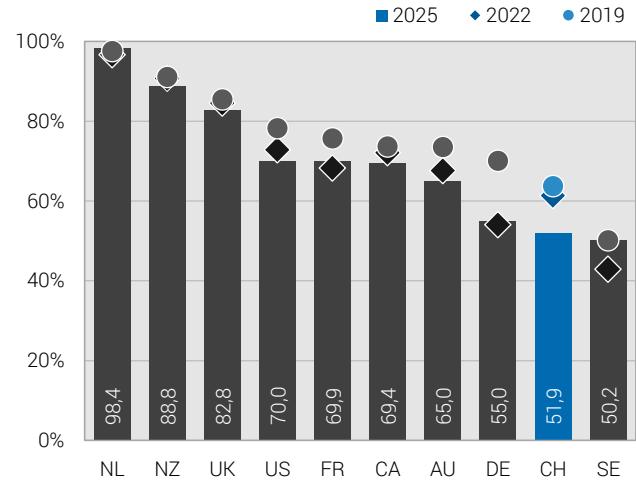
In der Schweiz erhalten 65,3% der Ärztinnen und Ärzte häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) eine Benachrichtigung, wenn ihre Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme waren. Dieser Anteil ist seit 2022 um 7,1 Prozentpunkte gesunken und belegt im internationalen Vergleich einen Rang im unteren Mittelfeld (G 3.2). Die Schweiz ist das einzige Land, in dem ein signifikanter Rückgang in diesem Zeitraum zu beobachten ist. In mehreren Ländern fand der Rückgang bereits zwischen 2019 und 2022 statt.

G 3.2 Koordination mit Notaufnahmen und Spitäler (Anteil: häufig oder meistens, d.h. in 50% bis 100% der Fälle), internationaler Vergleich, 2019, 2022 und 2025

Benachrichtigungen über Besuch in der Notaufnahme



Benachrichtigungen über Spitalaufenthalt



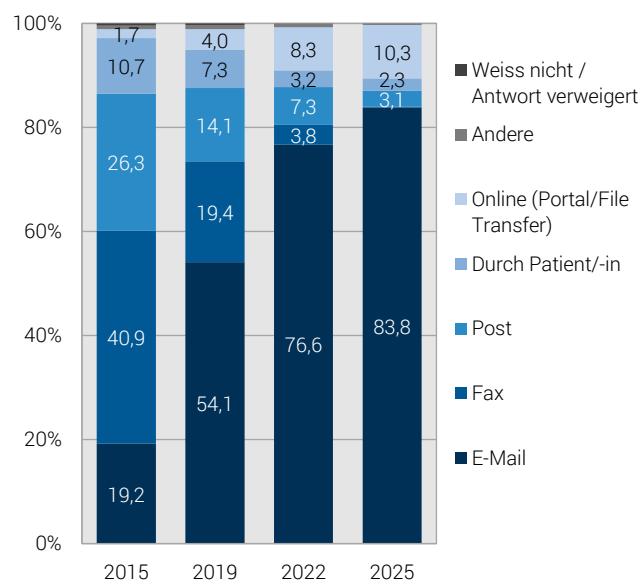
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Bei einem Spitalaufenthalt werden in der Schweiz etwas mehr als die Hälfte (51,9%) der Ärztinnen und Ärzte häufig oder meistens informiert. Dies entspricht dem zweitkleinsten Anteil hinter Deutschland (55,0%) und vor Schweden (50,2%), wobei sich die Anteile der Schweiz und Deutschlands nicht unterscheiden. Wie schon bei den Benachrichtigungen über einen Aufenthalt in der Notaufnahme ist der Anteil in der Schweiz seit 2022 signifikant gesunken (2022: 61,3%) – um 9,4 Prozentpunkte und damit stärker als in allen anderen Ländern in diesem Zeitraum.

Nach einem Spitalaufenthalt erfolgt die Übermittlung wichtiger Informationen nun fast ausschliesslich digital (per E-Mail und über Online-Portale/File Transfers)

Die Art der Übermittlung der erforderlichen Informationen bezüglich des Aufenthalts von Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme oder im Spital hat sich seit 2015 stark gewandelt. Während eine verschlüsselte E-Mail 2015 in zwei von zehn Fällen (19,2%) verwendet wurde, kommt sie 2025 in mehr als acht von zehn Fällen (83,8%) zum Einsatz (G 3.3). Ein weiteres digitales Medium, das sich stark entwickelt hat, ist die Online-Übermittlung via Portale oder File Transfers. Diese stieg von 1,7% im Jahr 2015 auf 10,3% im Jahr 2025. Das Fax, das 2015 in vier von zehn Fällen (40,9%) zum Einsatz kam, ist 2025 hingegen nahezu verschwunden (0,2%). Auch der Postweg hat einen ähnlich starken Rückgang erlebt: von 26,3% im Jahr 2015 auf 3,1% im Jahr 2025.

G 3.3 Art des Informationsaustauschs mit den Spitäler, Schweiz, 2015, 2019, 2022 und 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Der Austausch zwischen Grundversorgern und Heimpflegediensten befindet sich seit 2019 auf einem unverändert guten Niveau

In der Schweiz kommunizieren 66,7% der Ärztinnen und Ärzte häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) mit den Heimpflegediensten (z.B. Spitex) bezüglich der Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten sowie der zu erbringenden Leistungen. Dieser Anteil ist seit 2019 nahezu unverändert (2019: 67,9%, 2022: 66,1%, G 3.4).¹¹ Im internationalen Vergleich entspricht dieser Anteil einem Rang im vorderen Mittelfeld der befragten Länder. Lediglich Frankreich (77,1%) und Schweden (80,5%) weisen einen höheren Anteil auf.

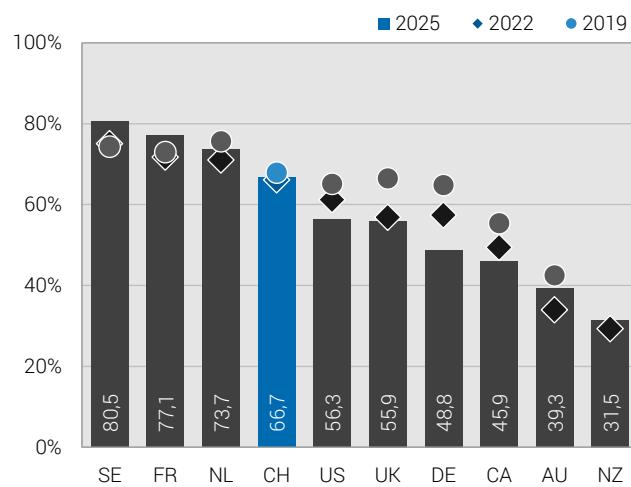
Was die umgekehrte Kommunikation betrifft, geben über acht von zehn Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz (81,4%) an, dass sie häufig bis meistens durch die Heimpflegedienste über wichtige Änderungen des Zustands ihrer Patientinnen und Patienten informiert werden. Dieser Anteil hat sich seit 2019 nicht signifikant verändert (2019: 82,5%, 2022: 78,9%) und entspricht im Jahr 2025 dem dritten Rang hinter Schweden (82,1%) und Frankreich (83,8%), wobei sich die Anteile nicht signifikant unterscheiden.

Rund drei Viertel (75,6%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz berichten, dass sie häufig bis meistens rechtzeitig Informationen über die Behandlung und den Pflegeplan dieser Leistungserbringer erhalten. Damit liegen sie international auf dem ersten Rang zusammen mit Frankreich, das einen identischen Anteil aufweist.

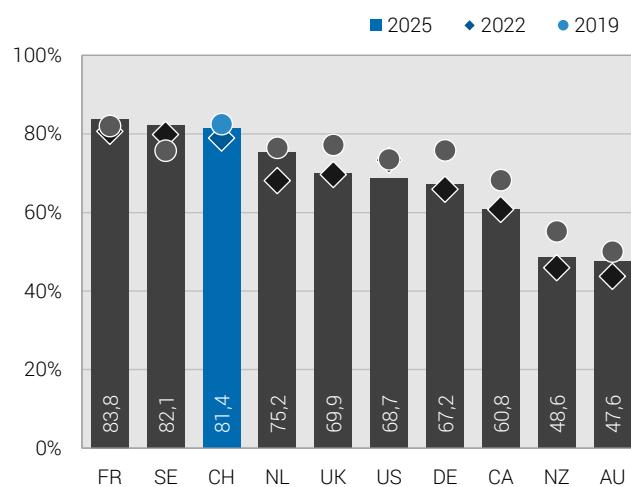
¹¹ Korrigierte Basisrate: Ausgeschlossen wurde der Anteil der Antworten «nicht zutreffend», da davon auszugehen ist, dass diese Ärztinnen und Ärzte keine Personen behandeln, welche zu Hause versorgt werden.

G 3.4 Informationsaustausch mit den Leistungserbringern von Heimpflegeleistungen (Anteil: häufig oder meistens, d. h. in 50% bis 100% der Fälle), internationaler Vergleich, 2019, 2022 und 2025 (korrigierte Basisrate)

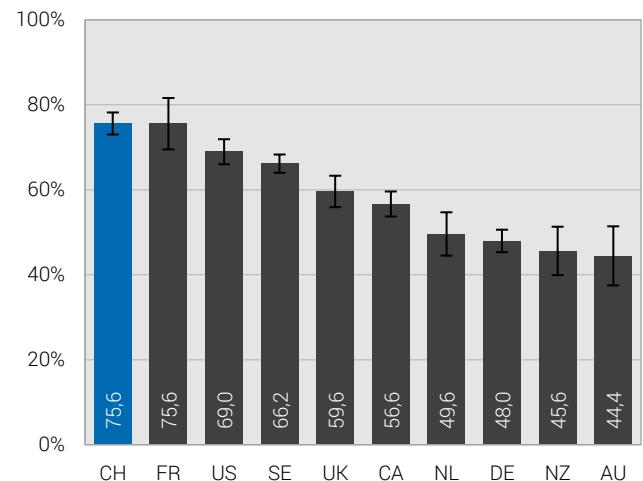
Kommunikation mit den Erbringern der Heimpflegeleistungen betreffend der Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten und der Leistungen



Information über eine wichtige Änderung des Zustands ihrer Patientinnen und Patienten durch die Erbringer der Heimpflegeleistungen



Rechtzeitige Informationen über die Behandlung und den Pflegeplan durch die Erbringer der Heimpflegeleistungen



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

In der Schweiz arbeiten Hausarztpraxen bei der Betreuung chronisch kranker Personen 2025 wieder seltener mit Case Managern zusammen

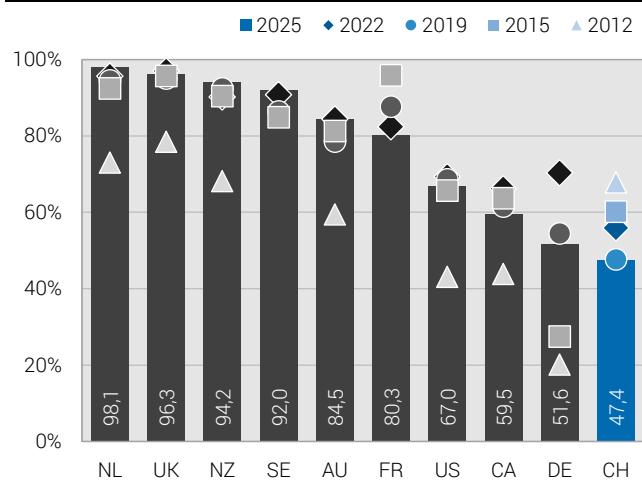
Im Jahr 2025 arbeiten in der Schweiz 47,4% der Ärztinnen und Ärzte mit praxisinternen oder praxisexternen Case Managern oder Pflegefachpersonal zusammen, die die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen überwachen und koordinieren (G 3.5). Dabei kommt es seit 2012 zu starken Schwankungen dieses Anteils: Nach einem Tiefstwert im Jahr 2019¹², sah es 2022 nach einem Wiederanstieg der Zusammenarbeit mit Case Managern aus. 2025 liegt der Anteil derer, die mit Case Managern zusammenarbeiten, jedoch wieder auf dem Niveau des Tiefstwerts von 2019 (2019: 47,7%, 2022: 55,9%).

Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz wie bereits 2022 auf dem letzten Rang. Nur Deutschland auf dem vorletzten Rang hat mit 51,6% einen ähnlich niedrigen Anteil. Alle weiteren Länder haben signifikant höhere Anteile (von Kanada mit 59,5% bis Niederlande mit 98,1%).

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten wurden die Ärztinnen und Ärzte zu den Herausforderungen der Koordination befragt. Bei dieser Frage konnte die Antwortoption «Keine Koordination mit den Sozialdiensten» gewählt werden, weshalb für diese Daten die Basisrate korrigiert wurde (d. h., es werden nur die Antworten der Ärztinnen und Ärzte abgebildet, die auch eine Koordination durchführen). Mehr als ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sieht die mangelnden Informationen zu Organisationen der zuständigen Sozialdienste als bedeutende Herausforderung (36,1%, G 3.6). Für knapp ein Drittel stellt unzureichendes Praxispersonal eine solche Herausforderung dar (32,7%).

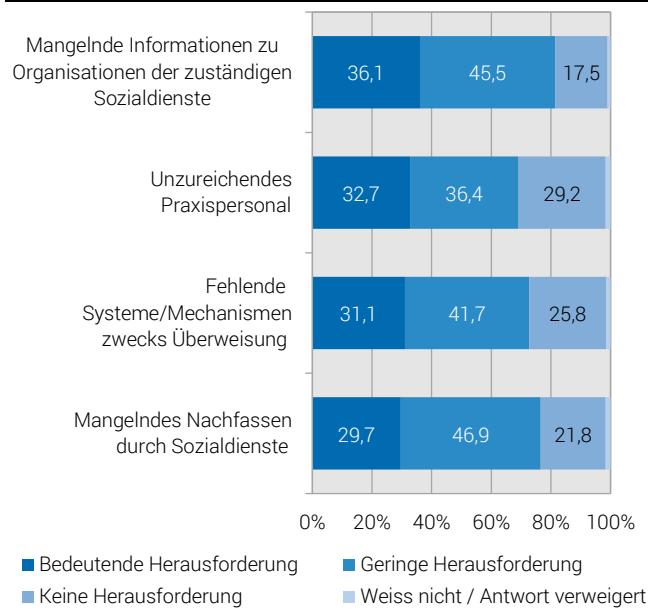
¹² Diese Zunahme könnte damit zusammenhängen, dass in den Erhebungen 2012 bis 2019 jeweils nach dem Beruf der «Krankenschwester» gefragt wurde, welches eine nicht (mehr) existierende Berufsbezeichnung ist.

G 3.5 Ärztinnen und Ärzte, die bei chronisch kranken Personen mit Pflegefachpersonal oder Case Managern zusammenarbeiten, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

G 3.6 Herausforderungen in der Koordination mit den Sozialdiensten, Schweiz, 2025 (korrigierte Basisrate)



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Ein ähnlicher Anteil sieht fehlende Systeme beziehungsweise Mechanismen bezüglich der Überweisung als bedeutendes Problem (31,1%). Etwa drei von zehn Ärztinnen und Ärzten bewerten das mangelnde Nachfassen durch die Sozialdienste als bedeutende Herausforderung (29,7%).

3.2 eHealth-Instrumente und KI-Tools

Unter eHealth versteht man den integrierten Einsatz von verschiedenen Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Akteure (Spitäler, Medizinerinnen und Mediziner, Versicherungen, Patientinnen und Patienten etc.) und Prozesse im Gesundheitswesen (eHealth Suisse, 2025). Ziel ist es, die verschiedenen Akteure in ihren Aufgaben zu unterstützen, die Koordination zwischen ihnen effizienter zu gestalten und die für eine Behandlung relevanten, patientenbezogenen Gesundheitsdaten ortsunabhängig und zeitnahe zur Verfügung zu stellen.

