



OBSAN BERICHT

07/2021

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

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CFW) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Olivier Pahud



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

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

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autor

Olivier Pahud, Obsan

Unter Mitarbeit von:

Tamara Bonassi, BAG

Projektleitung Obsan

Olivier Pahud

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 07/2021

Zitierweise

Pahud, O. (2021). *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CFR) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* (Obsan Bericht 07/2021).
Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,
obsan@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 45

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

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

Titelseite

Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,

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

Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2021

Wiedergabe unter Angabe der Quelle

für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2107

ISBN

978-2-940670-16-1



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

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

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CFR) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autoren
Herausgeber

Olivier Pahud
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2021

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3	4 Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen	40
Zusammenfassung	4	4.1 Krankenversicherungsmodelle und selbst getragene Kosten	40
Résumé	6	4.2 Finanzielle Sorgen und Herausforderungen	41
		4.3 Verzicht	44
1 Einführung und Methodik	8	5 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	48
1.1 Allgemeine Informationen	8	6 Literaturverzeichnis	50
1.2 Kurzporträt der älteren Wohnbevölkerung in der Schweiz	8	7 Anhang	52
1.3 Stichproben	10	7.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2021	52
1.4 Nutzen und Grenzen der Analysen	12	7.2 Informationen zu Kern- und Co-Finanzierung	56
1.5 Tabellen zum Bericht	12		
2 Gesundheitszustand	14		
2.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit	14		
2.2 Prävalenz und Behandlung von chronischen Erkrankungen	17		
2.3 Behandlungswünsche am Lebensende	22		
2.4 Rezeptpflichtige Medikamente und Covid-19-Impfung	24		
3 Inanspruchnahme und Koordination	27		
3.1 Allgemeine Bewertung der Grundversorgung	27		
3.2 Verfügbarkeit und Wartezeiten in der Grundversorgung	29		
3.3 Koordination zwischen Hausarztpraxen und weiteren Leistungserbringern	31		
3.4 Nachsorge nach stationärem Spitalaufenthalt	35		
3.5 Pflege und Betreuung zu Hause	37		
3.6 Nutzung von eHealth	38		

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of daily living / Aktivitäten des täglichen Lebens
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CWF	Stiftung Commonwealth Fund
EMS	Établissements médico-sociaux
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
HMO	Health Maintenance Organization
IHP	International Health Policy Survey
N / n	Bruttostichprobe / Nettostichprobe oder Teilstichprobe
Obsan	Schweizerische Gesundheitsobservatorium
SILC	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen
SKOS	Schweizerischen Konferenz der Sozialhilfe
SRPH	Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
AU	Australien
CA	Kanada
CH	Schweiz
DE	Deutschland
FR	Frankreich
NL	Niederlande
NO	Norwegen
NZ	Neuseeland
SE	Schweden
UK	Grossbritannien
US / USA	Vereinigte Staaten von Amerika

Zusammenfassung

Seit 2010 nimmt die Schweiz an den jährlich stattfindenden, internationalen gesundheitspolitischen Befragungen der Stiftung Commonwealth Fund (CWF) teil. In der Schweiz wird das Projekt durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geleitet und die Auswertungen sowie die Berichterstattung werden jeweils auf Mandatsbasis durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) erbracht. Die Erhebung 2021 bezieht sich wie bereits in den Jahren 2014 und 2017 auf die Wohnbevölkerung ab 65 Jahren und deren Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Folglich sind sowohl internationale wie auch zeitliche Vergleiche möglich. In der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass die Befragungen weltweit während der Covid-19-Pandemie stattgefunden haben (vergleiche Kapitel 1.4 – Nutzen und Grenzen der Analysen) und die Stichprobe die Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner der Alters- und Pflegeheime nicht berücksichtigt. Der vorliegende Bericht fasst die gestellten Fragen zu drei **Themenfeldern** zusammen: Gesundheitszustand, Inanspruchnahme und Koordination sowie Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen. Nachfolgend wird ein Auszug der wichtigsten Ergebnisse erläutert.

Die **selbst wahrgenommene Gesundheit** der älteren Wohnbevölkerung zeigt sich in der Schweiz seit 2014 unverändert hoch und entspricht im Jahr 2021 im internationalen Vergleich dem zweiten Rang. Allerdings berichtet in der Schweiz fast ein Viertel der Befragten von starken oder leichten **Einschränkungen in grundlegenden Aktivitäten** des Alltags (wie z.B. aus dem Bett aufstehen), was international dem zweithöchsten Wert entspricht.

In den drei IHP-Befragungen seit 2014 geben jeweils acht von zehn befragten Personen in der Schweiz an, dass sie an mindestens einer **chronischen Erkrankung** leiden, fast die Hälfte hat zwei oder mehr chronische Erkrankungen. Am häufigsten nennt die Schweizer Wohnbevölkerung 65+ Bluthochdruck und Arthritis oder Gelenkschmerzen. Das Krankheitsmanagement hat sich über die letzten vier Jahre verbessert. So besitzen im Jahr 2021 deutlich mehr Betroffene einen **Behandlungsplan**, welchen sie im täglichen Leben umsetzen können. Zudem ist der überaus grosse Anteil der betroffenen Personen sehr zuversichtlich oder zuversichtlich, das eigene Gesundheitsproblem unter Kontrolle zu haben.

In der Schweiz fühlt sich nahezu ein Fünftel der befragten Personen oft oder manchmal von anderen Personen isoliert und ein Achtel leidet unter **emotionalen Belastungen**.

Die schriftliche Dokumentation der **Behandlungswünsche am Lebensende** und einer entscheidungsbefugten Person hat in der Schweiz in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Bei Personen mit hoher Bildung, mit hohem Einkommen oder ohne Migrationshintergrund sowie bei den Befragten in der Deutschschweiz sind solche Dokumente deutlich häufiger vorhanden als bei ihren Vergleichsgruppen.

Der **Konsum rezeptpflichtiger Medikamente** fällt international vergleichsweise gering aus, obwohl in der Schweiz fast zwei Drittel der Befragten mindestens zwei verschriebene Medikamente konsumieren. Bei Personen mit Multimedikation fand während der letzten 12 Monate in drei Vierteln der Fälle eine Kontrolle aller Medikamente durch eine Fachperson statt. Allerdings geschieht dies in der französischen und der italienischen Schweiz deutlich seltener als in der Deutschschweiz.

Die **Qualität der medizinischen Versorgung** während der letzten 12 Monate wird in der Schweiz sowohl vor als auch während der Covid-19-Pandemie als sehr zufriedenstellend bewertet, was 2021 und 2017 jeweils einem ersten Rang entspricht.

In neun von zehn Fällen erhält die befragte Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz noch am selben Tag eine Antwort, wenn sie ihre Hausarztpraxis mit einem medizinischen Anliegen kontaktiert. Des Weiteren empfindet es die Hälfte der befragten Personen als sehr schwierig oder schwierig, ausserhalb der gängigen **Öffnungszeiten** medizinische Versorgung zu erhalten, ohne dabei eine Notfallstelle zu aufzusuchen.

Bei knapp einem Fünftel der befragten Personen fand aufgrund der Covid-19-Pandemie eine **Terminabsage oder -verschiebung** bei einer Gesundheitsfachperson statt, was international einem Rang im Mittelfeld entspricht. Demgegenüber fanden in der Schweiz deutlich weniger medizinische **Konsultationen per Telefon oder Videotelefonie** statt, während dies in fast allen anderen befragten Ländern deutlich häufiger passierte.

Die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz besucht im internationalen Vergleich häufiger eine Vielzahl von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten, erhält allerdings auch am häufigsten hausärztliche **Hilfe in der Koordination** in der Vereinbarung von Behandlungen. In der Wahrnehmung von **Koordinationsproblemen** zwischen Hausarzt- und Spezialarztpraxen zeigen sich über die drei IHP-Erhebungen teilweise deutliche Schwankungen in den befragten Ländern, ausser in der Schweiz, wo der Anteil wahrgenommener Koordinationsprobleme stabil bei knapp einem Fünftel liegt.

Die stationären **Spitalaufenthalte** sind seit 2017 leicht rückläufig und was die **Nachsorge** anbelangt, so zeigt die Schweiz im internationalen Vergleich Verbesserungspotenzial bezüglich der Abgabe von schriftlichen Informationen oder der Kontrolle aller vor und während dem Spitalaufenthalt verschriebenen Medikamente.

Ein Zehntel der befragten Wohnbevölkerung 65+ ist auf **formelle oder informelle Hilfe im Alltag** angewiesen und ebenfalls ein Zehntel leistet selber informelle Hilfe. In der Schweiz findet der grosse Anteil der Pflege und Betreuung zu Hause durch informelle Quellen wie Angehörige oder Freunde statt.

In der Nutzung von **eHealth** durch die ältere Wohnbevölkerung in der Schweiz findet vor allem das Internet als Informationsquelle bei Gesundheitsthemen Verwendung. Seit der letzten IHP-Befragung von 2017 haben vor allem Frauen wie auch die Altersgruppe der 80-jährigen und älteren Personen deutlich aufgeholt, was die Verwendung des Internets als Informationsquelle anbelangt.