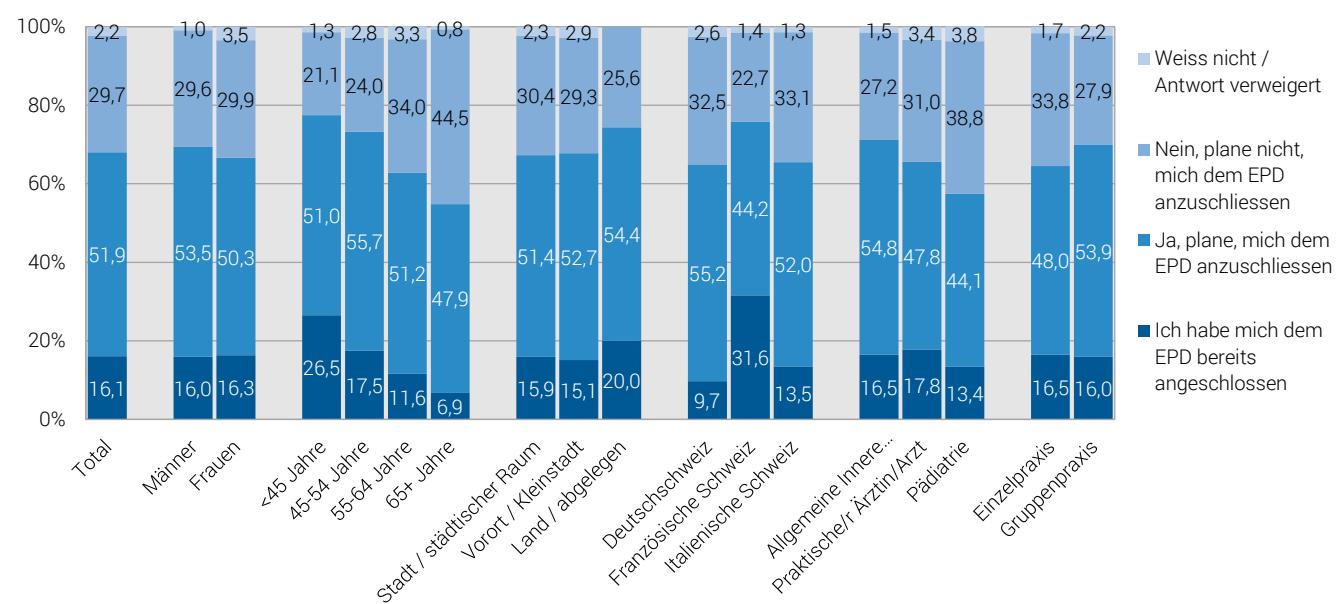
Rund 16% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung sind bereits an das EPD angeschlossen – 52% planen den EPD-Anschluss

In der IHP-Befragung 2025 wurde auch gefragt, ob man einen EPD-Anschluss plant oder nicht. Allerdings ist die Frage aufgrund modifizierter Antwortkategorien nicht mehr mit 2022 vergleichbar. 16,1% der Ärztinnen und Ärzte geben an, bereits an das EPD angeschlossen zu sein, während 29,7% berichten, keinen Anschluss zu planen (G 3.7). Etwas mehr als die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte (51,9%) plant einen EPD-Anschluss.¹³ Interessanterweise beinhaltet dieser Anteil rund 31,6%, die angeben, erst auf die umfassende EPD-Revision warten zu wollen (Tabelle C 3.1).

Bereits ans EPD angeschlossen sind eher jüngere Ärztinnen und Ärzte (unter 45 Jahren: 26,5%, über 65 Jahre: 6,9%). Den höchsten Anteil an Ärztinnen und Ärzten, die bereits ans EPD angeschlossen sind, findet man in der französischsprachigen Schweiz (31,6%, gegenüber der deutschsprachigen Schweiz: 9,7%, italienischsprachigen Schweiz: 13,5%). Darüber hinaus ist anzumerken, dass der Anteil jener Befragten, die keinen EPD-Anschluss planen in der Pädiatrie höher ist als unter als in der Allgemeinen Inneren Medizin (38,8% gegenüber 27,2%).

¹³ Der Anteil «Ja, plane mit einem EPD-Anschluss» setzt sich aus den Antwortoptionen 1 (Ja, während diesem Jahr) bis 6 (Ja, aber ich warte noch auf die umfassende EPD-Revision) zusammen.

G 3.7 Ärztinnen und Ärzte und ihr Anschluss an das schweizweite elektronische Patientendossier (EPD), Schweiz, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Die Hausarztpraxen der anderen Länder sind der Schweiz bei der eHealth-unterstützten Koordination mit externen Gesundheitsdienstleistern voraus

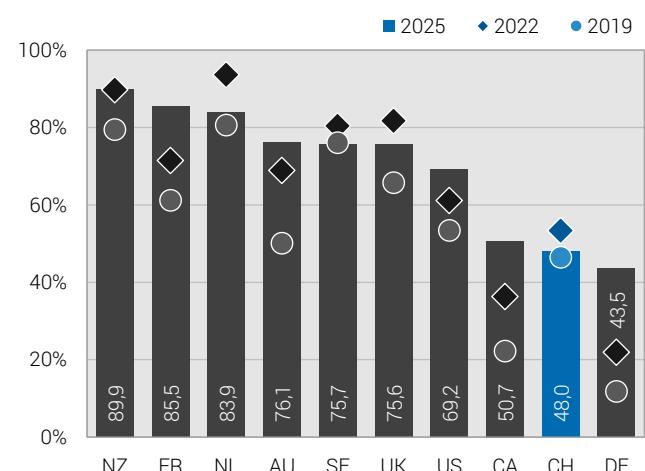
Der elektronische Austausch¹⁴ von behandlungsrelevanten Informationen kann die Koordination zwischen den Leistungserbringern entlang der Behandlungskette effizienter gestalten.¹⁵ In der Schweiz können 48,0% der Ärztinnen und Ärzte Krankheitsbilder ihrer Patientinnen und Patienten mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern elektronisch austauschen (G 3.8). Interessanterweise hat sich der Anstieg von 2019 auf 2022 danach wieder in der Tendenz zurückentwickelt (2019: 46,5%, 2022: 53,3%). Damit belegt die Schweiz im internationalen Vergleich den zweitletzten Anteil vor Deutschland (43,5%) und hinter Kanada (50,7%), zu denen sich der Schweizer Anteil allerdings nicht unterscheidet.

Etwas weniger als sechs von zehn (57,6%) Ärztinnen und Ärzte tauschen Labordaten und andere diagnostische Tests elektronisch aus, etwas weniger als fünf von zehn (47,4%) tauschen die Liste aller von Patientinnen und Patienten eingenommenen Medikamente elektronisch aus. Mit diesen Anteilen belegt die Schweiz den letzten und zweitletzten Rang im internationalen Vergleich. Zudem zeigt sich bei diesen beiden Arten des elektronischen Informationsaustausches eine ähnliche zeitliche Entwicklung wie zuvor: Ein Anstieg zwischen 2019 und 2022 hat sich bis 2025 wieder abgeschwächt. Beim Austausch von Überweisungen zur Beantragung oder Inanspruchnahme einer Behandlung durch Spezialistinnen und Spezialisten, die von der Hälfte

(50,7%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz elektronisch (exklusive E-Mail oder Fax) erfolgen, belegt die Schweiz im internationalen Vergleich einen zweitletzten Rang vor Deutschland (24,6%).

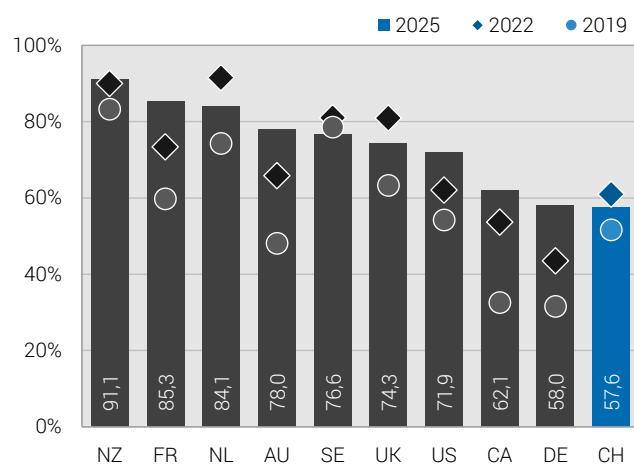
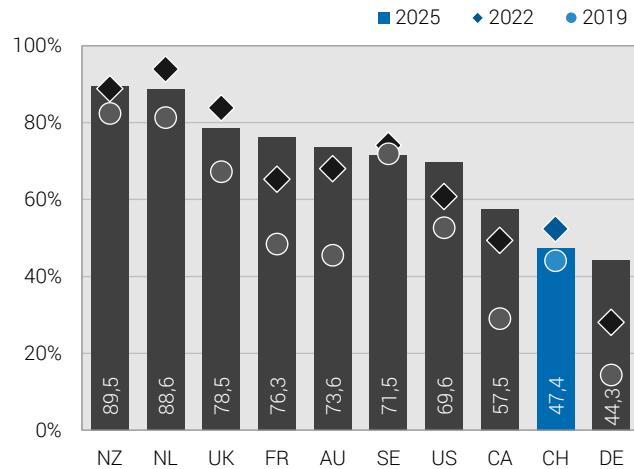
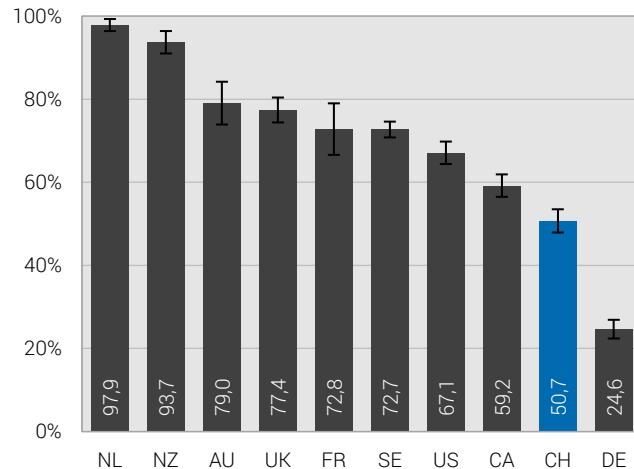
G 3.8 Ärztinnen und Ärzte, die in der Koordination mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern durch eHealth-Instrumente (ohne E-Mail und Fax) unterstützt werden, internationaler Vergleich, 2019, 2022 und 2025

Austausch von Krankheitsbildern von Patientinnen und Patienten



¹⁴ Ohne E-Mail oder Fax mitzuzählen

¹⁵ Im Unterschied zu 2019 wurde in den nachfolgenden Jahren die Fragen leicht anders gestellt, in dem neu nach dem elektronischen Austausch mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern gefragt wurde und nicht mehr explizit nach praxisexternen Ärztinnen und Ärzten.

Austausch von Labordaten und andere diagnostische Tests**Austausch der Liste aller Medikamente, die durch einzelne Patientinnen und Patienten eingenommen werden****Austausch von Informationen zu Überweisungen zur Beantragung oder Behandlung von Patientinnen und Patienten durch Spezialistinnen und Spezialisten**

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

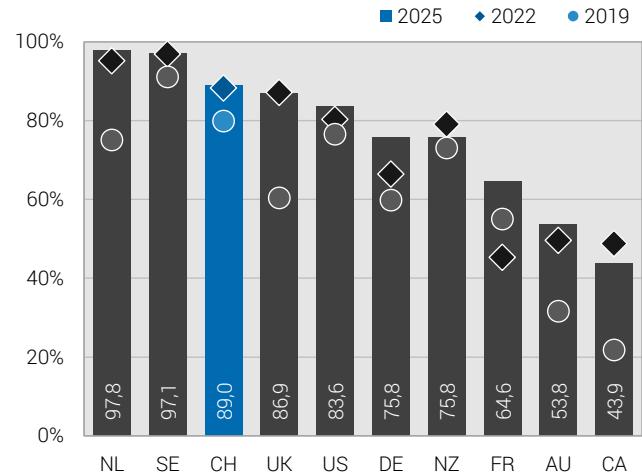
© Obsan 2026

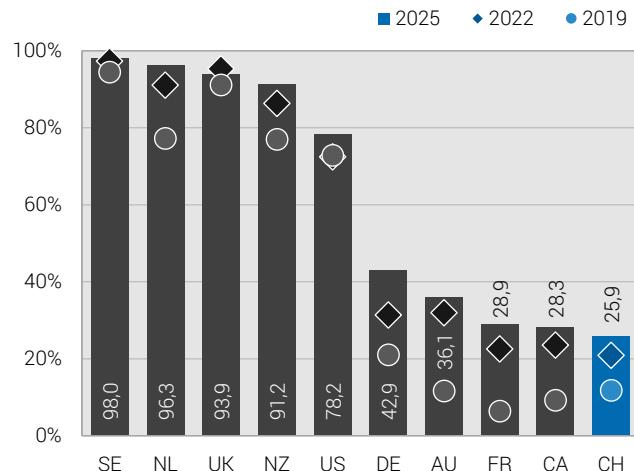
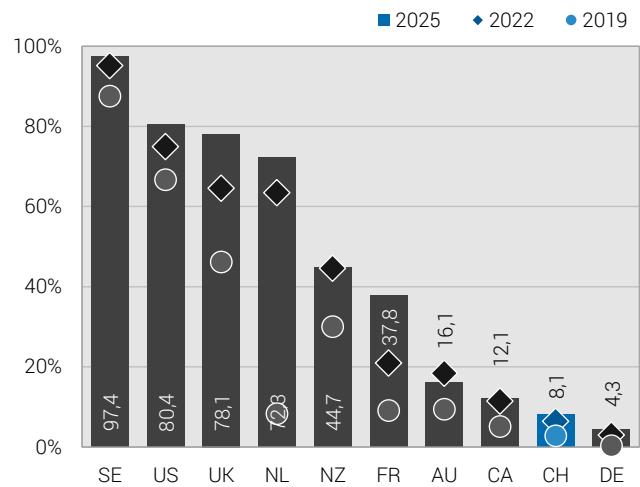
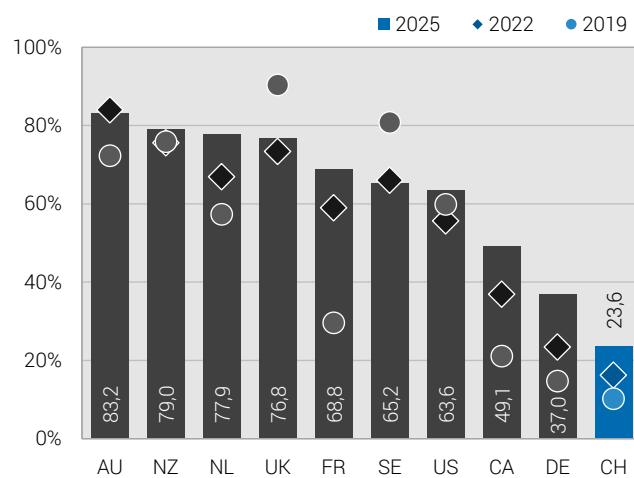
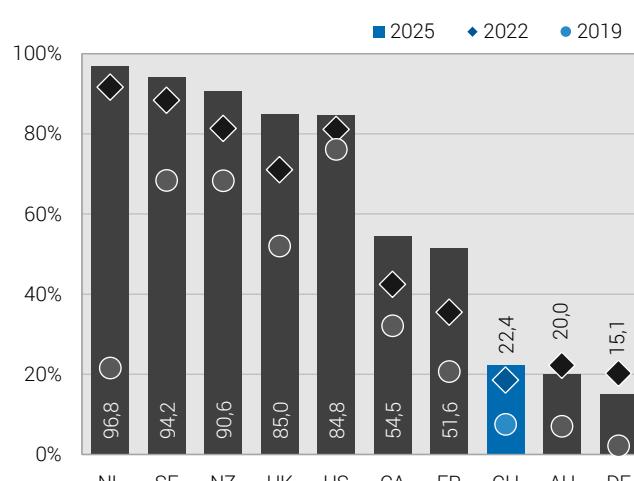
Abgesehen von der E-Mail-Kommunikation ist das eHealth-Angebot für Patientinnen und Patienten in der Schweiz vergleichsweise begrenzt

In der Schweiz können Patientinnen und Patienten mit 89,0% der Ärztinnen und Ärzte per E-Mail oder über eine sichere Webseite bezüglich einer medizinischen Frage kommunizieren (G 3.9). Im internationalen Vergleich entspricht dies dem dritten Rang hinter den Niederlanden (97,8%) und Schweden (97,1%), die signifikant höhere Anteile aufweisen. Nach einem Anstieg zwischen 2019 und 2022 hat sich der Anteil in der Schweiz kaum weiterentwickelt (2019: 79,9%, 2022: 88,3%).

Die Situation bei weiteren eHealth-Angeboten in der Schweiz ist anders: Im internationalen Vergleich erreichen sie nur die drei letzten Ränge, was Verbesserungspotenzial in diesem Bereich aufzeigt. Das online Anfordern einer Rezeptverlängerung wird in den Praxen von 25,9% der Ärztinnen und Ärzten angeboten. Auch dies ist seit 2019 angestiegen (2019: 11,8%, 2022: 20,8%). 23,6% der Ärztinnen und Ärzte geben an, dass in ihrer Praxis online Arzttermine angefordert werden können, dieser Anteil ist seit 2019 kontinuierlich angestiegen (2019: 10,2%, 2022: 16,2%). Die Möglichkeit, Testresultate online einzusehen, wird in etwas mehr als zwei von zehn Praxen (22,4%) der befragten Ärztinnen und Ärzte angeboten. Auch dieser Anteil ist seit 2019 angestiegen, wenn auch seit 2022 nur in der Tendenz (2019: 7,5%, 2022: 18,5%). Etwa weniger als einer von zehn der Befragten (8,1%) bestätigt, dass in ihrer Praxis Zusammenfassungen der Arztbesuche (Gründe für den Arztbesuch, Befunde, Ergebnisse) online eingesehen werden können. Dieser Anteil ist seit 2019 angestiegen (2019: 2,8%, 2022: 6,4%).

G 3.9 Ärztinnen und Ärzte, die den Patientinnen und Patienten spezifische eHealth-Angebote zur Verfügung stellen, internationaler Vergleich, 2019, 2022 und 2025

Per E-Mail oder sichere Webseite mit der Praxis bezüglich einer medizinischen Frage oder einem Anliegen kommunizieren

Online Rezeptverlängerungen anfordern (ohne E-Mail)**Zusammenfassungen der Arztbesuche online einsehen****Online Arzttermine anfordern (ohne E-Mail)****Testresultate online einsehen**

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

In der Schweiz finden Konsultationen mit Patientinnen und Patienten vorwiegend persönlich statt. Telefonische und insbesondere videobasierte Konsultationen sind eher die Ausnahme

Ein Teilbereich von eHealth stellt die Telemedizin dar, die ihren Fokus auf die Vernetzung von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten (d. h. Konsultation) oder mit anderen ärztlichen Leistungserbringern (d. h. Telekonsilium) legt (eHealth Suisse, 2025). Im Kern des telemedizinischen Austausches steht die medizinische Diagnostik oder Behandlung, wobei sich die Gesprächspartner räumlich getrennt telefonisch oder per Videotelefonie austauschen.

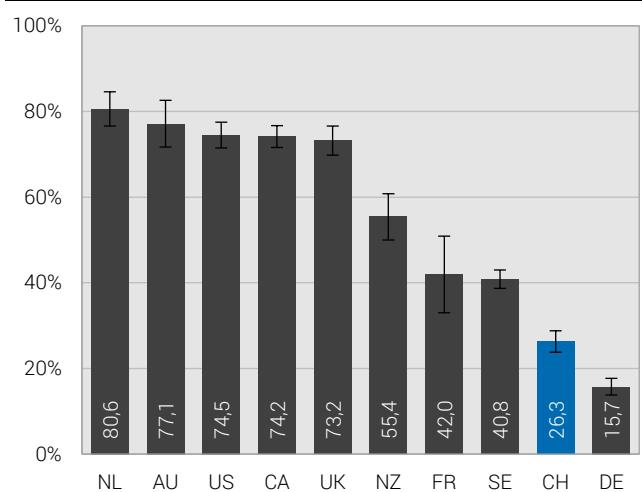
In der Schweiz geben 91,8% der Ärztinnen und Ärzte an, ihre Patientinnen und Patienten in den meisten Fällen (75% bis 100%) in gegenseitiger Anwesenheit zu betreuen (Tabelle L 3.1 bis L 3.3). Deutlich seltener finden Konsultationen per Video statt, wobei die meistgenannte Antwort «0%» beträgt (d. h. 93,5% der Ärztinnen und Ärzte haben mit «0%» geantwortet). Ebenfalls sehr selten finden Konsultationen telefonisch statt: 92,9% der Ärztinnen und Ärzte geben an, in 0% bis <25% der Fälle mit ihren Patientinnen und Patienten in telefonischem Kontakt zu stehen.

Im internationalen Vergleich fällt die Zufriedenheit mit Telemedizin in der Schweiz gering aus

Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz stehen dem Einsatz von Telemedizin eher kritisch gegenüber. Nur etwas mehr als ein Viertel (26,3%) zeigt sich ziemlich oder sehr zufrieden mit deren Einsatz (G 3.10). In Deutschland ist dieser Anteil mit 15,7% signifikant niedriger, in allen anderen befragten Ländern signifikant höher (von 40,8% in Schweden bis 80,6% in den Niederlanden).

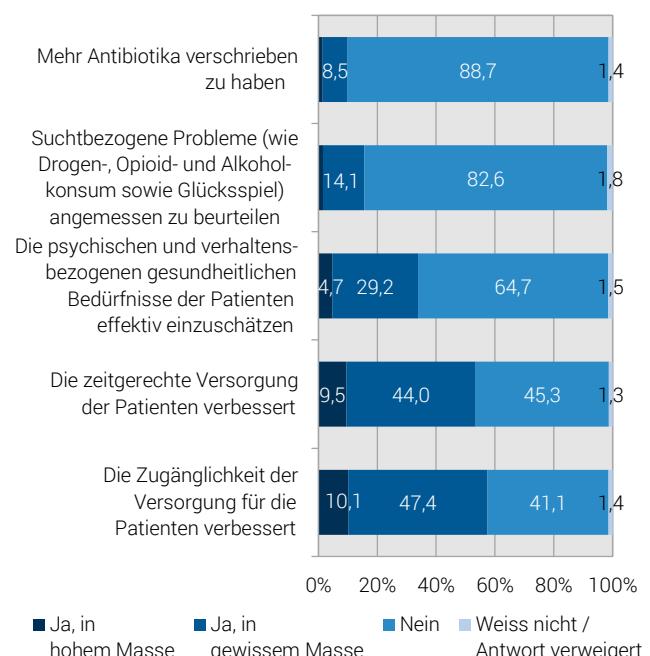
Ergänzend zur generellen Zufriedenheit mit der Telemedizin wurden die Ärztinnen und Ärzte nach den Auswirkungen telemedizinischer Angebote befragt. Fast sechs von zehn (57,5%) Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz sind der Meinung, dass Telemedizin die Zugänglichkeit der Versorgung für die Patientinnen und Patienten in hohem Masse (10,1%) oder in gewissem Masse (47,4%) verbessert hat (G 3.11). Etwas mehr als die Hälfte (53,5%) der Ärztinnen und Ärzte findet, dass Telemedizin dabei hilft, die gesundheitlichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten effektiv einzuschätzen (im hohen Masse: 9,5%, in gewissem Masse: 44,0%). Während noch ein Drittel (33,9%) zustimmt, dass Telemedizin dabei hilft, die psychischen und verhaltensbezogenen gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten effektiv einzuschätzen, sehen es nur 15,6% als nützlich an, um suchtbezogene Probleme besser zu beurteilen. Rund neun von zehn Ärztinnen und Ärzten (88,7%) widersprechen der Aussage, dass Telemedizin dazu beigetragen hat, mehr Antibiotika zu verschreiben.

G 3.10 Ärztinnen und Ärzte, die mit dem Einsatz von Telemedizin sehr zufrieden oder zufrieden sind, internationaler Vergleich, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

G 3.11 Auswirkungen von Telemedizin, Schweiz, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Im Gegensatz zu anderen Ländern ist in der Schweiz die Nutzung von KI im Praxisalltag noch relativ selten

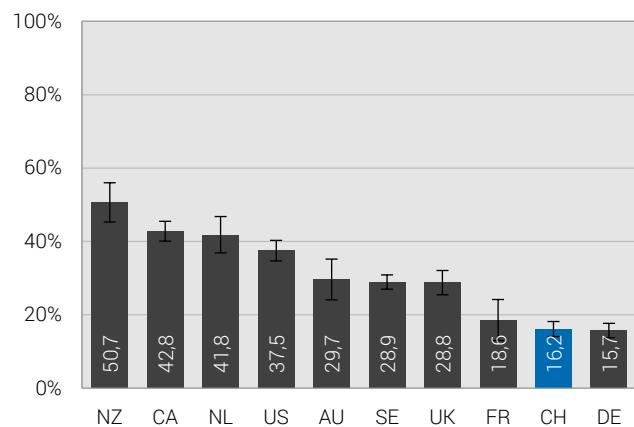
In der IHP-Befragung 2025 wurden neu Fragen zur Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) aufgenommen.¹⁶ Die Schweiz gehört zu den drei Ländern, in denen KI nach Auskunft der Ärztinnen und Ärzte am seltensten in der Praxis zum Einsatz kommt (Frankreich: 18,6%, Schweiz: 16,2%, Deutschland: 15,7%, G 3.12). In den anderen Ländern geschieht dies hingegen signifikant häufiger (von Grossbritannien: 28,8% bis Neuseeland: 50,7%).

In der Schweiz sind bei der Nutzung von KI in Praxen Unterschiede nach Geschlecht und Alter zu beobachten. So berichten Ärzte häufiger, dass KI in ihrer Praxis genutzt wird als Ärztinnen (20,1% gegenüber 12,3%, G 3.13). Ärztinnen und Ärzte unter 45 Jahren und zwischen 55 und 64 Jahren berichten mit 19,3% bzw. 17,8% häufiger von KI-Nutzung in ihrer Praxis als die ältesten Ärztinnen und Ärzte (65+ Jahre: 9,5%).

Was die Nutzungsformen von KI betrifft, wird berichtet, dass KI in der Praxis vor allem für folgende Tätigkeiten meistens oder häufig genutzt wird: Notizen, Dokumentation oder Aufzeichnungen (20,1%), Unterstützung bei der Diagnose (12,5%) und Erstellung von Dokumenten (10,3%, G 3.14).

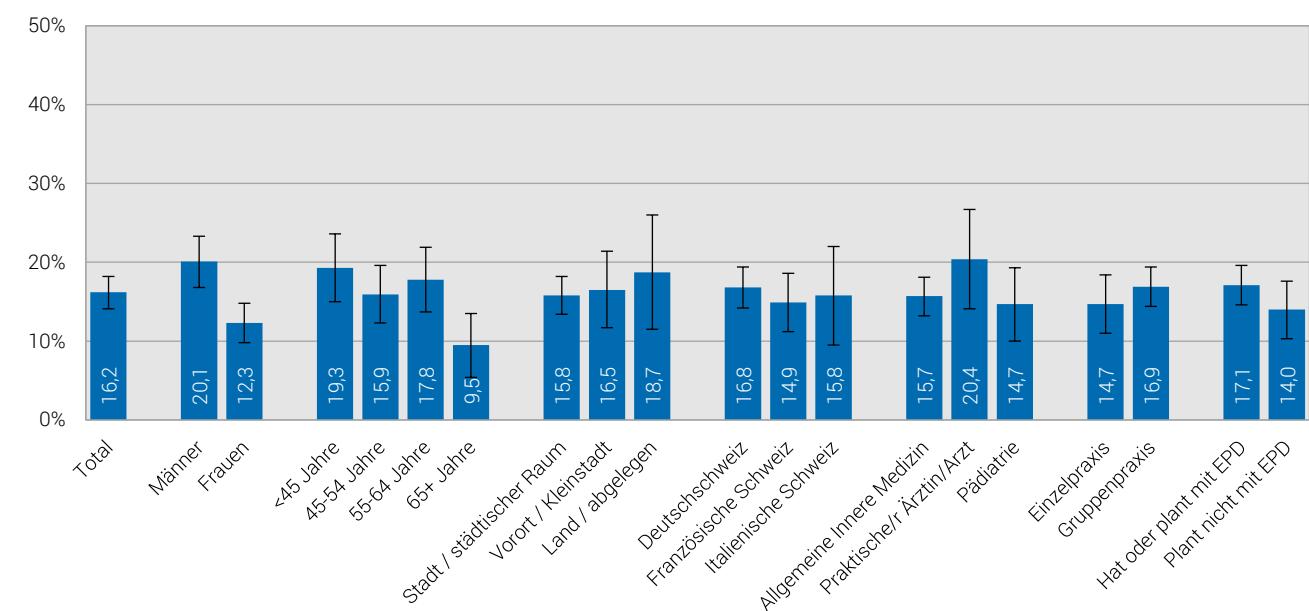
¹⁶ Im Fragebogen ist KI wie folgt definiert: Künstliche Intelligenz (KI) ist ein maschinengestütztes System, das Ergebnisse wie Vorhersagen, Inhalte, Empfehlungen oder Entscheidungen generieren kann, welche physische oder virtuelle Umgebungen beeinflussen können. Verschiedene KI-Systeme unterscheiden sich in ihrem Grad an Autonomie und Anpassungsfähigkeit.

G 3.12 Ärztinnen und Ärzte, die KI in ihrer Praxis nutzen, internationaler Vergleich, 2025



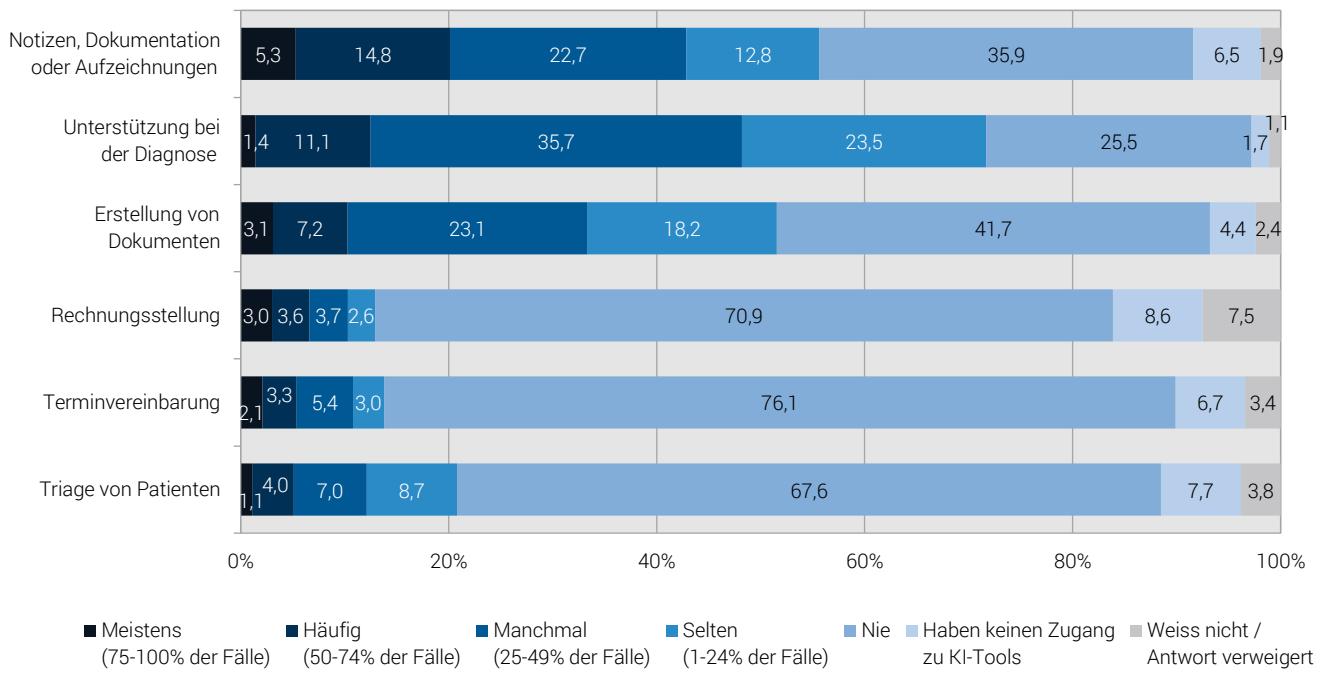
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

G 3.13 Ärztinnen und Ärzte, die KI in ihrer Praxis nutzen, Schweiz, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

G 3.14 Häufigkeit der Nutzung von KI in verschiedenen Aufgabenbereichen des Praxisalltags, Schweiz, 2025

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

4 Bewertung des Gesundheitssystems und der eigenen Arbeit

In diesem Kapitel wird die Bewertung des Gesundheitssystems sowie die Zufriedenheit mit der ärztlichen Praxistätigkeit und verschiedenen Teilaspekten davon untersucht. Abschliessend werden die Belastungen des Berufs und die wahrgenommene psychische Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte beschrieben.