Seit 2014 ist eine Zunahme von **Versicherungsmodellen** mit eingeschränkter Arztwahl auf Kosten des Standardmodells zu beobachten. Die am häufigsten gewählte Franchise der Wohnbevölkerung 65+ liegt bei 300 Franken, während Franchisen von 1000 oder 1500 Franken am seltensten zu finden sind.

Die Schweiz ist wie bereits 2017 erneut das Land mit den höchsten **selbst getragenen Gesundheitskosten**: Über die Hälfte der befragten Personen tätigten im Jahr 2021 für sich und ihre Familie Gesundheitsausgaben im Gegenwert von mindestens 1000 US-Dollar, welche nicht durch Grund- oder Zusatzversicherung gedeckt sind.

Sorgen können die Gesundheit einer Person beeinträchtigen, gerade wenn diese ein existenzielles Bedürfnis betreffen und chronischer Natur sind. In der Schweiz machte sich eine von zehn Personen immer oder normalerweise irgendeine **finanzielle Sorge** während der letzten 12 Monate vor der Befragung. Gerade Personen mit einem tiefen Einkommen oder mit Migrationshintergrund machen sich am häufigsten finanzielle Sorgen.

Der **Verzicht auf medizinische Leistungen** aus Kostengründen zeigt in der Schweiz in den letzten Jahren starke Schwankungen. Von 2014 auf 2017 war ein starker Anstieg im Verzicht zu beobachten, während von 2017 auf 2021 ein Rückgang zu sehen ist.

Der 2017 beobachtete Anstieg könnte unter anderem auf eine Sensibilisierung bezüglich der Kosten-Nutzen-Abschätzung zurückzuführen sein, wohingegen der anschliessende Rückgang schwieriger zu erklären ist. Weiterführende Analysen und eine Abgrenzung gegenüber Armutsindikatoren sind zukünftig notwendig.

Der häufigste **nicht finanzielle Grund für einen Verzicht** auf medizinische Leistungen ist das Abwarten einer Besserung. Weitere Gründe sind, dass keine Behandlung benötigt wurde oder dass man keine weiteren Kosten im Gesundheitswesen verursachen wollte.

Résumé

Depuis 2010, la Suisse participe chaque année à l'enquête internationale sur la politique de santé de la fondation Commonwealth Fund. En Suisse, ce projet est conduit par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et les analyses et le rapport sont réalisés sous mandat par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Comme en 2014 et 2017, l'enquête de 2021 porte sur l'expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Par conséquent, des comparaisons tant internationales que temporelles sont possibles. Lors de l'interprétation des résultats, il convient de noter que les enquêtes ont été menées dans les différents pays durant la pandémie de Covid-19 (voir le chapitre 1.4 - Avantages et limites des analyses) et que l'échantillon ne prend pas en compte les résidents des EMS. Le présent rapport reprend les questions posées dans trois **domaines**: l'état de santé, le recours aux soins et la coordination ainsi que les dépenses de santé et les défis financiers. Les résultats les plus importants sont présentés dans ce qui suit.

L'**état de santé auto-évalué** de la population âgée se maintient à un très bon niveau depuis 2014. En 2021, la Suisse se place au deuxième rang en comparaison internationale. Toutefois, près d'un quart des répondants pour la Suisse rapporte des **limitations légères ou importantes dans les activités de base de la vie quotidienne** (p. ex. se lever du lit), ce qui est le second résultat le plus élevé en comparaison internationale.

Dans chacune des trois enquêtes IHP conduites depuis 2014, les répondants pour la Suisse ont été huit sur dix à indiquer souffrir d'au moins une **maladie chronique** et près de cinq sur dix, à dire souffrir d'au moins deux maladies chroniques. Les 65 ans et plus résidant en Suisse citent le plus souvent la pression artérielle, l'arthrite ou des douleurs articulaires. La gestion des maladies s'est améliorée au cours des dernières années. En 2021, les personnes touchées disposent nettement plus souvent d'un **plan de traitement** qu'elles peuvent appliquer au quotidien. En outre, une très grande part des personnes concernées a « très confiance » ou « confiance » dans l'idée que ses problèmes de santé sont sous contrôle.

En Suisse, près d'un cinquième des personnes interrogées se sent parfois ou souvent isolées et un huitième souffre de **détresse émotionnelle**.

En Suisse, la documentation écrite des **souhaits de traitement en fin** de vie ainsi que la désignation d'une personne habilitée à prendre des décisions s'est considérablement répandue ces dernières années. Les personnes disposant d'un niveau de formation ou d'un revenu élevé, celles n'étant pas issues de la migration, ainsi que les répondants de Suisse alémanique disposent nettement plus souvent de tels documents que leurs groupes de comparaison.

La **consommation de médicaments sur ordonnance** est comparativement faible au niveau international, bien que près des deux tiers des personnes interrogées en Suisse consomment au moins deux médicaments sur ordonnance. Dans les trois quarts des cas de polymédication, tous les médicaments ont été contrôlés par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois. Toutefois, cette pratique est moins fréquente en Suisse romande et italienne qu'en Suisse alémanique.

La **qualité des soins médicaux** reçus au cours des 12 derniers mois est jugée « très satisfaisante » en Suisse, aussi bien avant que pendant la pandémie de Covid 19, ce qui correspond à la première place en 2021 comme en 2017.

Dans neuf cas sur dix, les répondants pour la Suisse reçoivent une réponse le jour même lorsqu'ils contactent leur médecin habituel pour un problème médical. De plus, la moitié des personnes interrogées trouvent qu'il est « très difficile » ou « difficile » d'obtenir des soins médicaux en dehors des **heures d'ouverture** normales sans se rendre dans un centre d'urgence.

Près d'un cinquième des personnes interrogées rapporte **l'annulation ou le report d'un rendez-vous** par un professionnel de santé en raison de la pandémie de Covid 19, ce qui correspond à un rang intermédiaire dans le classement international. En revanche, les consultations médicales ont nettement moins souvent eu lieu par téléphone ou en visiophonie, alors qu'elles étaient beaucoup plus fréquentes dans la quasi-totalité des autres pays sous enquête.

En comparaison internationale, la population résidente de 65 ans et plus en Suisse consulte plus fréquemment un nombre élevé de médecins différents, mais reçoit toutefois le plus souvent l'aide d'un médecin de premier recours pour **coordonner** les traitements. Dans la perception des **problèmes de coordination** entre le médecin de premier recours et les cabinets de spécialistes, les

trois enquêtes IHP montrent des fluctuations importantes dans les pays sous enquête, à l'exception de la Suisse où la part percevant des problèmes de coordination se maintient à un peu moins d'un cinquième.

Les **séjours hospitaliers** ont légèrement diminué depuis 2017 et en ce qui concerne le **suivi** après une hospitalisation, la Suisse montre un potentiel d'amélioration en comparaison internationale pour la remise d'instructions écrites ou le contrôle de tous les médicaments prescrits avant et au cours de l'hospitalisation.

Un dixième de la population résidente de 65 ans et plus interrogée dépend d'une **aide formelle ou informelle** dans la vie quotidienne et un dixième fournit elle-même une aide informelle. En Suisse, la majorité des soins et de l'aide apportés au domicile le sont de manière informelle, par des parents ou des amis.

Concernant le recours aux instruments de **cybersanté**, la population âgée résidant en Suisse, s'informe principalement par internet sur des sujets liés à leur santé. Depuis la dernière enquête IHP en 2017, les femmes ainsi que la tranche d'âge des 80 ans et plus, ont considérablement rattrapé leur retard en termes d'utilisation d'internet comme source d'information.

Depuis 2014, on observe une augmentation des **modèles d'assurance** avec un choix limité des médecins au détriment du modèle standard. La franchise la plus fréquemment choisie par les répondants est de 300 francs, tandis que les franchises de 1000 ou 1500 francs sont les moins courantes.

Comme en 2017, la Suisse est à nouveau le pays **avec les frais de santé directement à la charge des ménages** les plus élevés : en 2021, plus de la moitié des personnes interrogées dépensaient, pour leur santé et celle de leur famille, au moins 1000 dollars américains non couverts par l'assurance de base ou complémentaire.

Les **inquiétudes** peuvent affecter la santé d'une personne, surtout si elles concernent un besoin existentiel et sont de nature chronique. En Suisse, une personne sur dix déclare avoir « toujours » ou « normalement » eu des préoccupations financières au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les personnes à faible revenu ou issues de l'immigration sont les plus susceptibles de s'inquiéter financièrement.

Le **renoncement à des prestations de santé** pour des raisons de coûts a connu de grandes fluctuations en Suisse ces dernières années. Une forte augmentation du renoncement a été observée de 2014 à 2017, tandis qu'une diminution s'est ensuivie entre 2017 et 2021. L'augmentation observée en 2017 pourrait être due, entre autres, à une prise de conscience de l'évaluation coût-bénéfice, alors que la diminution subséquente est plus difficile à expliquer. D'autres analyses et une distinction avec les indicateurs de pauvreté seront nécessaires à l'avenir.

Le motif non financier le plus fréquent du renoncement aux prestations de santé est l'attente d'une amélioration de l'état de santé. D'autres raisons sont qu'aucun traitement n'était nécessaire ou le souhait de ne pas causer de frais supplémentaires pour le système de santé.