4.1 Bewertung des Gesundheitssystems

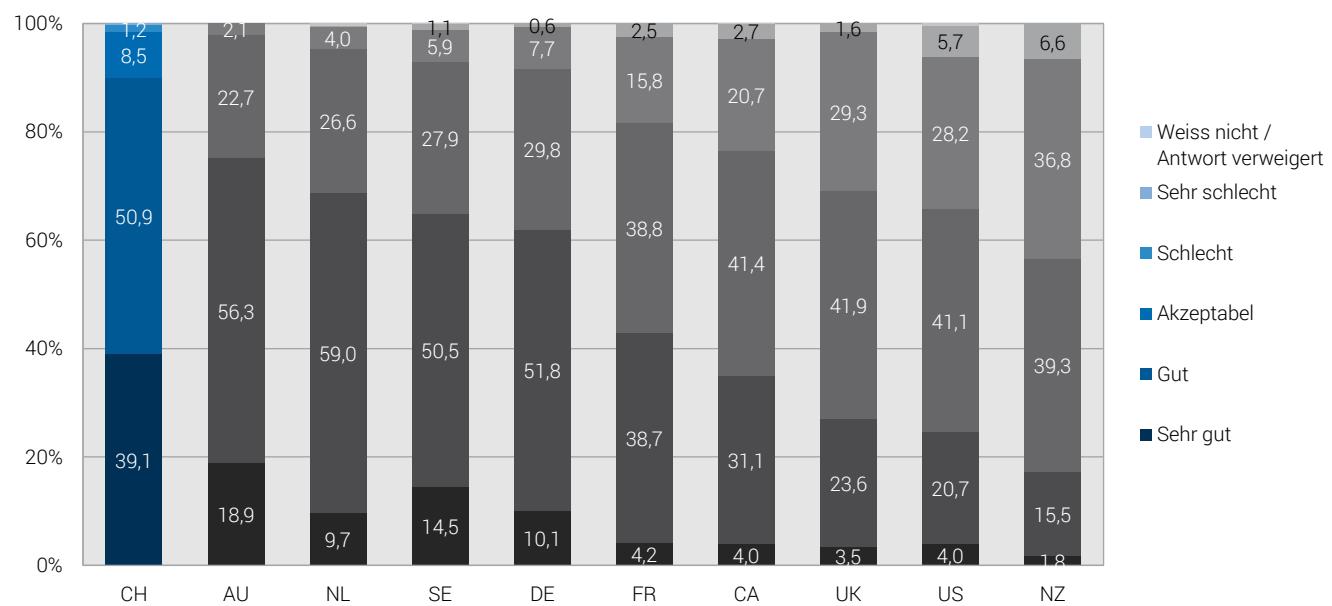
In der Schweiz wird die Gesamtleistung des Gesundheitssystems am positivsten bewertet

Die Bewertung der Gesamtleistung des Schweizer Gesundheitssystems durch die tätigen Ärztinnen und Ärzte fällt überaus positiv aus (G 4.1 und G 4.2). So bewerten 89,9% der Befragten die

Gesamtleistung als sehr gut oder gut (sehr gut: 39,1%, gut: 50,9%). Dies ist ein signifikant höherer Anteil als in allen anderen befragten Ländern. Nur ein geringer Anteil der Befragten bewertet die Gesamtleistung als akzeptabel (8,5%) oder schlecht (1,2%). Auf den Rängen zwei bis fünf liegen Australien (75,2%), die Niederlande (68,8%), Schweden (64,9%) und Deutschland (61,9%). Die niedrigsten Anteile der Bewertungen sehr gut oder gut finden sich in Neuseeland (17,3%).

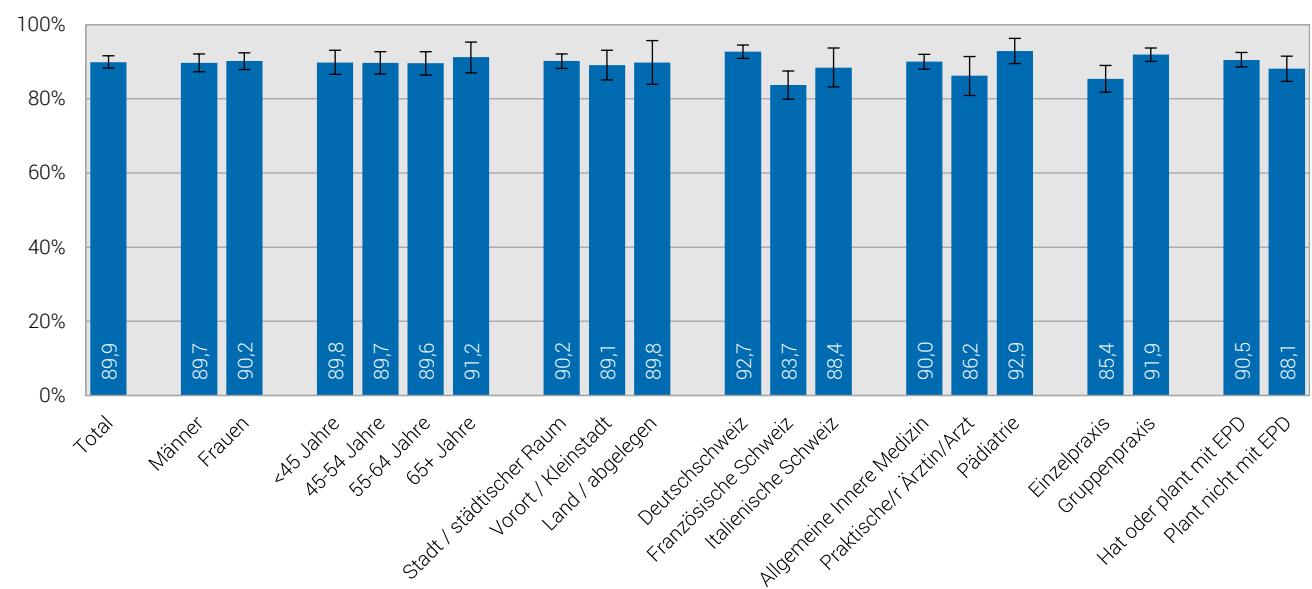
In der Schweiz bewerten die deutschsprachigen Ärztinnen und Ärzte (92,7%) die Gesamtleistung positiver als die Ärztinnen und Ärzte der französischsprachigen Schweiz (83,7%, G 4.2). Ebenfalls besser bewertet wird die Gesamtleistung durch Ärztinnen und Ärzte in Gruppenpraxen im Vergleich zu Einzelpraxen (91,9% gegenüber 85,4%).

G 4.1 Bewertung der Gesamtleistung des Gesundheitssystems, internationaler Vergleich, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

G 4.2 Bewertung der Gesamtleistung des Gesundheitssystems als gut oder sehr gut, Schweiz, 2025

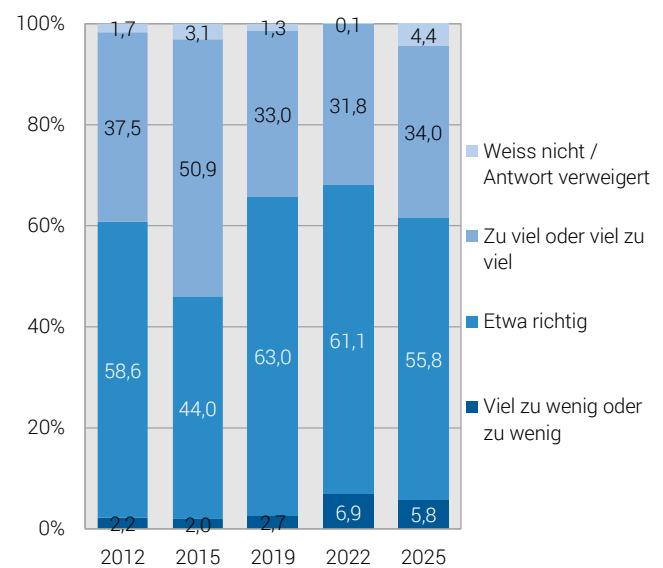
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Rund ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte bewertet den Umfang der medizinischen Versorgung als zu viel bis viel zu viel

Eine weitere Bewertung des Gesundheitssystems erfolgt durch die Frage, inwiefern Ärztinnen und Ärzte den Umfang der medizinischen Versorgung – also die gesamte medizinische Versorgung durch alle Ärztinnen und Ärzte, inklusive Spezialistinnen und Spezialisten – als viel zu viel, viel zu wenig oder etwa richtig einschätzen. Mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz empfindet den Umfang der medizinischen Versorgung als etwa richtig (55,8%). Während der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die die gesamte medizinische Versorgung als viel zu wenig oder zu wenig einschätzen, zu Beginn der IHP-Befragungen im Jahr 2012 nur 2,2% betrug, ist dieser Anteil 2022 und 2025 auf 6,9% bzw. 5,8% angestiegen (G 4.3). Der Anteil derer, die die gesamte Versorgung als zu viel oder viel zu viel bewerten hat sich seit einem zwischenzeitlichen Anstieg im Jahr 2015 auf etwa die Hälfte aller Befragten (50,9%) nachfolgend bei etwa einem Drittel stabilisiert (2019: 33,0%, 2022: 31,8%, 2025: 34,0%).

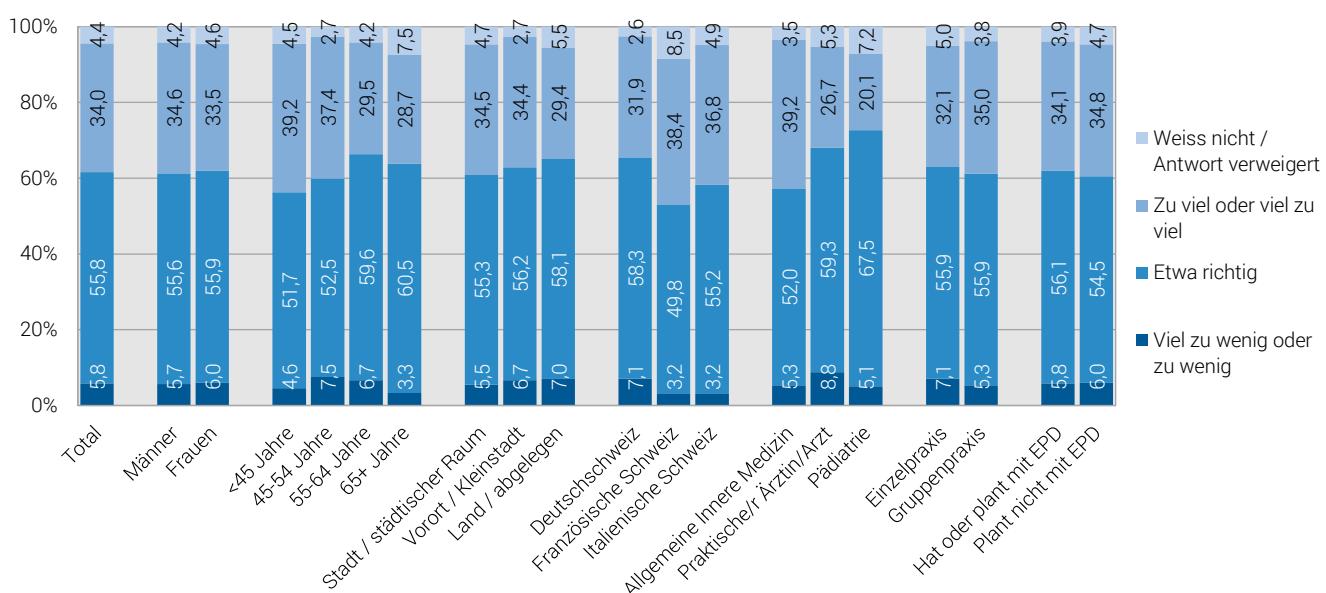
Innerhalb der Schweiz ist die Wahrnehmung, dass die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten zu viel oder sogar viel zu viel ist, unter Ärztinnen und Ärzten der allgemeinen Inneren Medizin verbreiter als unter praktischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pädiaterinnen und Pädiatern (39,2% gegenüber 26,7% bzw. 20,1%, G 4.4).

G 4.3 Bewertung des Umfangs der medizinischen Versorgung, Schweiz, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

G 4.4 Bewertung des Umfangs der medizinischen Versorgung, Schweiz, 2025



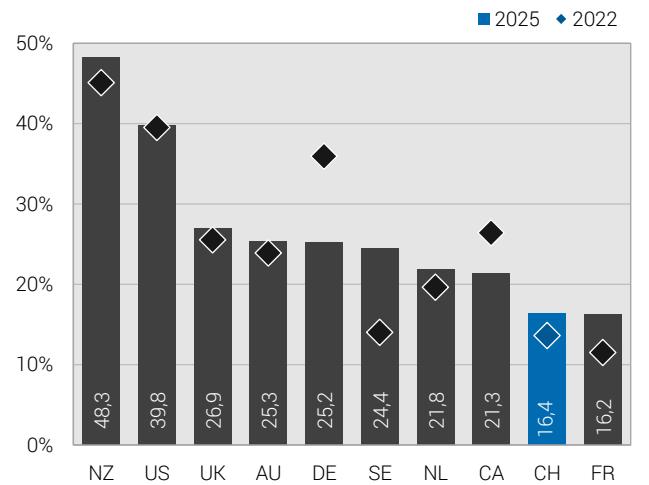
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

Rund 16% der Ärztinnen und Ärzte sind der Meinung, dass das Schweizer Gesundheitssystem Personen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft häufig oder sehr häufig ungerecht behandelt

In der Schweiz geben 16,4% der Ärztinnen und Ärzte an, dass Personen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft durch das Schweizer Gesundheitssystem sehr häufig oder häufig ungerecht behandelt werden (G 4.5). Im internationalen Vergleich entspricht dies dem zweitniedrigsten Rang vor Frankreich (16,2%), wobei sich der Anteil der Schweiz statistisch nicht von diesem unterscheidet. Deutlich höher als in den anderen Ländern ist der Anteil der USA (39,8%). Nochmals höher ist dieser in Neuseeland (48,3%). Seit 2022 ist der Anteil in der Schweiz tendenziell angestiegen (2022: 13,6%). Ärztinnen haben tendenziell eher als Ärzte das Gefühl, dass es im Gesundheitssystem der Schweiz sehr häufig bis häufig zu Diskriminierungen aufgrund der ethnischen Herkunft kommt (19,1% gegenüber 13,7%). Zudem empfinden jüngere Ärztinnen und Ärzte dies stärker als ältere (unter 45 Jahre: 21,6%, über 65 Jahre: 11,8%) und in der deutschsprachigen Schweiz ist diese Wahrnehmung bei den Ärztinnen und Ärzten verbreiteter als in der italienischsprachigen Schweiz (17,0% gegenüber 9,2%).

G 4.5 Ärztinnen und Ärzte, die häufig oder sehr häufig Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft der Patientinnen und Patienten wahrnehmen, internationaler Vergleich, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

4.2 Zufriedenheit mit der Praxistätigkeit

Die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung wurden zur Zufriedenheit mit ihrer ärztlichen Tätigkeit sowie verschiedenen Teilbereichen davon befragt. Aufgrund von Anpassungen in der Antwortskala sind die Ergebnisse nicht mehr mit denen vorheriger Befragungen vergleichbar.

Mit ihrer ärztlichen Tätigkeit sind fast acht von zehn Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz ziemlich zufrieden bis sehr zufrieden – mit dem Arbeitspensum weniger als die Hälfte

Fast zwei Drittel (62,0%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sind mit ihrer ärztlichen Tätigkeit ziemlich zufrieden, immerhin 16,7% sind damit sehr zufrieden. Zusammen genommen sind es fast acht von zehn Befragten, die ziemlich bis sehr zufrieden sind (78,7%, G 4.6). Dem gegenüber stehen 13,4%, die angeben, ziemlich unzufrieden zu sein, sowie 7,0%, die sogar sehr unzufrieden sind. Im internationalen Vergleich ist nur in Australien (90,0%) und den Niederlanden (91,2%) der Anteil derer, die ziemlich bis sehr zufrieden sind, signifikant grösser. Damit nimmt die Schweiz den dritten Rang ein.

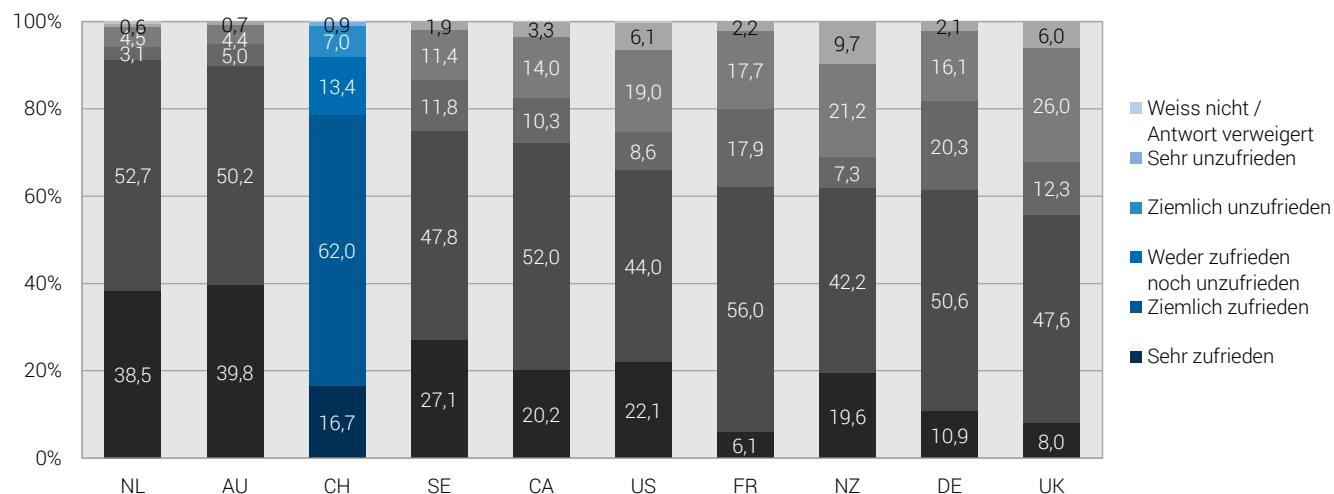
Unter den Ärztinnen und Ärzten der Schweiz zeigt sich, dass die Pädiaterinnen und Pädiatern häufiger ziemlich bis sehr zufrieden als die Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinen Inneren Medizin (85,3% gegenüber 76,8%, G 4.7). Darüber hinaus gibt es Tendenzen, obschon es keine signifikanten Unterschiede sind. So sind tendenziell die ältesten Ärztinnen und Ärzte öfter ziemlich bis sehr zufrieden als die jüngeren (65+ Jahre: 85,4% gegenüber 45–54 Jahre: 76,3% und <45 Jahre: 77,0%). Auch ist dieser Anteil in der deutsch- und der italienisch-sprachigen Schweiz tendenziell höher als in der französisch-sprachigen Schweiz (82,7% bzw. 80,4% gegenüber 74%). Zuletzt ist dieser Anteil in Praxen auf dem Land in der Tendenz höher als in Praxen im städtischen Raum oder in Vororten (84,2% gegenüber 78,7% bzw. 76,1%).

Mit weiteren Items wird die Zufriedenheit mit verschiedenen Teilaспектen des Berufs abgefragt. Dazu gehören: a.) die Zeit, die pro Patientin und Patient aufgebracht werden kann, b.) die Zeit, die mit Verwaltungsarbeiten verbracht wird, c.) das tägliche Arbeitspensum, d.) die Work-Life-Balance und e.) das Einkommen aus der Praxistätigkeit. Etwas mehr als die Hälfte (54,4%) der Ärztinnen und Ärzte zeigt sich ziemlich zufrieden bis sehr zufrieden mit der Zeit, die pro Patientin und Patient aufgebracht werden kann. Damit liegt die Schweiz im Mittelfeld der befragten Länder. Mit dem täglichen Arbeitspensum und der Work-Life-Balance sind vier bis fünf von zehn Ärztinnen und Ärzten der Schweiz ziemlich bis sehr zufrieden (45,7% bzw. 48,1%). Beide Anteile entsprechen jeweils einem zweiten Rang im internationalen Vergleich hinter Australien (54,5% bzw. 54,2%, G 4.8). Alarmierend ist das Ergebnis der Ärztinnen und Ärzte aus Grossbritannien, von denen nur 14,9% ziemlich zufrieden oder sehr zufrieden mit dem täglichen Arbeitspensum sind – ein Anteil, der deutlich niedriger ist als der Anteil aller befragten Länder. Entsprechend belegt Grossbritannien auch den letzten Rang bei der Work-Life-Balance.

Was die Zufriedenheit mit dem Einkommen aus der Praxistätigkeit betrifft, so zeigt sich rund die Hälfte (51,3%) der Ärztinnen und Ärzte der Schweiz ziemlich bis sehr zufrieden. Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz damit den dritt niedrigsten Rang vor Deutschland (51,1%) und Grossbritannien (42,2%). Erneut ist der Anteil in Grossbritannien signifikant kleiner als jener der anderen befragten Länder. In den Niederlanden sind mehr als drei Viertel (76,4%) der Ärztinnen und Ärzte ziemlich bis sehr zufrieden mit dem Einkommen – ein Anteil, der signifikant über dem Anteil aller anderen Länder liegt.

Die Zufriedenheit mit der Zeit, die sie mit Verwaltungsarbeiten verbringen, wird von den Ärztinnen und Ärzten der Schweiz ganz anders bewertet. Nur 8,0% sind damit ziemlich bis sehr zufrieden. Dies zeigt sich auch im internationalen Vergleich: Die Schweiz nimmt den zweit niedrigsten Rang ein, hinter Deutschland (9,0%) und Grossbritannien (11,0%) und vor Frankreich (5,7%), jedoch unterscheidet sich der Schweizer Anteil nicht signifikant von diesen.

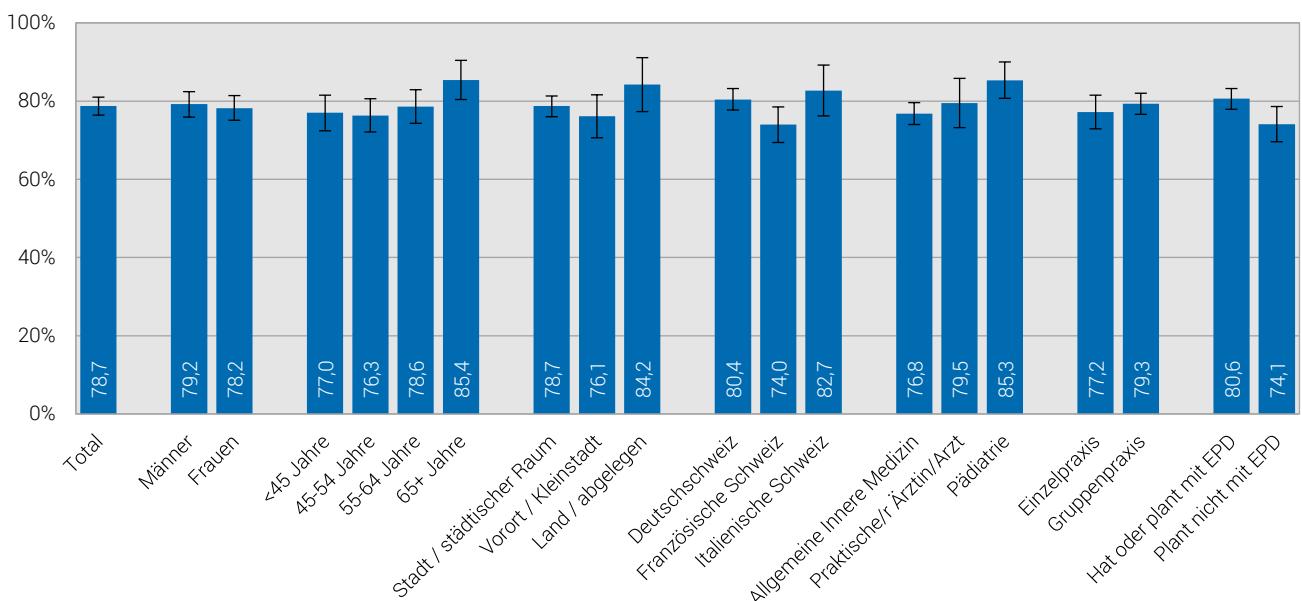
G 4.6 Allgemeine Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit, internationaler Vergleich, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

G 4.7 Ärztinnen und Ärzte, die mit der ärztlichen Tätigkeit ziemlich zufrieden oder sehr zufrieden sind, Schweiz, 2025

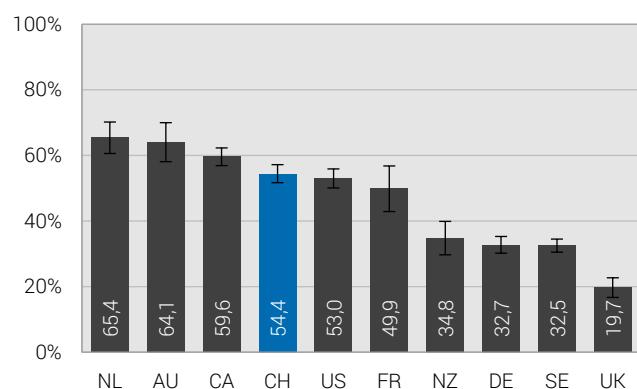


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

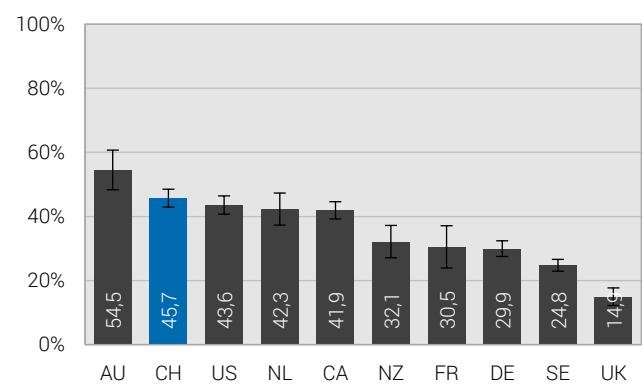
© Obsan 2026

G 4.8 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit (Anteil: ziemlich zufrieden oder sehr zufrieden), internationaler Vergleich, 2025

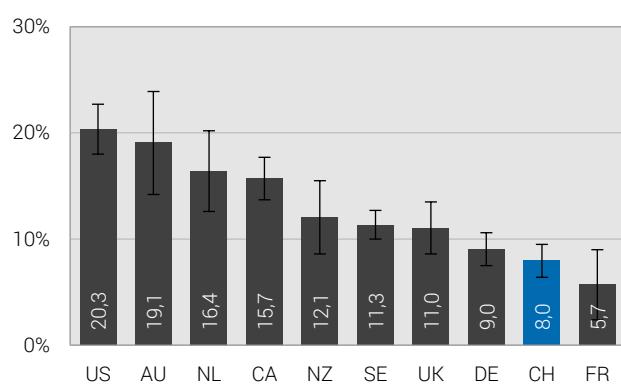
Zeit pro Patientin und Patient



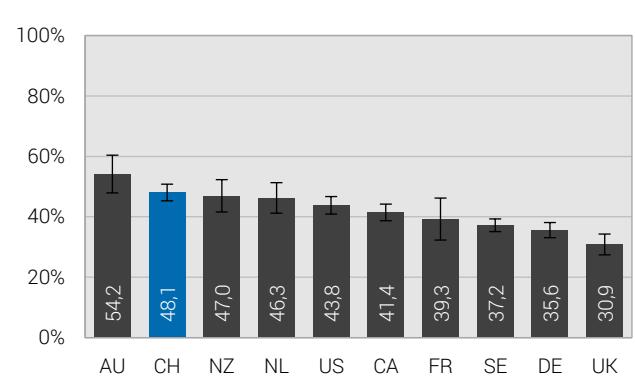
Tägliches Arbeitspensum

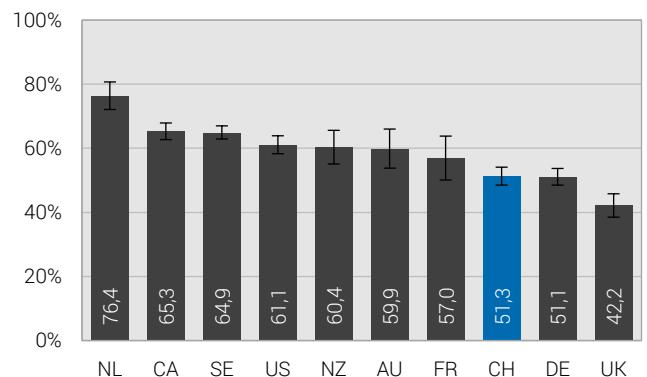


Zeit für Verwaltungsarbeiten



Work-Life-Balance



Einkommen

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

4.3 Belastung und psychische Gesundheit

Um das Ausmass an alltäglichem Stress innerhalb der ärztlichen Tätigkeit und dessen gesundheitliche Konsequenzen zu evaluieren, befragt die IHP-Befragung Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung zu selbstwahrgenommenem alltäglichem Stress. Dabei ist emotionaler Stress als Form von Angst, grosser Traurigkeit, Wut oder Hoffnungslosigkeit definiert. Darüber hinaus werden die Ärztinnen und Ärzte nach der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung für ihre psychische Gesundheit und ihrer subjektiven Einschätzung ihres Burnout-Niveaus befragt.

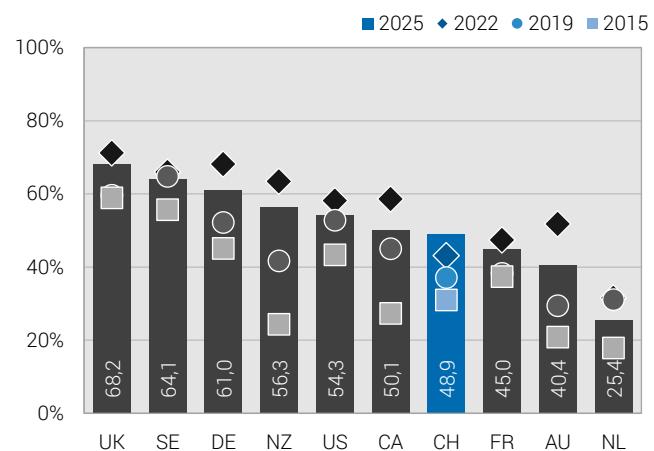
Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung der Schweiz, die sich äusserst gestresst oder sehr gestresst fühlen, hat kontinuierlich zugenommen

In der Schweiz bewertet knapp die Hälfte (48,9%) der Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeit als äusserst stressig oder sehr stressig (G

4.9). Dieser Anteil entspricht im internationalen Vergleich einem Rang im unteren Mittelfeld, ist jedoch seit 2015 kontinuierlich angestiegen (2015: 31,0%, 2019: 37,1%, 2022: 43,1%). In fast allen anderen befragten Ländern zeigt sich dagegen das Muster, dass dieser Anteil 2022 einen Höchstwert erreichte und dann 2025 wieder zurückging.