1 Einführung und Methodik

1.1 Allgemeine Informationen

Dieser Bericht erstellt ein Porträt der Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren (nachfolgend Wohnbevölkerung 65+ genannt) mit dem Schweizer Gesundheitssystem. Die Basis hierfür liefern die Ergebnisse der internationalen Befragung *International Health Policy (IHP) Survey* des Commonwealth Fund (CFW), einer gemeinnützigen Stiftung mit Sitz in den USA. Seit 1998 lässt der CWF internationale vergleichbare Befragungen zu gesundheitspolitischen Themen durchführen. Die Befragungen beziehen sich abwechselungsweise auf eine der folgenden drei Zielgruppen: die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren oder – wie in diesem Bericht porträtiert – die Wohnbevölkerung 65+. Im Frühjahr 2021 nahm die Schweiz nach 2014 und 2017 zum dritten Mal an der Befragung mit der hier porträtierten Zielgruppe teil. Folglich sind sowohl zeitliche wie auch internationale Vergleiche mit den folgenden 10 Teilnehmerländern möglich: Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweden und USA.

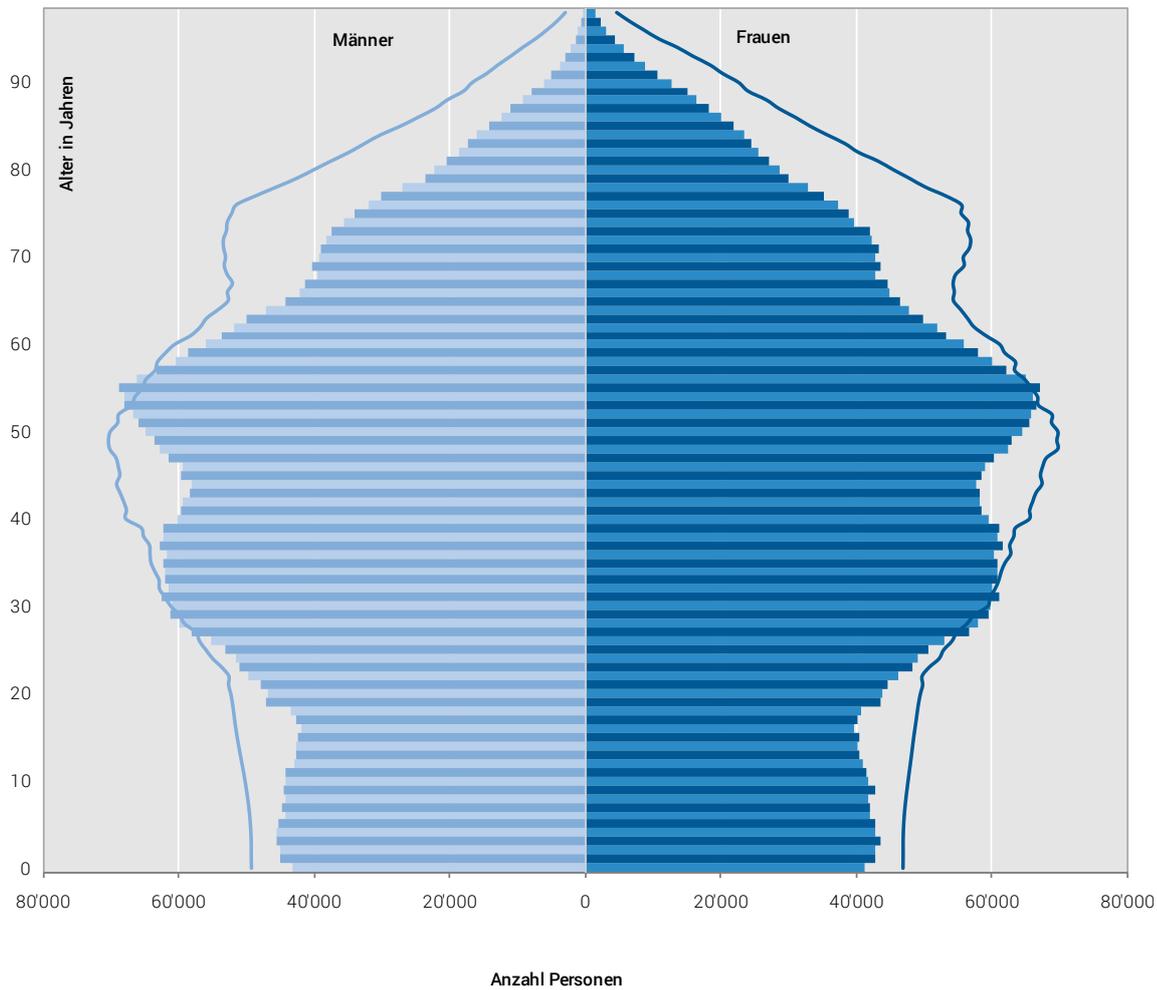
Seit der erstmaligen Teilnahme der Schweiz an der Befragung im Jahr 2010 führt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die Analysen der gesammelten Daten durch. Die Resultate werden jeweils als Bericht publiziert (Burla, 2011; Camenzind & Petrini,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

1.2 Kurzporträt der älteren Wohnbevölkerung in der Schweiz

Im Jahr 2019 lebten in der Schweiz laut Bundesamt für Statistik (BFS) insgesamt 8 606 033 Menschen, wovon 1 605 800 (18,7%) in die Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Personen fallen (siehe Grafik G 1.1). Bis ins Jahr 2040 wird die gesamte Wohnbevölkerung der Schweiz um +16,4% auf über 10 Millionen Menschen ansteigen. Deutlich wachsen wird die Wohnbevölkerung 65+, da die Kohorte der Babyboomer (d.h. die Nachkriegsjahrgänge 1946 bis 1965, welche sich in der Pyramide um den Gipfel zwischen dem Alter von 55 bis 60 Jahren manifestieren) in die höheren Altersklassen aufrückt und die nachrückenden Jahrgänge von Geburtenrückgängen geprägt sind. Folglich wird die Wohnbevölkerung 65+ bis ins Jahr 2040 einen Viertel (24,4%) der gesamten Wohnbevölkerung ausmachen, was einem Anstieg von +52,3% entspricht. Am stärksten wachsen wird die Altersgruppe der 80-jährigen und älteren Personen, welche sich in den nächsten 20 Jahren nahezu verdoppelt (+88,3%), während bei der Altersgruppe der unter 65-jährigen Personen das schwächste Wachstum (+8,1%) zu erwarten ist. Das Wachstum der älteren Wohnbevölkerung dürfte eine beträchtliche Auswirkung auf den Schweizer Gesundheitssektor haben. So wird der Bedarf an Betten und qualifiziertem Gesundheitspersonal in Einrichtungen der Alters- und Langzeitpflege stark ansteigen (Merçay, Grünig & Dolder, 2021). Des Weiteren dürften die Gesundheitskosten zunehmen, welche sich im Jahr 2019 auf schätzungsweise 82,5 Milliarden Schweizer Franken beliefen, wovon fast die Hälfte (44,9%) auf die Wohnbevölkerung 65+ zurückzuführen war (BFS, 2021).

G 1.1 Bevölkerungskennzahlen und Bevölkerungspyramide der Schweiz, nach Alter und Geschlecht, 2019 und 2040

Männer CH =  = Frauen CH
 Prognose Männer ständige Bevölkerung per 31.12. (2040) =  = Prognose Frauen ständige Bevölkerung per 31.12. (2040)



Alter	Bevölkerung				Veränderung 2019-2040
	2019	%	2040	%	
0-64 Jahre	7 000 233	81,3%	7 569 828	75,6%	(+8,1%)
65-69 Jahre	430 612	5,0%	538 484	5,4%	(+25,1%)
70-74 Jahre	400 091	4,6%	549 115	5,5%	(+37,2%)
75-79 Jahre	321 427	3,7%	503 939	5,0%	(+56,8%)
80+ Jahre	453 670	5,3%	854 046	8,5%	(+88,3%)
Total 65+	1 605 800	18,7%	2 445 584	24,4%	(+52,3%)
Total	8 606 033	100%	10 015 412	100%	(+16,4%)

Quelle: BFS – Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Bevölkerungsszenarien, 2019

© Obsan 2021

1.3 Stichproben

Im Jahr 2021 wurde neben der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz auch die Wohnbevölkerung 65+ von Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweden und den USA befragt. Der CWF hat für die IHP-Befragung von 2021 erneut das Unternehmen SSRS mit der Leitung der internationalen Erhebung der Daten und deren Aufbereitung beauftragt. In der Schweiz wurde die Übersetzung des englischsprachigen Originalfragebogens in die drei Landessprachen und die Datenerhebung von der Firma M.I.S. Trend durchgeführt.

Für die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz wurde mittels **Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen** (SRPH) des BFS eine Bruttostichprobe von 5005 Personen gezogen, welche die Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner von Alters- und Pflegeheimen nicht repräsentiert und nur Personen in Privathaushalten einschliesst. Die Bruttostichprobe wurde anhand der drei Sprachregionen (mit und ohne Telefonanschluss) geschichtet, wobei die vier Kantone Basel-Stadt ($n = 364$), Genf ($n = 354$), Waadt ($n = 352$) und Wallis ($n = 303$) mit Stichprobenaufstockungen als eigene Schichten erhoben wurden. Die mittels SRPH ausgewählten Personen wurden schriftlich zur Befragung eingeladen, welche sie online oder telefonisch vornehmen konnten. Bei Nichtbeantwortung der Einladung wurden maximal zwei Erinnerungsschreiben versandt, was schliesslich in einer Nettostichprobe (nachfolgend Stichprobe genannt) von 2597 kompletten Fragebogen (78% online und 22% per Telefon) resultierte. Die Stichprobe wurde nach den folgenden Kriterien gewichtet: geschlechtsabhängige Altersklassen, Bildungsniveau und Kanton.

Die ungewichteten länderspezifischen Stichproben und Rücklaufquoten der IHP-Befragungen 2014, 2017 und 2021 sind in Tabelle T 1.1 zu finden. Die ungewichtete und gewichtete Schweizer Stichprobe nach soziodemografischen Merkmalen (in %) sind in Tabelle T 1.2 abgebildet. Für weiterführende Informationen zu den Methoden in der Schweiz und den anderen Ländern ist der ausführliche Methodenbericht von SSRS (2021) zu konsultieren.

Im Jahr 2014 fällt das Stichprobentotal ($n = 15\,617$) über alle befragten Länder am niedrigsten aus, da in dieser Befragung ursprünglich Personen ab 55 Jahren in die Stichprobe aufgenommen wurden. Um die zeitliche Vergleichbarkeit der drei IHP-Befragungen zu gewährleisten, wurde für die Analysen der Daten von 2014 nur Personen im Alter von 65+ berücksichtigt. Ohne Eingrenzung der Altersgruppe auf 65+ würde sich das internationale Stichprobentotal im Jahr 2014 auf 25 530 Personen belaufen. Eine weitere Alterseingrenzung 65+ musste im Jahr 2021 für die USA vorgenommen werden, welche im Unterschied zu den anderen befragten Ländern Personen ab 60 Jahren befragte.

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

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

Land und Abkürzung	2014		2017		2021	
	Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote	Stichprobe	Rücklaufquote
Australien AU	1 670	-	2 500	25%	501	17%
Deutschland DE	547	-	751	19%	1 163	21%
Frankreich FR	860	-	750	24%	1 751	14%
Grossbritannien UK	581	-	753	22%	1 876	7%
Kanada CA	3 147	-	4 549	23%	4 332	22%
Neuseeland NZ	379	-	500	26%	500	24%
Niederlande NL	582	-	750	52%	630	15%
Norwegen NO	651	-	750	15%	500	14%
Schweden SE	5 000	-	7 000	29%	3 018	46%
Schweiz CH	1 084	-	3 238	45%	2 597	48%
USA US	1 116	-	1 392	19%	1 642	11%
Total	15 617	-	22 933	27%	18 510	22%

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: Für die IHP-Befragung aus dem Jahr 2014 stehen keine Rücklaufquoten für die Wohnbevölkerungen 65+ zur Verfügung. In der Schweiz und Schweden wurde im Jahr 2021 neben der telefonischen Befragung auch eine Online-Erhebung durchgeführt, weshalb sich die Rücklaufquoten von den restlichen Ländern mit rein telefonischer Befragung deutlich unterscheiden.

T 1.2 Stichprobe nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Migrationsstatus, Sprachregion, Urbanisierungsgrad und kantonaler Aufstockung, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2021

Merkmal	Merkmalsausprägung	Stichprobe (nicht gewichtet)	Prozentanteil (nicht gewichtet)	Stichprobe (gewichtet)	Prozentanteil (gewichtet)
Geschlecht	Männer	1 203	46,4	1 163	44,8
	Frauen	1 392	53,6	1 432	55,2
Alter	65-69 Jahre	666	25,6	699	26,9
	70-74 Jahre	753	29,0	651	25,1
	75-79 Jahre	585	22,5	597	23,0
	80+ Jahre	593	22,8	649	25,0
Bildungsniveau	Obligatorische Schule	500	21,5	544	23,4
	Sekundarstufe II	1 249	53,7	1 560	67,0
	Tertiärstufe	579	24,9	224	9,6
Einkommen	Unterhalb der Armutsgrenze	641	24,7	640	24,7
	Oberhalb der Armutsgrenze	1 956	75,3	1 957	75,3
Migrationsstatus	Ohne Migrationshintergrund	1 914	73,9	2 059	79,5
	Mit Migrationshintergrund	677	26,1	531	20,5
Sprachregion	Deutschschweiz	1 215	46,8	1 865	71,8
	Französische Schweiz	1 067	41,1	596	22,9
	Italienische Schweiz	315	12,1	136	5,3
Urbanisierungsgrad	Stadt	1 700	65,5	1 537	59,2
	Agglomeration	387	14,9	375	14,4
	Land	510	19,6	685	26,4
Kantonale Aufstockungen	Basel-Stadt	364	14,0	63	2,4
	Schweiz ohne Basel-Stadt	2 233	86,0	2 534	97,6
	Genf	354	13,6	135	5,2
	Schweiz ohne Genf	2 243	86,4	2 461	94,8
	Waadt	352	13,6	217	8,3
	Schweiz ohne Waadt	2 245	86,4	2 380	91,7
	Wallis	303	11,7	112	4,3
	Schweiz ohne Wallis	2 294	88,3	2 485	95,7

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: Bei einigen soziodemografischen Merkmalen kann die Summe der Merkmalsausprägungen vom Stichprobentotal ($n = 2597$) abweichen, da beispielsweise nicht alle befragten Personen ihre höchste abgeschlossene Ausbildung ($n = 2328$) definiert haben. Des Weiteren handelt es sich um gerundete Prozentangaben, weshalb die Prozentsumme innerhalb von einem Merkmal zwischen 99,9% bis 100,1% variiert.

1.4 Nutzen und Grenzen der Analysen

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

Die mittels SRPH gezogene **Stichprobe** repräsentiert ausschliesslich die Wohnbevölkerung 65+, welche in einem Privathaushalt lebt. Die Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner der **Alters- und Pflegeheime** können mit dem SRPH nicht kontaktiert werden und wurden folglich nicht befragt. Bei einigen Fragen könnte dies zu einer Verzerrung der tatsächlichen Anteile geführt haben. So beispielsweise beim erfragten Ausmass der benötigten Pflege und Betreuung, aber auch bei der Frage zur sozialen Isolation. Gerade in der Pandemie waren die Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner von Alters- und Pflegeheimen stärker von den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie und den assoziierten Schutzmassnahmen betroffen als zu Hause lebende Personen. Folglich gilt es in der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass die IHP-Befragung primär für die zu Hause lebende Wohnbevölkerung 65+ repräsentativ ist.

Die IHP-Befragung im Jahr 2021 fand weltweit während der **Covid-19-Pandemie** statt. In der Schweiz wurden die Daten ab dem 16. März 2021 bis zum 1. Juni 2021 erhoben, während die internationale Erhebung vom 1. März 2021 bis 14. Juni 2021 dauerte. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die Pandemie, die länderspezifischen Schutzmassnahmen und die Impfkampagnen einen Einfluss auf die befragten Personen und die Ergebnisse hatten (vergleiche Wissmath et al., 2020). Einige der 2021 gestellten Fragen decken mit dem retrospektiven Fragestil (z.B. «Haben Sie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung...») den Pandemiezeitraum ab und ermöglichen einen Vergleich mit den Ergebnissen vor der Pandemie in den Jahren 2017 und 2014. Allerdings ist anhand der Daten nicht zu bestimmen, ob die Covid-19-Pandemie tatsächlich für die zeitliche Entwicklung zwischen 2017 und 2021 verantwortlich ist oder nicht. Viel mehr weisen solche Vergleiche der Ergebnisse vor und während der Pandemie auf allfällige Effekte der Covid-19-Pandemie hin, welche mittels weiterführender Studien genauer untersucht werden sollten.

Einige Fragestellungen und/oder Antwortformate wurden zwischen den Befragungen modifiziert, weshalb diese nur mit Vorsicht oder nicht verglichen werden können. Bei diversen Fragen ist in der IHP-Befragung aus dem Jahr 2014 keine Antwortoption im Sinne von «Nicht davon betroffen» enthalten, was nach 2014 zu einer deutlichen Umverteilung des Anteils «Nein» geführt hat. Ein Beispiel hierfür stellt die Frage Q1425A1 dar, in welcher gefragt wurde, ob zwischen Arztbesuchen eine medizinische Fachkraft Kontakt aufnimmt, um zu schauen wie man zurechtkommt. Der Nein-Anteil hat sich ab 2017 stark reduziert und über die neuen Antwortoptionen wie «Musste nie jemanden zwischen den Arztbesuchen kontaktieren» verteilt. Folglich ist bei solchen

Modifikationen Vorsicht geboten, wenn die Jahre 2017 und 2021 mit dem Jahr 2014 verglichen werden. Des Weiteren wurden einige Fragen einschneidend modifiziert, so dass deren Vergleich mit den vergangenen Befragungen nicht mehr zulässig ist: Beispielsweise wurde in der Frage zu den seelischen Belastungen (Q1430) der erfragte Zeithorizont von zwei Jahren auf 12 Monate reduziert. Zusätzlich ist der englische Originalfragebogen auf Deutsch, Französisch und Italienisch sowie in die Sprachen der anderen Länder übersetzt worden, weshalb die sprachlichen und länderspezifischen Anpassungen zu minimalen Modifikationen der Fragestellungen und damit zu unterschiedlichen Interpretationen geführt haben könnten.