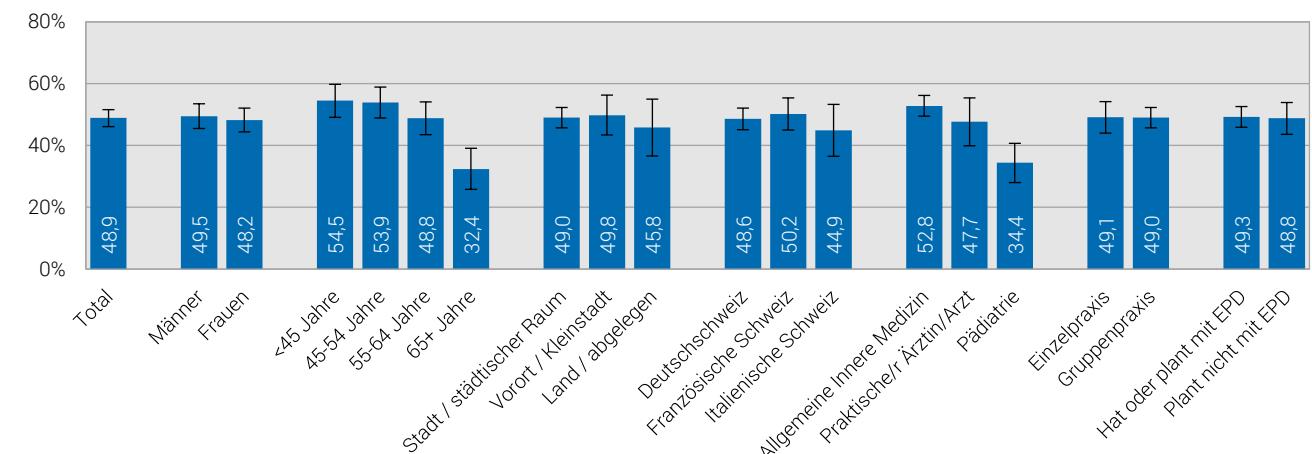
In der Schweiz gibt es zwei Unterschiede beim Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die ihre Arbeit als äusserst oder sehr stressig bewerten. Die ältesten Ärztinnen und Ärzte fühlen sich weniger häufig in diesem Ausmass gestresst als ihre jüngeren Kolleginnen und Kollegen (65+ Jahre: 32,4%, 55–64 Jahre: 48,8%, 45–54 Jahre: 53,9%, <45 Jahre: 54,5%, G 4.10). Auch werden solche Stresszustände von Pädiaterinnen und Pädiatern weniger häufig berichtet als von den Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinen Inneren Medizin (34,4% gegenüber 52,8%).

G 4.9 Ärztinnen und Ärzte, die ihre Arbeit als äusserst stressig oder sehr stressig einschätzen, internationaler Vergleich, 2015, 2019, 2022 und 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

G 4.10 Ärztinnen und Ärzte, die ihre Arbeit als äusserst stressig oder sehr stressig einschätzen, Schweiz, 2025



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

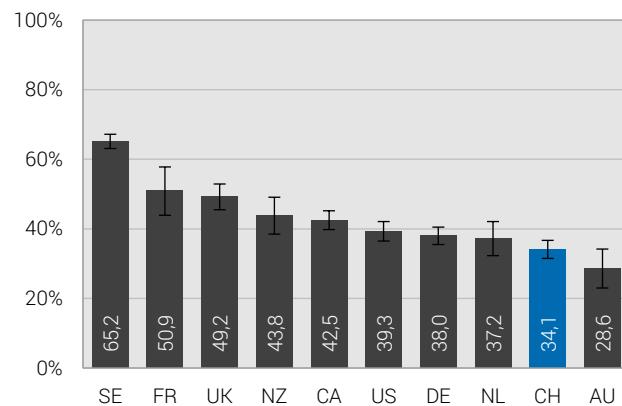
© Obsan 2026

Auch wenn Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz vergleichsweise seltener emotionalen Stress erleben, ist rund ein Drittel von ihnen betroffen

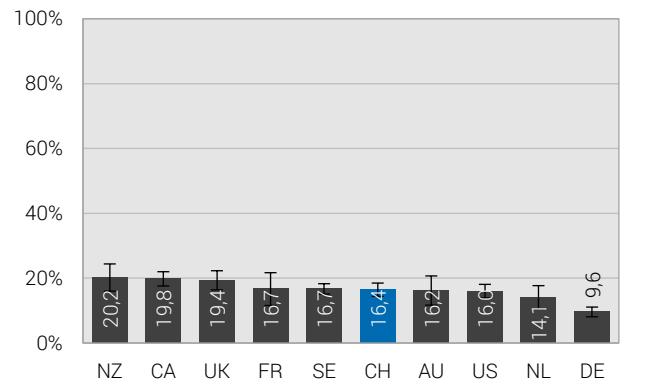
In der Schweiz gibt rund ein Drittel (34,1%) der Befragten an in den letzten zwei Jahren, emotionalen Stress in Form von Angst, grosser Traurigkeit, Wut oder Hoffnungslosigkeit aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit erlebt zu haben (G 4.11). Im internationalen Vergleich ist dies der zweitkleinste Anteil, der sich jedoch nicht signifikant vom kleinsten Anteil aus Australien (28,6%) unterscheidet. Am höchsten ist der Anteil in Schweden, wo mehr als zwei Drittel (65,2%) der Ärztinnen und Ärzte angeben, emotionalen Stress verübt zu haben.

G 4.11 Emotionaler Stress und professionelle Hilfe bei psychischen Problemen, internationaler Vergleich, 2025

Emotionaler Stress wie Angst, grosse Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit



Professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey
© Obsan 2026

Bemerkenswerterweise unterscheidet sich der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die in der Schweiz in den letzten zwei Jahren berufsbedingt professionelle Unterstützung für ihre psychische Gesundheit in Anspruch genommen haben, nicht von dem Anteil Schwedens (16,4% gegenüber 16,7%). Am kleinsten ist dieser Anteil in Deutschland (9,6%), der signifikant niedriger ist als der Schweizer Anteil.

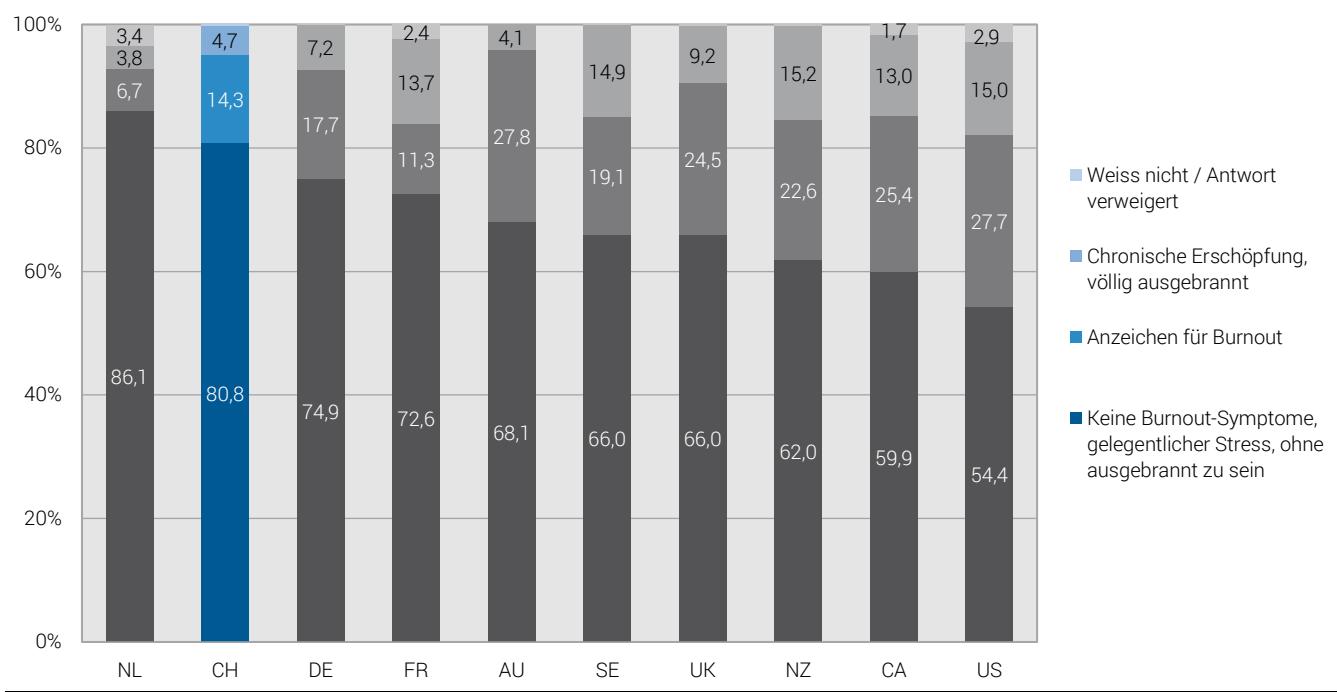
Zwar ist das subjektive Burnout-Niveau in Schweiz weniger problematisch als in anderen Ländern, dennoch ist fast ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte nach eigener Einschätzung gefährdet oder betroffen

Die Ärztinnen und Ärzte wurden auch gefragt, wie sie ihr eigenes Burnout-Niveau einschätzen. Hierzu wurden die fünf Antwortkategorien so zusammengefasst, dass die nachfolgenden Dreifachkategorisierung gebildet werden kann: a.) keine Burnout-Symptome und gelegentlicher Stress, b.) Anzeichen für Burnout sowie c.) chronische Erschöpfung und völliges ausgebrannt sein.

In den Niederlanden auf dem ersten Rang (86,1%) und der Schweiz auf dem zweiten Rang (80,8%) geben die meisten Ärztinnen und Ärzte an, keine Burnout-Symptome zu haben, aber gelegentlich Stress bei der Arbeit zu erleben, ohne dabei in irgendeiner Form ausgebrannt zu sein (G 4.12). 14,3% weisen Anzeichen für Burnout auf und 4,7% der Ärztinnen und Ärzte berichten von chronischer Erschöpfung und völlig ausgebrannt sein, was zusammengekommen knapp ein Fünftel ausmacht (19,0%). Dieser Anteil ist beläuft sich in den USA auf 42,7%, was der Höchstwert im internationalen Vergleich ist.

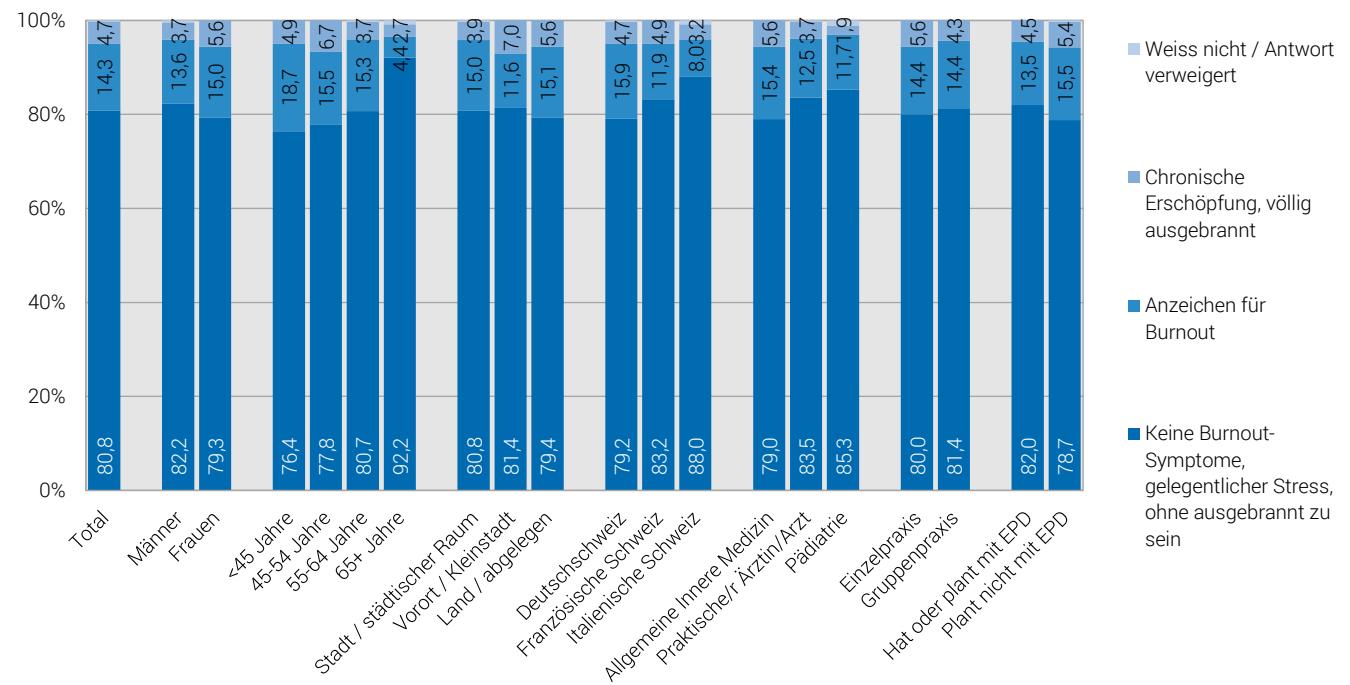
Vergleicht man die Anteile in der Schweiz nach unterschiedlichen Merkmalen, so ergeben sich vor allem Effekte nach Alter und nach Sprachregion. Die ältesten Ärztinnen und Ärzte geben am häufigsten an, keine Burnout-Symptome zu haben (65+ Jahre: 92,2% gegenüber 55–64 Jahre: 80,7%, 45–54 Jahre: 77,8% und <45 Jahre: 76,4%, G 4.13). Ärztinnen und Ärzte in der italienischsprachigen Schweiz sind ausserdem seltener von Burnout-Symptomen betroffen als jene aus der deutschsprachigen Schweiz (88,0% gegenüber 79,2%).

Im Sinne einer potenziellen Gefährdung zeigen 14,3% der Ärztinnen und Ärzte Anzeichen für Burnout, während 4,7% angeben, völlig erschöpft und ausgebrannt zu sein. Diese beiden Anteile sind im internationalen Vergleich relativ klein. Für die Schweiz bedeutet dies allerdings auch, dass 19,0% der Ärztinnen und Ärzte gemäss eigener Einschätzung mit ernsthaften emotionalen Herausforderungen bzw. psychischen Problemen konfrontiert sind.

G 4.12 Subjektive Einschätzung des Burnout-Niveaus, internationaler Vergleich, 2025

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

G 4.13 Subjektive Einschätzung des Burnout-Niveaus, Schweiz, 2025

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey

© Obsan 2026

5 Tabellenverzeichnis

T 1.1	Stichprobe und Rücklaufquote, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025	9
T 1.2	Stichprobe, nach Geschlecht, Alter, Urbanisierungsgrad, Sprachregion, Spezialisierung und Praxisform, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2025	10

6 Abbildungsverzeichnis

G 1.1	Bewertung der Gesamtleistung des Gesundheitssystems (Anteil: sehr gut oder gut), internationaler Vergleich, 2025	11	G 2.17	Untersuchung und Beurteilung von sozialen Bedürfnissen, Schweiz, 2025	27
G 2.1	Alterspyramiden der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, internationaler Vergleich, 2025	14	G 2.18	Wahrgenommene Ursachen für die zu behandelnden Gesundheitsprobleme der Patientinnen und Patienten (Anteil: stark darauf zurückzuführen), Schweiz, 2025	28
G 2.2	Detaillierte Alterspyramiden der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, Schweiz, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025	16	G 2.19	Unterstützungsangebote der Praxis (Anteil: ja, oft und ja, gelegentlich), internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025	29
G 2.3	Absicht, in ein bis drei Jahren nicht mehr regelmäßig Patientinnen und Patienten zu behandeln, Schweiz, 2025	17	G 2.20	Weitere Angebote der Praxis (Anteil: häufig oder meistens, d.h. in 50% bis 100% der Fälle), internationaler Vergleich, 2025	30
G 2.4	Pensionierungsplan und Nachfolgeregelung der Ärztinnen und Ärzte, Schweiz, 2015, 2019, 2022 und 2025	17	G 2.21	Ärztinnen und Ärzte, die vierteljährlich oder jährlich Daten bezüglich der Patientinnen und Patienten prüfen, internationaler Vergleich, 2025	31
G 2.5	Ärztinnen und Ärzte, Praxisform, Schweiz, 2012, 2015, 2019 2022, 2025	18	G 2.22	Häufigkeit einer Teilnahme an Qualitätszirkel / Gruppe zur Qualitätsverbesserung, Schweiz, 2015, 2019, 2022, 2025	32
G 2.6	Besitzverhältnisse der Praxen, 2025	18	G 2.23	Ärztinnen und Ärzte, deren Praxis Praxisassistenzstellen anbieten, Schweiz, 2025 (korrigierte Basisrate)	33
G 2.7	Einrichtungen in denen die Ärztinnen und Ärzte behandeln, Schweiz, 2025	18	G 2.24	Motive in der Praxis zukünftig Praxisassistenzstellen anzubieten, Schweiz, 2025	33
G 2.8	Anteile der Ärztinnen und Ärzte innerhalb einer Praxis nach Vollzeitstellen (VZÄ), internationaler Vergleich, 2025	19	G 3.1	Koordination mit Spezialistinnen und Spezialisten (Anteil: häufig oder meistens, d.h. in 50% bis 100% der Fälle), internationaler Vergleich, 2019, 2022 und 2025	34
G 2.9	Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die neue Patientinnen und Patienten aufnehmen, Schweiz, 2025	19	G 3.2	Koordination mit Notaufnahmen und Spitätern (Anteil: häufig oder meistens, d.h. in 50% bis 100% der Fälle), internationaler Vergleich, 2019, 2022 und 2025	35
G 2.10	Durchschnittliche Anzahl der registrierten Patientinnen und Patientinnen pro Praxis und pro Vollzeitstelle (VZÄ) der Praxis, internationaler Vergleich, 2025	20	G 3.3	Art des Informationsaustauschs mit den Spitätern, Schweiz, 2015, 2019, 2022 und 2025	36
G 2.11	Verfügbarkeit der Praxen ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten, internationaler Vergleich, 2025	21	G 3.4	Informationsaustausch mit den Leistungserbringern von Heimpflegeleistungen (Anteil: häufig oder meistens, d. h. in 50% bis 100% der Fälle), internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025 (korrigierte Basisrate)	37
G 2.12	Anzahl Patientinnen und Patienten in einer Arbeitswoche und durchschnittliche Zeit (in Minuten), die pro Routinetermin aufgebracht werden kann, internationaler Vergleich, 2025	22	G 3.5	Ärztinnen und Ärzte, die bei chronisch kranken Personen mit Pflegefachpersonal oder Case Managern zusammenarbeiten, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025	38
G 2.13	Prozent der Arbeitszeit, die für eine (von fünf) Aufgaben verwendet wird, internationaler Vergleich, 2025	23	G 3.6	Herausforderungen in der Koordination mit den Sozialdiensten, Schweiz, 2025 (korrigierte Basisrate)	38
G 2.14	Bewertung des relativen Zeitaufwands von sechs administrativen Aufgaben auf Kosten anderer Aufgaben, Schweiz, 2025 (korrigierte Basisrate)	24	G 3.7	Ärztinnen und Ärzte und ihr Anschluss an das schweizweite elektronische Patientendossier (EPD), Schweiz, 2025	39
G 2.15	Verständnisschwierigkeiten der Patientinnen und Patienten, Schweiz, 2015, 2019, 2022, 2025	25			
G 2.16	Wahrgenommener Grad der Vorbereitung der Praxis auf die Behandlung verschiedener Krankheiten (korrigierte Basisrate), Schweiz, 2025	26			

G 3.8 Ärztinnen und Ärzte, die in der Koordination mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern durch eHealth-Instrumente (ohne E-Mail und Fax) unterstützt werden, internationaler Vergleich, 2019, 2022 und 2025	39
G 3.9 Ärztinnen und Ärzte, die den Patientinnen und Patienten spezifische eHealth-Angebote zur Verfügung stellen, internationaler Vergleich, 2019, 2022 und 2025	40
G 3.10 Ärztinnen und Ärzte, die mit dem Einsatz von Telemedizin sehr zufrieden oder zufrieden sind, internationaler Vergleich, 2025	42
G 3.11 Auswirkungen von Telemedizin, Schweiz, 2025	42
G 3.12 Ärztinnen und Ärzte, die KI in ihrer Praxis nutzen, internationaler Vergleich, 2025	43
G 3.13 Ärztinnen und Ärzte, die KI in ihrer Praxis nutzen, Schweiz, 2025	43
G 3.14 Häufigkeit der Nutzung von KI in verschiedenen Aufgabenbereichen des Praxisalltags, Schweiz, 2025	44
G 4.1 Bewertung der Gesamtleistung des Gesundheitssystems, internationaler Vergleich, 2025	45
G 4.2 Bewertung der Gesamtleistung des Gesundheitssystems als gut oder sehr gut, Schweiz, 2025	46
G 4.3 Bewertung des Umfangs der medizinischen Versorgung, Schweiz, 2012, 2015, 2019, 2022 und 2025	46
G 4.4 Bewertung des Umfangs der medizinischen Versorgung, Schweiz, 2025	47
G 4.5 Ärztinnen und Ärzte, die häufig oder sehr häufig Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft der Patientinnen und Patienten wahrnehmen, internationaler Vergleich, 2025	47
G 4.6 Allgemeine Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit, internationaler Vergleich, 2025	48
G 4.7 Ärztinnen und Ärzte, die mit der ärztlichen Tätigkeit ziemlich zufrieden oder sehr zufrieden sind, Schweiz, 2025	49
G 4.8 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit (Anteil: ziemlich zufrieden oder sehr zufrieden), internationaler Vergleich, 2025	49
G 4.9 Ärztinnen und Ärzte, die ihre Arbeit als äusserst stressig oder sehr stressig einschätzen, internationaler Vergleich, 2015, 2019, 2022 und 2025	50
G 4.10 Ärztinnen und Ärzte, die ihre Arbeit als äusserst stressig oder sehr stressig einschätzen, Schweiz, 2025	50
G 4.11 Emotionaler Stress und professionelle Hilfe bei psychischen Problemen, internationaler Vergleich, 2025	51
G 4.12 Subjektive Einschätzung des Burnout-Niveaus, internationaler Vergleich, 2025	52
G 4.13 Subjektive Einschätzung des Burnout-Niveaus, Schweiz, 2025	52

7 Literaturverzeichnis

- Burla, L. (2011). International Health Policy Survey 2010 des Commonwealth Fund: Auswertungen der Schweizer Ergebnisse für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 15). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Camenzind, P. & Petrini, L. (2014). Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014: Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 43). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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.
- 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.
- eHealth Suisse (2025). eHealth Suisse Glossar. Zugänglich unter: <https://www.e-health-suisse.ch/header/glossar.html>.
- Merçay, C. (2015). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale: Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 56). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 60). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. & Camenzind, P. (2016). Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger – berufliche Vor- und Nachteile (Obsan Bulletin 3/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (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 Funds 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.

Petrini, L. & I. Sturny (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.

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

SSRS (2025). Methodology report: 2025 International Health Policy Survey of Primary Care Doctors. Glenn Mills: SSRS.

8 Anhang

8.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2025

Fragenummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q1	Wie würden Sie gesamthaft die Leistung des Gesundheitssystems in der Schweiz beurteilen?
Q2	Wie zufrieden sind Sie allgemein mit Ihrer ärztlichen Tätigkeit?
Q4a	Unterstützen Sie und/oder Personal, welches mit Ihnen in Ihrer Praxis arbeitet, Patienten in der folgenden Weise: Sie machen Hausbesuche?
Q4b	Unterstützen Sie und/oder Personal, welches mit Ihnen in Ihrer Praxis arbeitet, Patienten in der folgenden Weise: Sie koordinieren die Versorgung mit den Sozialdiensten oder anderen Pflegediensten (Spitex)?
Q4d	Unterstützen Sie und/oder Personal, welches mit Ihnen in Ihrer Praxis arbeitet, Patienten in der folgenden Weise: Sie koordinieren die Versorgung mit anderen Gesundheitsdienstleistern oder Spezialisten ausserhalb Ihrer Praxis?
Q5	Wie häufig ermöglicht Ihre Praxis unter der Woche (d. h. Montag bis Freitag) Termine am Abend (nach den üblichen Öffnungszeiten)?
Q6	Wie häufig ermöglicht Ihre Praxis Termine am Wochenende (d. h. samstags oder sonntags)?
Q8a	Wie viel Prozent Ihrer Patienten werden in einer typischen Woche derzeit jeweils in folgender Form betreut: mit persönlichem Erscheinen. Anmerkung: Ihre bestmögliche Schätzung ist in Ordnung. Es sollte sich eine Summe von etwa 100% ergeben. Prozentsatz der Patiententermine ... mit persönlichem Erscheinen?
Q8b	Wie viel Prozent Ihrer Patienten werden in einer typischen Woche derzeit jeweils in folgender Form betreut: telefonisch (in direktem Gespräch oder mit vorbereitetem Text) Anmerkung: Ihre bestmögliche Schätzung ist in Ordnung. Es sollte sich eine Summe von etwa 100% ergeben. Prozentsatz der Patiententermine ... telefonisch (Stimme oder Textnachrichten)?
Q8c	Wie viel Prozent Ihrer Patienten werden in einer typischen Woche derzeit jeweils in folgender Form betreut: per Video. Anmerkung: Ihre bestmögliche Schätzung ist in Ordnung. Es sollte sich eine Summe von etwa 100% ergeben. Prozentsatz der Patiententermine ... per Video?
Q9	Wie zufrieden sind Sie (falls überhaupt) insgesamt mit dem Einsatz der Telemedizin?
Q10a	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Die zeitgerechte Versorgung Ihrer Patienten verbessert?
Q10f	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Die Zugänglichkeit der Versorgung für Ihre Patienten verbessert?
Q10c	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Es Ihnen ermöglicht, Bedürfnisse im Bereich der psychischen Gesundheit (z. B. Angstzustände, leichte oder mittelschwere Depressionen) angemessen zu beurteilen?
Q10g	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Es Ihnen ermöglicht, suchtbezogene Probleme (wie Drogen-, Opioid- und Alkoholkonsum sowie Glücksspiel) angemessen zu beurteilen?
Q10e	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Dazu geführt, dass Sie mehr Antibiotika verschrieben haben?
Q12a	Wie gut ist Ihre Praxis vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit: chronischen Erkrankungen wie Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz?
Q12b	Wie gut ist Ihre Praxis vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit: psychischen Problemen (z. B. Angstzustände, schwache oder mittlere Depressionen)?
Q12c	Wie gut ist Ihre Praxis vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit: suchtbezogenen Problemen (z. B. Drogen, Opate, Alkoholkonsum und Glücksspiel)?
Q12d	Wie gut ist Ihre Praxis in Bezug auf ausreichende Kompetenzen und Erfahrung vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit: Bedarf nach einer palliativen Behandlung?

FrageNummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q12e	Wie gut ist Ihre Praxis vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit: Demenz?
Q13	Sie haben angegeben, dass Ihre Praxis nicht vorbereitet ist auf die Behandlung von Patienten mit [Q12]. Warum fühlen Sie sich nicht vorbereitet? Bitte wählen Sie alle zutreffenden Gründe aus.
Q14a	Wenn Sie an Ihre Patientenschaft denken, inwieweit sind die von Ihnen behandelten Gesundheitsprobleme auf folgendes zurückzuführen: Mangelnder Zugang zu präventiven Gesundheitsmassnahmen, einschliesslich Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, gesündere Ernährung und körperliche Betätigung?
Q14b	Wenn Sie an Ihre Patientenschaft denken, inwieweit sind die von Ihnen behandelten Gesundheitsprobleme auf folgendes zurückzuführen: Bedürfnisse im Bereich psychische Gesundheit?
Q14c	Wenn Sie an Ihre Patientenschaft denken, inwieweit sind die von Ihnen behandelten Gesundheitsprobleme auf folgendes zurückzuführen: Gesundheitsprobleme, die mit der sozialen Situation der Patienten zusammenhängen, einschliesslich instabile Wohnverhältnisse, fehlender Zugang zu einer gesunden/ausgeglichenen Ernährung und Arbeitslosigkeit?
Q15	Arbeitet Ihre Praxis mit Personal wie Pflegefachpersonal oder Case Managern, welche die Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, die regelmässige Nachbehandlungen brauchen, überwachen und koordinieren? Anmerkung: Bitte alle zutreffenden Punkte wählen.
Q16a	Wie häufig leisten Sie oder anderes Personal in Ihrer Praxis für Patienten mit chronischen Erkrankungen die folgenden Behandlungsarten: Mit Patienten Behandlungspläne oder Selbstmanagement-Ziele zusammenstellen, die sie im Alltag umsetzen können?
Q16d	Wie häufig leisten Sie oder anderes Personal in Ihrer Praxis für Patienten mit chronischen Erkrankungen die folgenden Behandlungsarten: Kontaktieren von Patienten zwischen den Arztterminen, um ihren Zustand zu überwachen?
Q16e	Wie häufig leisten Sie oder anderes Personal in Ihrer Praxis für Patienten mit chronischen Erkrankungen die folgenden Behandlungsarten: Verwendung von Monitoring auf Distanz oder mit dem Internet verbundenen medizinischen Geräten, um Patienten zu überwachen, dort wo dies medizinisch angebracht ist (z. B. Monitoring von Blutdruck, Blutzuckerspiegel oder Gewicht)?
Q17	Führen Sie Gespräche mit Ihren Patienten zur «Zukunftsplanung» der Behandlungen, die sie wollen oder nicht wollen für den Fall, dass sie sehr krank werden, verletzt sind, oder nicht mehr selber entscheiden können?
Q18a	Wenn Ihre Patienten an einen Spezialisten überwiesen wurden, wie häufig: schicken Sie das Patientendossier und die Begründung für die Konsultation an den Spezialisten?
Q18b	Wenn Ihre Patienten an einen Spezialisten überwiesen wurden, wie häufig: erhalten Sie Informationen vom Spezialisten über Änderungen, die bei den Medikamenten oder bei der Behandlung des Patienten gemacht wurden?
Q18c	Wenn Ihre Patienten an einen Spezialisten überwiesen wurden, wie häufig: erhalten Sie innerhalb einer Arbeitswoche einen Bericht mit den Resultaten des Spezialisten?
Q18d	Wenn Ihre Patienten an einen Spezialisten überwiesen wurden, wie häufig: erhalten Sie innerhalb einer Arbeitswoche einen Bericht mit den Resultaten des Spezialisten?
Q19a	Wie häufig erhalten Sie Benachrichtigungen, dass Ihre Patienten: eine Behandlung ausserhalb der normalen Sprechstunden erhalten haben (d. h. Patienten einen Arzt aufsuchen können, wenn die Praxis geschlossen ist, ohne sich in die Notaufnahme zu begeben)?
Q19b	Wie häufig erhalten Sie Benachrichtigungen, dass Ihre Patienten: in der Notfallaufnahme waren
Q19c	Wie häufig erhalten Sie Benachrichtigungen, dass Ihre Patienten: in ein Spital eingeliefert wurden
Q20	Wie lange dauert es durchschnittlich nach der Entlassung Ihres Patienten aus dem Spital, bis Sie die Informationen erhalten, die Sie benötigen, um mit der Behandlung des Patienten – einschliesslich der empfohlenen Nachsorge – fortfahren zu können?
Q22a	Für Ihre Patienten, die Pflege zu Hause brauchen, wie häufig: kommunizieren Sie mit dem Erbringer der Heimpflegeleistungen betreffend der Bedürfnisse Ihres Patienten und der Leistungen, die für ihn erbracht werden sollten?
Q22b	Für Ihre Patienten, die Pflege zu Hause brauchen, wie häufig: werden Sie durch den Erbringer der Heimpflegeleistungen über eine wichtige Änderung des Zustands Ihres Patienten oder seines Gesundheitsstatus informiert?
Q22d	Für Ihre Patienten, die Pflege zu Hause brauchen, wie häufig: erhalten Sie rechtzeitig Informationen über ihre Behandlung und ihren Pflegeplan?
Q23a	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich der folgenden sozialen Bedürfnissen: Probleme im Wohnbereich (z. B. Zwangsräumung, Obdachlosigkeit etc.)?

Fragenummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q23b	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich der folgenden sozialen Bedürfnissen: Finanzielle Sicherheit (z. B. Erwerbstätigkeit)?
Q23c	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich der folgenden sozialen Bedürfnissen: Ernährungsprobleme (z. B. Hunger und Ernährungsweise)?
Q23d	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich der folgenden sozialen Bedürfnissen: Transportbedürfnisse (z. B. Arzttermine, Arbeit, Lebensmittelladen oder andere Orte des Alltags)?
Q23f	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich der folgenden sozialen Bedürfnissen: Häusliche Gewalt?
Q23g	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich der folgenden sozialen Bedürfnissen: Soziale Isolation oder Einsamkeit (z. B. keine engen Beziehungen oder niemand im Umfeld, den man um Hilfe bitten könnte)?
Q24a	Mit welchen Herausforderungen sind Sie oder andere Mitarbeiter in Ihrer Praxis derzeit konfrontiert, wenn die Versorgung Ihrer Patienten mit den Sozialdiensten koordiniert wird: Mangelnde Informationen zu Organisationen der zuständigen Sozialdienste?
Q24b	Mit welchen Herausforderungen sind Sie oder andere Mitarbeiter in Ihrer Praxis derzeit konfrontiert, wenn die Versorgung Ihrer Patienten mit den Sozialdiensten koordiniert wird: Fehlende Mechanismen oder fehlendes System, um Überweisungen zu tätigen?
Q24c	Mit welchen Herausforderungen sind Sie oder andere Mitarbeiter in Ihrer Praxis derzeit konfrontiert, wenn die Versorgung Ihrer Patienten mit den Sozialdiensten koordiniert wird? Unzureichendes Personal in der Praxis, um Überweisungen zu tätigen und die Pflege mit den Institutionen der Sozialdienste zu koordinieren
Q24e	Mit welchen Herausforderungen sind Sie oder andere Mitarbeiter in Ihrer Praxis derzeit konfrontiert, wenn die Versorgung Ihrer Patienten mit den Sozialdiensten koordiniert wird: Mangelndes Nachfragen durch die Sozialdienste bezüglich der Leistungen, welche Patienten erhalten haben oder brauchen?
Q25a	Können Sie mit Gesundheitsdienstleistern <u>ausserhalb</u> Ihrer Praxis elektronisch die folgenden Dinge austauschen: Krankheitsbilder von Patienten?
Q25b	Können Sie mit Gesundheitsdienstleistern <u>ausserhalb</u> Ihrer Praxis elektronisch die folgenden Dinge austauschen: Labordaten und andere diagnostische Tests?
Q25c	Können Sie mit Gesundheitsdienstleistern <u>ausserhalb</u> Ihrer Praxis elektronisch die folgenden Dinge austauschen: Liste aller Medikamente, die durch einen einzelnen Patienten eingenommen werden?
Q25d	Können Sie mit Gesundheitsdienstleistern <u>ausserhalb</u> Ihrer Praxis elektronisch die folgenden Dinge austauschen: Überweisungen zur Beantragung oder Inanspruchnahme der Behandlung von Ihren Patienten durch Spezialisten?
Q27a	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Per E-Mail oder sichere Webseite mit Ihrer Praxis bezüglich einer medizinischen Frage oder einem Anliegen zu kommunizieren.
Q27b	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Online Arzttermine anzufordern (Anmerkung: E-Mail nicht eingeschlossen).
Q27c	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Online Rezeptverlängerungen anzufordern (Anmerkung: E-Mail nicht eingeschlossen).
Q27d	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Testresultate online einzusehen.
Q27e	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Zusammenfassungen der Arztbesuche eines Patienten online einsehen (Gründe für den Arztbesuch, Befunde, Ergebnisse).
Q28a	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft: Klinische Ergebnisse (z. B. Prozentanteil der Diabetiker oder Astmatiker, bei welchen die Krankheit unter Kontrolle ist)?
Q28b	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft: Einweisungen von Patienten in Spitäler und Notaufnahmen?
Q28c	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft: Vorgehen beim Verschreiben von Medikamenten (z. B. Verwendung von Generika, Antibiotika oder Opiaten)?

FrageNummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q28d	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft: Befragungen zur Zufriedenheit und zu den Erfahrungen Ihrer Patienten mit der Behandlung und Pflege?
Q28e	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft: Patientenberichtete Indikatoren (PROMs, Patient Reported Outcome Measures)?
Q29a	Inwiefern ist der Zeitaufwand auf Kosten anderer Aufgaben, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch (falls überhaupt): Für administrative Tätigkeiten im Zusammenhang mit den Versicherungen oder der Abrechnung?
Q29b	Inwiefern ist der Zeitaufwand auf Kosten anderer Aufgaben, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch (falls überhaupt): Patienten mit den benötigten Medikamenten oder der benötigten Behandlung zu versorgen, wenn ein eingeschränkter Versicherungsschutz besteht?
Q29c	Inwiefern ist der Zeitaufwand auf Kosten anderer Aufgaben, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch (falls überhaupt): Klinische Daten oder Daten zur Behandlungsqualität für staatliche Stellen oder andere externe Organisationen wie z. B. Krankenkassen zusammenstellen?
Q29d	Inwiefern ist der Zeitaufwand auf Kosten anderer Aufgaben, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch (falls überhaupt): Dokumentation der Patientenversorgung oder der Patientetermine, einschliesslich ärztlicher Notizen und Aktualisierungen elektronischer Gesundheitsakten?
Q29e	Inwiefern ist der Zeitaufwand auf Kosten anderer Aufgaben, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch (falls überhaupt): Koordinierung von Überweisungen an Spezialisten (z. B. ausbleibende Reaktionen auf Überweisungen, Nachverfolgung von Ablehnungen)?
Q29g	Inwiefern ist der Zeitaufwand auf Kosten anderer Aufgaben, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch (falls überhaupt): Koordination der Behandlung mit Sozialdiensten oder anderen Leistungserbringern?
Q30	Wie stressig, falls überhaupt, ist Ihre Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt?
Q31a	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind: Mit Ihrem Einkommen durch die Praxistätigkeit.
Q31b	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind: Mit der Zeit, die Sie pro Patient aufbringen können.
Q31c	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind: Mit Ihrem täglichen Arbeitspensum.
Q31d	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind: Mit der Zeit, die Sie mit Verwaltungsarbeiten verbringen.
Q31e	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind: Mit Ihrer Work-Life-Balance.
Q32	Haben Sie vor, in den nächsten ein bis drei Jahren nicht mehr regelmässig Patienten zu behandeln?
Q33	Was haben Sie vor, nachdem Sie in den nächsten ein bis drei Jahren aufgehört haben, regelmässig Patienten zu behandeln?
Q34	Wie würden Sie nach Ihrer Definition von Burnout Ihr eigenes derzeitiges Burnout-Niveau insgesamt einschätzen?
Q35	Welcher der folgenden Punkte ist der <u>Hauptgrund</u> für Ihr Burnout?
Q36a	Haben Sie in den letzten zwei Jahren wegen Ihrer Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt: Häufig emotionalen Stress wie Angstgefühle, grosse Traurigkeit, Wut oder ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit verspürt?
Q36b	Haben Sie in den letzten zwei Jahren wegen Ihrer Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt: Nach professioneller Unterstützung für Ihre psychische Gesundheit gesucht?
Q37	Wie häufig, falls überhaupt, denken Sie, dass das Gesundheitssystem in der Schweiz Personen wegen ihrer ethnischen Herkunft ungerecht behandelt?
Q39	Setzt Ihre Praxis künstliche Intelligenz in irgendeiner Form ein, z. B. für klinische, administrative oder andere Aufgaben?
Q40a	Wie oft, wenn überhaupt, nutzt Ihre Praxis künstliche Intelligenz für: Triage von Patienten, damit diese die Ressourcen des Gesundheitssystems bestmöglichst nutzen können?
Q40b	Wie oft, wenn überhaupt, nutzt Ihre Praxis künstliche Intelligenz für: Terminvereinbarung mit Patienten oder Buchung von Diagnosen wie Laboranalysen oder Röntgenaufnahmen?
Q40c	Wie oft, wenn überhaupt, nutzt Ihre Praxis künstliche Intelligenz für: Notizen, Dokumentation oder Aufzeichnungen?

Fragenummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q40d	Wie oft, wenn überhaupt, nutzt Ihre Praxis künstliche Intelligenz für: Rechnungsstellung?
Q40e	Wie oft, wenn überhaupt, nutzt Ihre Praxis künstliche Intelligenz für: Unterstützung des Arztes bei der Diagnose, als klinische Entscheidungshilfe oder bei der Interpretation von Testergebnissen?
Q40f	Wie oft, wenn überhaupt, nutzt Ihre Praxis künstliche Intelligenz für: Erstellung von Dokumenten, einschliesslich Behandlungsplänen oder Rezepten für Patienten?
Q41	Wie stark, wenn überhaupt, sind Ihrer Meinung nach die Auswirkungen des Klimawandels, wie z. B. schlechte Luftqualität, extreme Hitze oder Kälte oder extreme Wetterereignisse wie Waldbrände und Überschwemmungen, heutzutage auf die Gesundheit der Menschen in der Schweiz?
Q42	Wie viele Ärztinnen/Ärzte, einschliesslich Vollzeit- und Teilzeitstellen, einschliesslich Sie selbst, sind in Ihrer Praxis tätig?
Q43	In Vollzeitstellen gerechnet (VZÄ), wie viele Ärztinnen/Ärzte, einschliesslich Ihnen, sind in Ihrer Praxis tätig?
Q44	Wie viele Patienten sehen Sie im Durchschnitt während einer typischen Arbeitswoche?
Q45	Wie viele Patientinnen/Patienten sind in Ihrer Hausarztpraxis registriert?
Q46	Wieviel Zeit können Sie während eines Routinetermins <u>durchschnittlich</u> mit einem Patienten verbringen? Anmerkung: Bitte geben Sie sowohl persönliche als auch telemedizinische Termine an.
Q47-1	Wie viel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie in einer typischen Woche mit dem Folgenden: Persönliche Behandlungen oder Telemedizin-Konsultationen?
Q47-2	Wie viel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie in einer typischen Woche mit dem Folgenden: Anderweitiger Kontakt mit Patienten (z. B. per E-Mail oder Telefon)?
Q47-3	Wie viel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie in einer typischen Woche mit dem Folgenden: Administrative Aufgaben (z. B. Dokumentation, Krankenakten, Sitzungen, Qualitätsberichte)?
Q47-4	Wie viel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie in einer typischen Woche mit dem Folgenden: Aufgaben im Zusammenhang mit Versicherungen und/oder der Einforderung von Zahlungen?
Q47-5	Wie viel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie in einer typischen Woche mit dem Folgenden: Berufliche Weiterentwicklung?
Q48-1	Bitte beschreiben Sie die Einrichtung(en), in der/denen Sie behandeln. Kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Hausarztpraxis.
Q48-2	Bitte beschreiben Sie die Einrichtung(en), in der/denen Sie behandeln. Kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Spital.
Q48-3	Bitte beschreiben Sie die Einrichtung(en), in der/denen Sie behandeln. Kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Langzeitpflegeheim.
Q48-4	Bitte beschreiben Sie die Einrichtung(en), in der/denen Sie behandeln. Kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Altersheim oder Einrichtung für betreutes Wohnen.
Q48-5	Bitte beschreiben Sie die Einrichtung(en), in der/denen Sie behandeln. Kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Von meinem Zuhause aus.
Q48-6	Bitte beschreiben Sie die Einrichtung(en), in der/denen Sie behandeln. Kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Privatwohnungen der Patienten oder Hausbesuche.
Q48-7	Bitte beschreiben Sie die Einrichtung(en), in der/denen Sie behandeln. Kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Mobile Kliniken und Walk-In Kliniken.
Q51	Welches ist Ihr Geschlecht?
Q52	Wo befindet sich Ihre Praxis?
Q53a	Ist Ihre Hauptpraxis: Vollständig oder gemeinsam im Besitz von einem oder mehreren Ärztinnen/Ärzte in der Praxis?
Q53b	Ist Ihre Hauptpraxis: Vollständig oder gemeinsam im Besitz eines Spitals, eines Spitalverbunds oder Gesundheitssystems?
Q53c	Ist Ihre Hauptpraxis: Vollständig oder gemeinsam im Besitz einer privaten Beteiligungsgesellschaft?
Q53d	Ist Ihre Hauptpraxis: Eigentum einer anderen Einrichtung, z. B. einer Praxis-Kette?
SWI-1	Wie erhalten Sie diese Informationen normalerweise? (Bitte nur eine Antwort auswählen)
SWI-2	Planen Sie, sich mit Ihrer Praxis dem schweizweiten elektronischen Patientendossier (EPD) (Austausch von Informationen mit anderen Gesundheitsdienstleistern) anzuschliessen?
SWI-4	Wie häufig nehmen Sie an einem Qualitätszirkel / Gruppe zur Qualitätsverbesserung teil?
SWI-5	Nehmen Sie neue Patientinnen und Patienten auf?

FrageNummer/ Index	Wortlaut der Frage
SWI-6	Welches trifft <u>hauptsächlich</u> auf Ihre Praxis zu?
SWI-7	Haben Sie eine(n) Nachfolger(in) für Ihre Praxis?
SWI-8	Hören sie mit 65 Jahren auf zu arbeiten?
SWI-9	Wie häufig haben Ihre Patienten im allgemeinen Mühe, Informationen zu verstehen, die Sie ihnen geben, wie z. B.: wie von Ihnen verschriebene Medikamente einnehmen, Anweisungen zu Symptomen, auf die geachtet werden muss, oder in welcher Situation eine weitere Behandlung angebracht ist?
SWI-10	Denken Sie bitte an die gesamte medizinische Versorgung Ihrer Patienten – nicht nur durch Sie, sondern durch alle Ärzte und Spezialisten – Was halten Sie vom Umfang der medizinischen Versorgung, die die Patienten erhalten? Würden Sie sagen es ist...?
SWI-11	Behandeln Sie Patienten, die in einem Pflegeheim leben?
SWI-12a	Für Patienten in einem Pflegeheim, wie häufig tauschen Sie sich mit dem Pflegeheim-Personal über die Bedürfnisse Ihrer Patienten und die zu erbringenden Leistungen aus?
SWI-12b	Für Patienten in einem Pflegeheim, wie häufig werden Sie vom Pflegeheim-Personal über relevante Veränderungen des Gesundheitszustands Ihrer Patienten informiert?
SWI-13	Bietet Ihre Praxis Praktikumsplätze für Assistenzärzte an?
SWI-14-1	Was würde Sie dazu motivieren, einen Praktikumsplatz anzubieten? Bitte wählen Sie alles zutreffende aus? Finanzielle Entschädigung für die vom ausbildenden Arzt geleistete Ausbildung
SWI-14-2	Was würde Sie dazu motivieren, einen Praktikumsplatz anzubieten? Bitte wählen Sie alles zutreffende aus? Administrative Unterstützung (z.B. Erstellung von Arbeitsverträgen, Anmeldung bei Versicherungsgesellschaften usw.)
SWI-14-3	Was würde Sie dazu motivieren, einen Praktikumsplatz anzubieten? Bitte wählen Sie alles zutreffende aus? Mentoring-programme für Assistenzärzte
SWI-14-4	Was würde Sie dazu motivieren, einen Praktikumsplatz anzubieten? Bitte wählen Sie alles zutreffende aus? Coaching-Möglichkeiten für ausbildende Ärzte in der Praxis
SWI-14-5	Was würde Sie dazu motivieren, einen Praktikumsplatz anzubieten? Bitte wählen Sie alles zutreffende aus? Nichts, die Praxis ist nicht daran interessiert, Praktikumsplätze anzubieten

8.2 Informationen zur Kern- und Co-Finanzierung

Kernfinanzierung und Koordination:

- The Commonwealth Fund

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

- CA : Canadian Institute for Health Information (CIHI); Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE); Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); Ontario Health
- DE: German Ministry of Health and the Robert Koch Institute (RKI)
- NL: Stichting Radboud universitair medisch centrum (Radboud University Medical Center)
- SE: Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (Vård- och omsorgsanalys)
- CH: Swiss Federal Office of Public Health (FOPH)
- UK : The Health Foundation

Bericht 01/26



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle diretrici e dei direttori
cantonali 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

Obsan

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