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

Schlussendlich beinhaltet jede Messung ein gewisses Mass an Ungenauigkeit, weshalb sich in den detaillierten Ergebnistabellen die **95%-Konfidenzintervalle** finden, die aus Gründen der Übersichtlichkeit in den Grafiken des Berichts nicht dargestellt sind. Mit Hilfe der Konfidenzintervalle kann beurteilt werden, ob ein Unterschied zwischen Merkmalsausprägungen oder über die Zeit hinweg signifikant ausfällt und somit nicht rein zufällig zustande gekommen ist. Gerade bei kleineren Stichproben oder aufgrund der Basisrate angepassten Teilstichproben ist eine Berücksichtigung der Konfidenzintervalle bei der Interpretation der Ergebnisse besonders wichtig, da ein scheinbar grosser Unterschied in den Prozentwerten aufgrund breiter Konfidenzintervalle oft nicht signifikant ausfällt und somit keinen genuine Unterschied darstellt.

1.5 Tabellen zum Bericht

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

Die soziodemografischen Tabellen der Schweiz enthalten die folgenden 11 Merkmale: Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Migrationsstatus, Sprachregion, Urbanisierungsgrad sowie die vier Stichprobenaufstockungen der Kantone Basel-Stadt, Genf, Waadt und Wallis. Die Merkmale werden hier mit Ausnahme von Geschlecht und Alter kurz erläutert.

Das Merkmal **Bildungsniveau** widerspiegelt die höchste abgeschlossene Ausbildung im Moment der Befragung und wird in

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

Das **Einkommen** wurde anhand der Armutsgrenze eingeteilt, die für die Schweiz mittels der folgenden Frage (Q2076) definiert wird: Können Sie bitte angeben, in welchen Bereich das monatliche Einkommen Ihres Haushalts fällt (alle Personen zusammengezählt, inklusive Löhne, Renten der AHV, allfällige Ergänzungsleistungen, Pensionskasse, 3. Säule und anderer Einkommen). Hiermit ist das Bruttoeinkommen vor Abzug aller obligatorischen Ausgaben (d.h. Steuern und Prämien der Grundversicherung) gemeint. Ein Bruttoeinkommen von weniger als 3500 Franken wird als «unterhalb der Armutsgrenze» definiert, während alle Antwortkategorien von 3500 Franken und mehr als «oberhalb der Armutsgrenze» zusammengeschlossen werden. Verglichen mit den Zahlen des BFS zur durchschnittlichen Armutsgrenze nach Haushaltstyp lässt sich festhalten, dass die Armutsgrenze im Jahr 2019 für eine Einzelperson bei durchschnittlich 2279 Franken pro Monat lag und für einen Haushalt mit zwei Erwachsenen (ohne Kinder) bei durchschnittlich 3045 Franken pro Monat. Hierbei handelt es sich im Unterschied zur IHP-Befragung um das verfügbare Einkommen (d.h. nach Abzug aller obligatorischen Ausgaben). Es ist des Weiteren davon auszugehen, dass die Armutsgrenze für Personen ab 65 Jahren tendenziell tiefer als die hier angegebenen BFS-Armutsgrenzen für die gesamte Wohnbevölkerung ausfallen, da die angerechneten Wohnkosten in der Berechnung¹ der Armutsgrenze für die Wohnbevölkerung 65+ (aufgrund von Wohneigentum oder tiefen Mieten) generell tiefer ausfallen. Demzufolge ist davon auszugehen, dass es sich bei der in der IHP definierten Armutsgrenze von 3500 Franken um eine zulässige Trenngrenze handelt. Ausführlichere Informationen zu Armut im Alter bietet die Publikation des BFS (2020a).

Das Merkmal **Migrationsstatus**² setzt sich aus den beiden Fragen «Wurden Sie in der Schweiz geboren oder an einem anderen Ort?» (Q2080) und «Wurden Ihre Eltern in der Schweiz oder woanders geboren?» (Q2115) zusammen. Die Merkmalsausprägung ohne Migrationshintergrund fasst Personen zusammen, welche in der Schweiz geboren sind und bei denen mindestens ein Elternteil ebenfalls in der Schweiz geboren ist sowie Personen,

welche nicht in der Schweiz geboren sind, bei welchen aber mindestens ein Elternteil in der Schweiz geboren ist. Alle anderen Kombinationen beinhalten Personen mit Migrationshintergrund (z.B. in der Schweiz geboren, aber beide Eltern woanders geboren).

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

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

¹ In der empirischen Berechnung der Armutsgrenzen auf Basis der SILC-Daten (Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen, BFS) fliessen drei Komponenten ein: Grundbedarf nach Richtlinien der Schweizerischen Konferenz der Sozialhilfe (SKOS), die durchschnittlichen angerechneten Wohnkosten und ein Betrag für weitere Auslagen.

² Bevölkerung nach Migrationsstatus ersetzt zunehmend das Konzept der Nationalität, welches ausschliesslich auf der Staatszugehörigkeit der befragten Person zum Zeitpunkt der Befragung beruht und keinen Aufschluss über die eigentlichen Migrationserfahrungen gibt. Der Migrationsstatus im Rahmen der IHP-Befragungen stellt einen Proxy des BFS-Migrationsstatus dar, zu welchem sich detaillierte Informationen auf der Internetseite des BFS finden lassen.

2 Gesundheitszustand

Das Älterwerden ist ein natürlicher Vorgang, welcher sich von Mensch zu Mensch verschieden verhält, jedoch bei allen früher oder später gesundheitliche Konsequenzen mit sich bringt. So können sich im Alterungsprozess unterschiedliche Gesundheitsprobleme entwickeln oder – wenn bereits vorhanden – verstärken. Folglich hat der Alterungsprozess nicht nur eine direkte Auswirkung auf die Gesundheit, sondern auch auf den Lebensstil, das Zusammenleben oder die Planung des letzten Lebensabschnitts. Nachfolgend werden die Resultate zur selbst wahrgenommenen Gesundheit und zu chronischen Erkrankungen präsentiert. Des Weiteren werden mit dem Gesundheitszustand assoziierte Themen wie Behandlungswünsche am Lebensende, der Konsum rezeptpflichtiger Medikamente und die Einstellung gegenüber der Covid-19-Impfung vorgestellt.

2.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit

Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand ist eine subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und wird international als Indikator zur Erfassung der allgemeinen Gesundheit einer Wohnbevölkerung verwendet (Jylhä, 2009). Neben dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden widerspiegelt er gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und steht in engem Zusammenhang mit objektiven Gesundheitskriterien (Schnittker & Bacak, 2014; Wu et al., 2013). In der Schweiz – wie auch in anderen Ländern – sinkt die Qualität der selbst wahrgenommenen Gesundheit mit zunehmendem Lebensalter, was unter anderem auf die altersbedingte Zunahme von chronischen Gesundheitsproblemen zurückzuführen ist (BFS, 2020b; Zajacova et al., 2017).

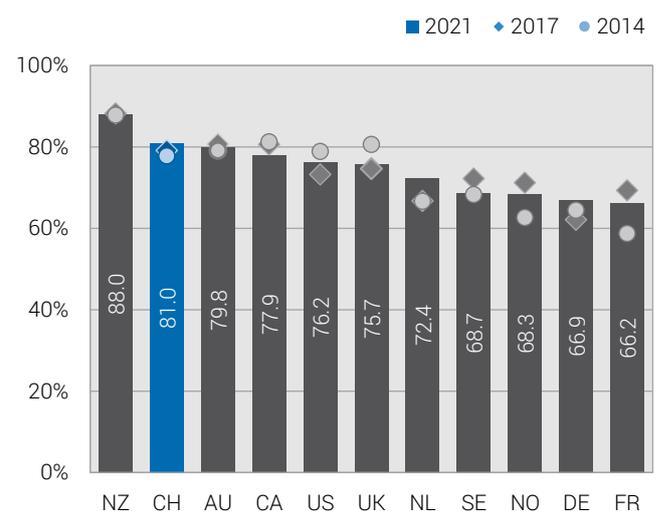
Die eigene Gesundheit wird durch die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz grösstenteils als ausgezeichnet, sehr gut oder gut eingeschätzt und knapp weniger als ein Fünftel betrachtet sie als mittelmässig oder schlecht.

Acht von 10 Personen (81,0%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz nehmen die eigene Gesundheit als ausgezeichnet, sehr gut, oder gut wahr, was im internationalen Vergleich dem zweiten Rang nach Neuseeland (88,0%) und vor dem drittplatzierten Australien (79,8%) entspricht (siehe Grafik G 2.1). Mit Anteilen von jeweils weniger als 70% befinden sich auf Rang acht bis elf die Länder Schweden (68,7%), Norwegen (68,3%), Deutschland (66,9%)

und Frankreich (66,2%). In der zeitlichen Entwicklung zeigt sich der Anteil ausgezeichnet, sehr gut oder gut in Neuseeland, in der Schweiz und in Australien praktisch unverändert auf hohem Niveau. In den restlichen Ländern sind im selben Zeitraum leichte Schwankungen zu sehen, allerdings fallen die jeweiligen Zuz- respektive Abnahmen statistisch nicht bedeutsam aus.

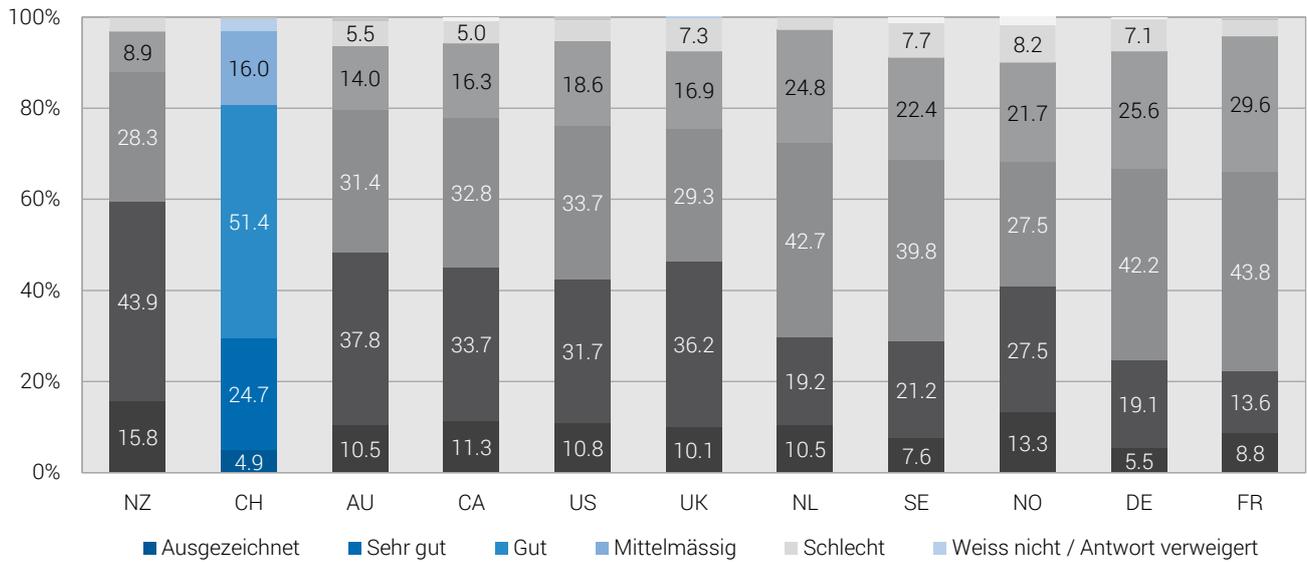
In Betrachtung der gesamten Antwortskala fällt in der Schweiz vor allem der niedrige Anteil (4,9%) an ausgezeichneten sowie der hohe Anteil (51,4%) an guten Einschätzungen auf: Beide Anteile entsprechen im internationalen Vergleich dem niedrigsten respektive dem höchsten Prozentwert in der jeweiligen Antwortkategorie (siehe Grafik G 2.2). Des Weiteren lässt sich hervorheben, dass weniger als ein Fünftel (18,8%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz die eigene Gesundheit als mittelmässig oder schlecht einschätzt. Dieser Anteil ist nur in Neuseeland (12,0%) kleiner und fällt jeweils mit ungefähr einem Drittel in Deutschland (32,7%) und Frankreich (33,2%) besonders ins Gewicht.

G 2.1 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher die eigene Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreibt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021
© Obsan 2021

G 2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy 2021

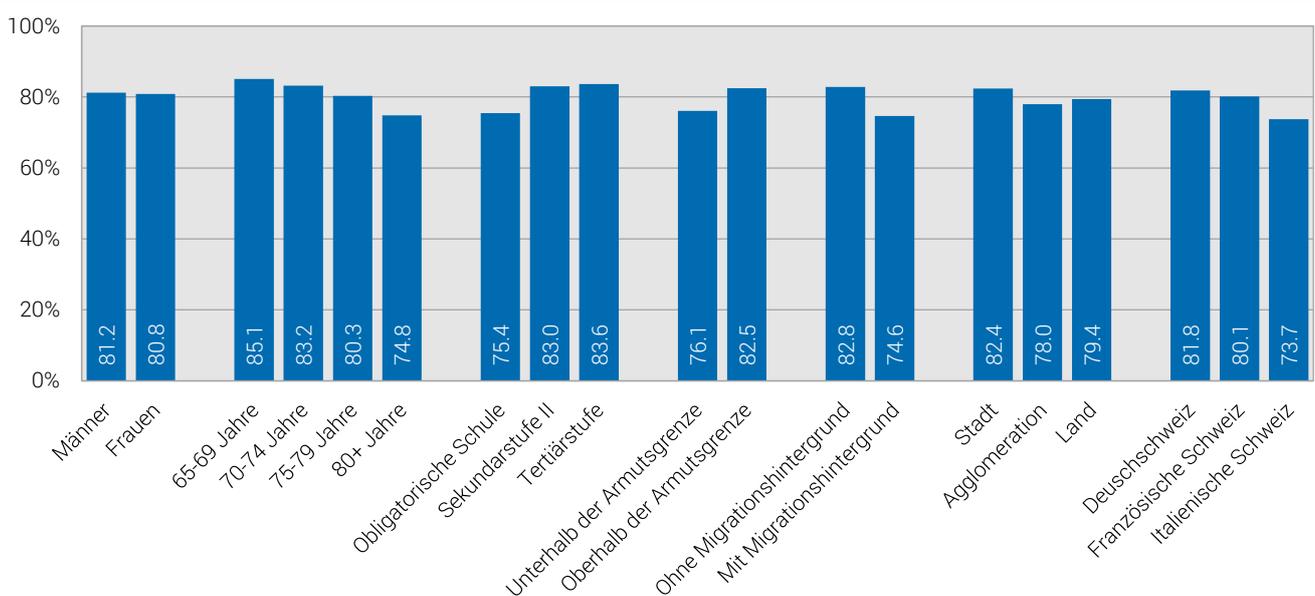
© Obsan 2021

Bemerkung: Die Länder sind der Grösse nach absteigend nach dem Anteil ausgezeichnet, sehr gut und gut geordnet.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz fallen einige bedeutende Unterschiede auf (siehe Grafik G 2.3). Der wissenschaftlich etablierte negative Zusammenhang zwischen dem Alter und der Qualität der selbst wahrgenommenen Gesundheit lässt sich auch über die vier Altersklassen beobachten, wobei sich nur der Anteil der 65- bis 69-jährigen Personen (85,1%) statistisch bedeutsam vom Anteil der 80-jährigen und älteren Personen (74,8%) unterscheidet. Ein zweiter bedeutsamer Unterschied findet sich bezüg-

lich Migrationshintergrund: Die Wohnbevölkerung 65+ ohne Migrationshintergrund (82,8%) schätzt die eigene Gesundheit besser ein als die Wohnbevölkerung 65+ mit Migrationshintergrund (74,6%). Schliesslich berichten befragte Personen in der Deutschschweiz von besserer Gesundheit (81,8%) als Personen in der italienischen Schweiz (73,7%). Neben diesen drei signifikanten Ergebnissen lassen sich in den anderen Merkmalen keine bedeutsamen Unterschiede finden, auch wenn sich solche in den Merkmalen Bildungsniveau und Einkommen tendenziell andeuten.

G 2.3 Selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy 2021

© Obsan 2021

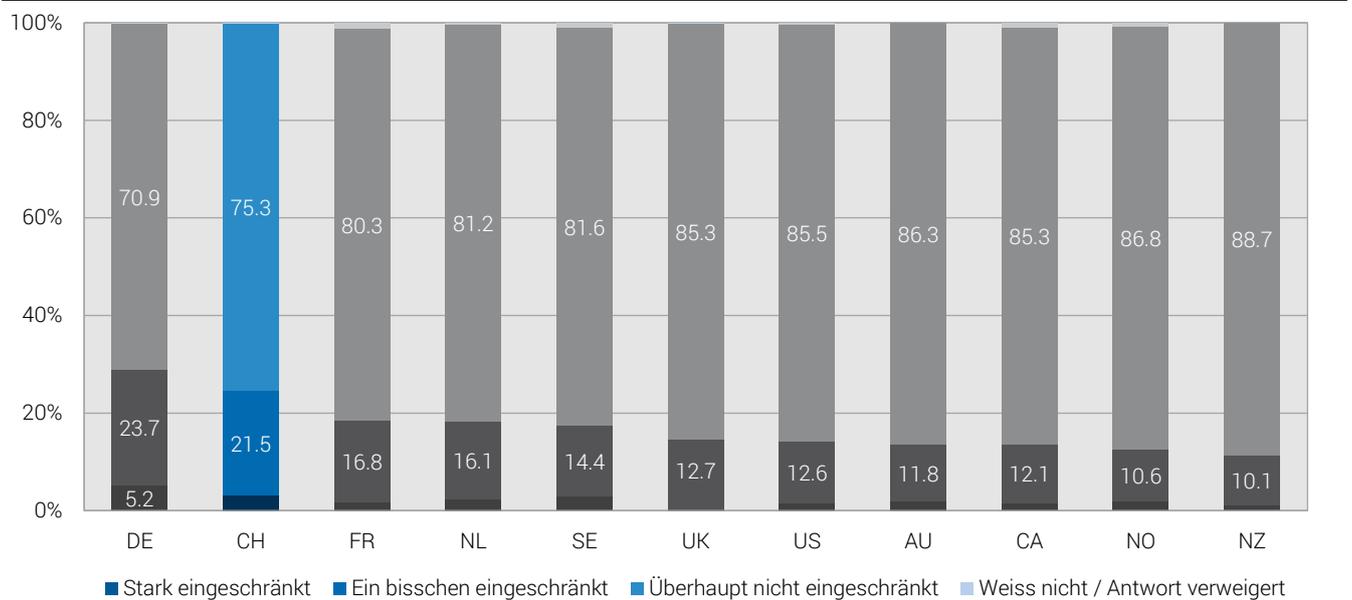
Ungefähr ein Viertel der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz berichtet, in grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens stark oder ein bisschen eingeschränkt zu sein.

Mit Skalen zur Erfassung der Einschränkung in den grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL; *activities of daily living*) wird der funktionale Status einer Person erfasst. Damit können Krankheitsverläufe überwacht sowie Therapien laufend evaluiert werden (Katz, 1983). Junge, gesunde Personen können diese grundlegenden Aktivitäten wie beispielsweise aus dem Bett aufstehen meistens ohne Unterstützung ausführen, während ältere, chronisch kranke Personen in diesen Aktivitäten stärker eingeschränkt sein können oder gar auf Unterstützung angewiesen sind. Folglich bieten ADL-Skalen neben dem Aufschluss über den

körperlichen Gesundheitszustand einer älteren Person auch Informationen über deren Unterstützungsbedarf.

Ungefähr ein Viertel (24,6%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz gibt an, in alltäglichen Aktivitäten wie Nahrungsaufnahme, Aufstehen aus dem Bett, dem An- und Ausziehen, dem Baden oder dem Benutzen der Toilette eingeschränkt zu sein: 3,1% sind stark eingeschränkt und 21,5% sind ein bisschen eingeschränkt (siehe Grafik G 2.4). Im internationalen Vergleich zeigt sich nur die Wohnbevölkerung 65+ in Deutschland stärker eingeschränkt: Insgesamt sind es hier 28,9%, wovon 5,2% stark und 23,7% ein bisschen eingeschränkt sind. Am wenigsten eingeschränkt zeigt sich die Wohnbevölkerung 65+ in Neuseeland, wo nur ungefähr eine von zehn Personen (11,3%) angibt, in grundlegender Aktivität stark (1,2%) oder ein bisschen (10,1%) eingeschränkt zu sein.

G 2.4 Einschätzung der Einschränkung in Aktivitäten des täglichen Lebens, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

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

2.2 Prävalenz und Behandlung von chronischen Erkrankungen

Die Anzahl und das Ausmass an vorhandenen chronischen Erkrankungen kann im Gegensatz zur selbst wahrgenommenen Gesundheit als objektiver Indikator für den Gesundheitszustand der älteren Wohnbevölkerung herangezogen werden. Nachfolgend werden zuerst die Ergebnisse zur Lebenszeitprävalenz von chronischen Erkrankungen präsentiert. Im Rahmen der IHP-Befragungen wird der Begriff der Lebenszeitprävalenz wie folgt definiert: Die befragte Person hat bereits einmal von ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt gehört, dass sie an einer chronischen Erkrankung leide, unabhängig vom gegenwärtigen Status der Erkrankung oder der Behandlung.

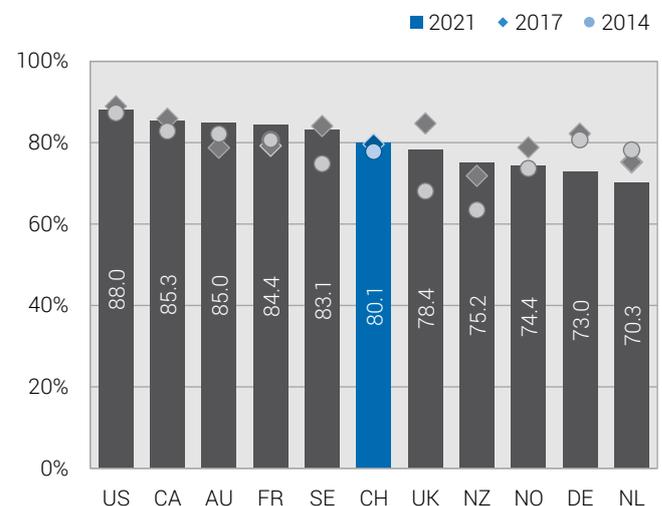
Acht von zehn Personen der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz leiden oder litten in ihrem Leben an mindestens einer chronischen Erkrankung.

Acht von zehn Personen (80,1%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz haben bereits einmal von ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt gehört, dass sie an irgendeiner chronischen Erkrankung³ leiden, was im internationalen Vergleich dem sechsten Rang entspricht (siehe Grafik G 2.5). Auf den Rängen vor der Schweiz liegen die USA (88,0%), Kanada (85,3%), Australien (85,0%), Frankreich (84,4%) und Schweden (83,1%), wobei sich nur die USA, Kanada und Frankreich signifikant vom Schweizer Anteil (80,1%) unterscheiden. Auf den letzten, besten Rängen liegen Deutschland (73,0%) und die Niederlande (70,3%). In der zeitlichen Entwicklung seit 2017 ist im Vereinigten Königreich (-6,3 Prozentpunkte) und in Deutschland (-9,2 Prozentpunkte) ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen, während sich in Frankreich (+5,2 Prozentpunkte) ein bedeutender Anstieg zeigt. Demgegenüber hat sich der Schweizer Anteil seit 2014 praktisch nicht verändert und liegt in den drei Erhebungen bei ungefähr 80%.

Mit zunehmenden Alter besteht nicht nur die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sich ein chronisches Gesundheitsproblem

entwickelt, sondern auch, dass man an mehreren chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) gleichzeitig leidet. Gerade bei multimorbiden und (hoch-)betagten Menschen ist eine koordinierte Versorgung von besonderer Bedeutung. In der Schweiz haben ungefähr die Hälfte (47,1%) der Wohnbevölkerung 65+ bereits einmal von ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt gehört, dass sie an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen leiden (siehe Grafik G 2.6). Dies entspricht dem viertbesten Rang nach den Niederlanden (40,4%), Deutschland (40,5%) und Norwegen (46,2%). Am schlechtesten schneiden die USA ab: Mehr als zwei Drittel (67,6%) der amerikanischen Wohnbevölkerung 65+ leiden an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen.

G 2.5 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, bei welchem mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert wurde (Lebenszeitprävalenz), internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021



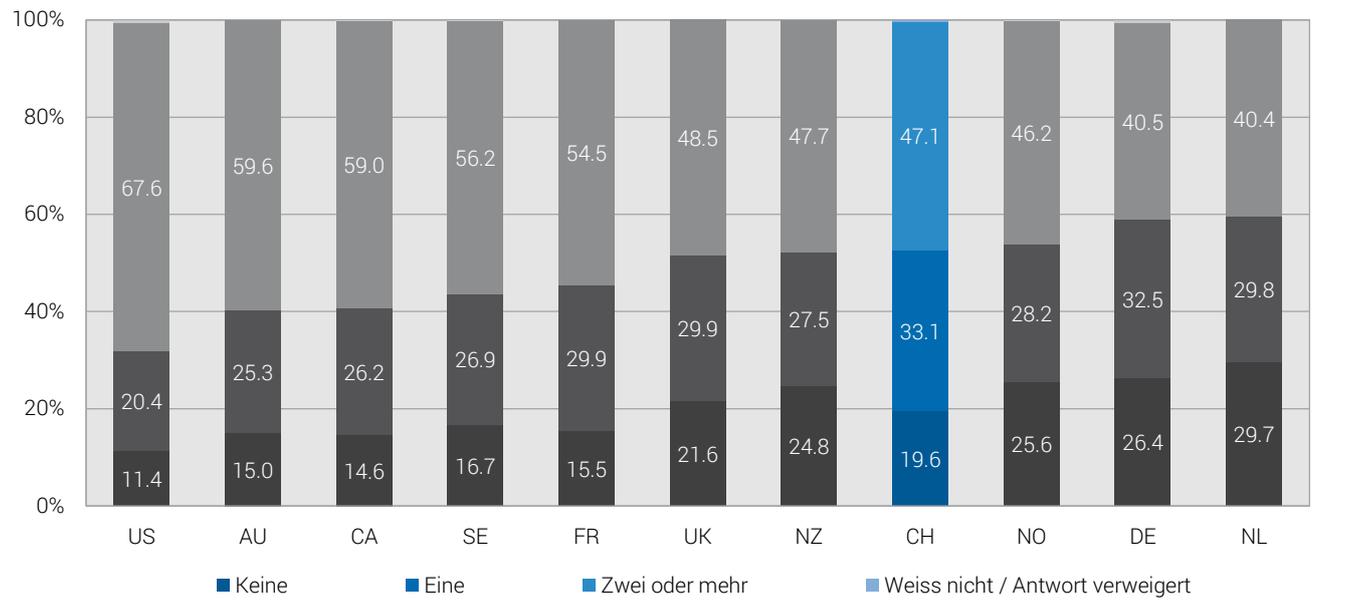
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021 © Obsan 2021

Bemerkung: Im Gegensatz zu 2017 und 2021 ist in den Anteilen von 2014 die Antwortoption "Schlaganfall" nicht enthalten.

³ Im IHP-Fragebogen aus den Jahren 2021 und 2017 stehen die folgenden acht chronischen Erkrankungen als mögliche Antwortoptionen zur Auswahl: Hypertonie oder Bluthochdruck, Herzkrankheiten,

Diabetes, Asthma oder chronische Lungenerkrankungen, psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen oder Angstzustände), Krebs, Gelenkschmerzen oder Arthritis sowie Schlaganfall. Im IHP-Fragebogen von 2014 stand die Antwortoption «Schlaganfall» nicht zur Auswahl.

G 2.6 Anzahl diagnostizierter chronischer Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz), Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: Die Grafik ist anhand der Grösse des Anteils «Zwei oder mehr» absteigend geordnet.

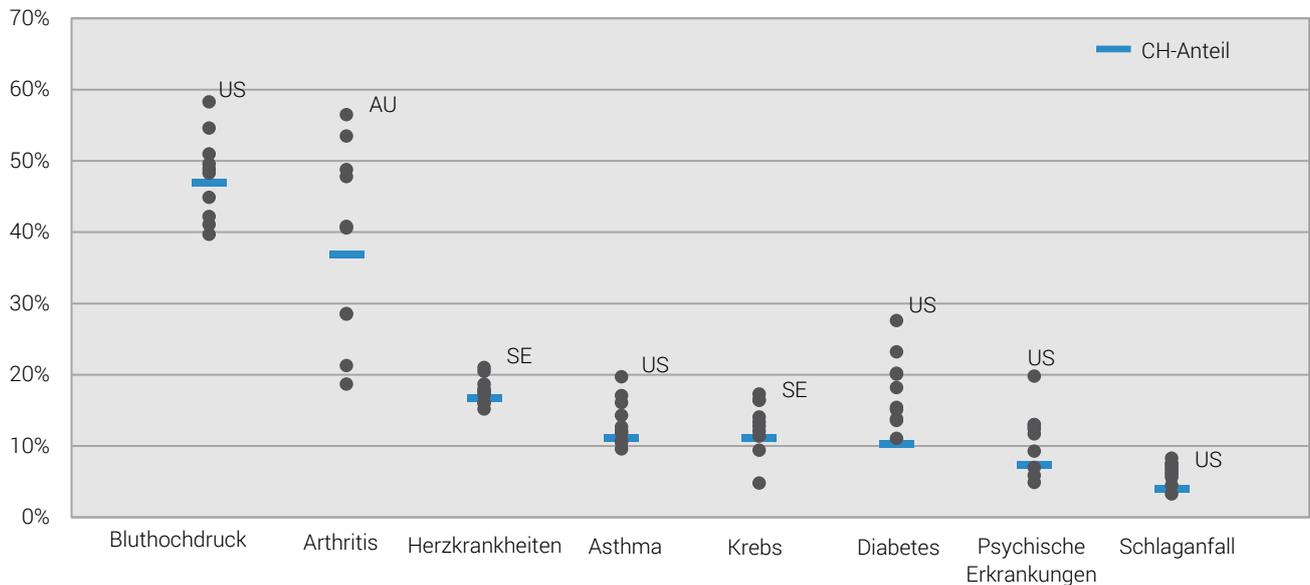
Die meistgenannten chronischen Erkrankungen der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz sind Bluthochdruck, Gelenkschmerzen oder Arthritis sowie Herzkrankheiten.

Die nachfolgenden Ergebnisse zu den chronischen Erkrankungen und deren Behandlung basieren auf dem Ja-Anteil der Frage, ob man bereits einmal von einer Ärztin beziehungsweise einem Arzt gehört hat, man leide an einer chronischen Erkrankung. Von allen im Jahr 2021 abgefragten chronischen Erkrankungen nennt die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz die Antwortoptionen Bluthochdruck (47,0%), Gelenkschmerzen oder Arthritis (36,8%) und Herzkrankheiten (16,7%) am häufigsten (siehe Grafik G 2.7). Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz über alle Erkrankungen hinweg dreimal einen Rang im Mittelfeld und fünfmal einen der hinteren, besten Ränge. Hierbei muss festgehalten werden, dass gerade bei den Herzkrankheiten und dem Schlaganfall die Varianz sehr gering ausfällt und die Anteile der verschiedenen Länder nahe beieinanderliegen. Am häufigsten auf dem ersten und somit schlechtesten Rang finden sich die USA, nämlich bei Bluthochdruck (58,3%), Diabetes (27,6%), psychische Erkrankungen (19,8%), Asthma (19,7%) und Schlaganfall (8,3%). Die weiteren ersten Ränge werden zweimal durch Schweden (Herzkrankheiten mit 21,0% und Krebs mit 17,3%) und einmal durch Australien (Gelenkschmerzen oder Arthritis mit 56,5%) belegt.

Die Tabelle T 2.1 zeigt die Prävalenzen der chronischen Erkrankung für die Schweiz nach den soziodemografischen Merkmalen. In dieser Tabelle sind auch die Fälle von neurologischen Erkrankungen wie Demenz oder Alzheimer (2,0%) enthalten, welche nur in der Schweiz abgefragt wurden.

Bei Hypertonie oder Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Gelenkschmerzen oder Arthritis sowie Schlaganfall ist ein bedeutsamer Anstieg der Häufigkeiten mit dem Alter festzustellen. So geben beispielsweise 38,4% der 65- bis 69-jährigen Personen das Vorhandensein von Bluthochdruck oder Hypertonie an, während es bei den 80-jährigen und älteren Personen bereits über die Hälfte (53,1%) ist. Des Weiteren lassen sich bei Herzkrankheiten, Diabetes, psychischen Erkrankungen (wie Depressionen oder Angstzustände) und Gelenkschmerzen oder Arthritis bedeutsame Geschlechterunterschiede finden. So sind Männer deutlich häufiger von Herzkrankheiten (20,8% versus 13,4%) oder Diabetes (14,4% versus 7,0%) betroffen, während Frauen deutlich häufiger angeben, an psychischen Erkrankungen (9,2% versus 5,0%) oder Gelenkschmerzen beziehungsweise Arthritis (41,5% versus 31,1%) zu leiden. Ein weiterer Effekt lässt sich bezüglich Diabetes und Migrationsstatus finden: Die Wohnbevölkerung 65+ mit Migrationshintergrund leidet in der Schweiz deutlich häufiger an Diabetes als die Wohnbevölkerung 65+ ohne Migrationshintergrund (15,3% versus 9,1%). Schliesslich unterscheiden sich die Sprachregionen in der Prävalenz von Diabetes, psychischen Erkrankungen und Gelenkschmerzen oder Arthritis. In der Deutschschweiz (9,3%) berichten signifikant weniger Personen von Diabetes als in der italienischen Schweiz (16,3%), während sich die französische Schweiz von der Deutschschweiz in der Prävalenz von psychischen Erkrankungen (10,1% versus 6,3%) sowie Gelenkschmerzen oder Arthritis (42,7% versus 34,9%) unterscheidet.

G 2.7 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher an einer spezifischen chronischen Erkrankung leidet, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

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

T 2.1 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher an einer spezifischen chronischen Erkrankung leidet, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2021

	Hypertonie oder Bluthochdruck	Herzkrankheiten	Diabetes	Asthma oder Lungenerkrankung	Psychische Erkrankung	Krebs	Gelenkschmerzen oder Arthritis	Schlaganfall	Neurologische Erkrankungen
Total	47,0	16,7	10,3	11,1	7,3	11,1	36,8	4,0	2,0
Männer	48,1	20,8	14,4	11,6	5,0	12,2	31,1	4,4	1,7
Frauen	46,2	13,4	7,0	10,7	9,2	10,2	41,5	3,7	2,2
Altersklassen									
65–69 Jahre	38,4	10,9	6,9	9,1	8,5	9,7	30,3	2,2	0,9
70–74 Jahre	47,2	15,1	10,5	11,4	4,9	11,8	34,4	2,5	1,4
75–79 Jahre	50,3	20,0	12,8	10,0	9,6	10,0	38,0	4,1	2,5
80+ Jahre	53,1	21,6	11,4	13,8	6,5	12,8	44,9	7,3	3,3
Bildungsniveau									
Obligatorische Schule	49,6	14,2	10,6	10,2	10,0	11,0	41,4	3,5	2,5
Sekundarstufe II	47,4	17,0	10,6	12,3	6,1	11,8	35,0	4,0	1,8
Tertiärstufe	40,0	18,1	8,7	8,5	9,4	10,8	31,0	4,8	1,2
Einkommen									
< Armutsgrenze	47,4	16,5	14,1	14,1	8,0	12,0	38,2	4,7	2,5
> Armutsgrenze	46,9	16,8	9,1	10,1	7,1	10,8	36,3	3,7	1,8
Migrationsstatus									
Ohne Migrationshintergrund	46,6	16,2	9,1	10,7	6,8	10,9	36,4	3,8	2,0
Mit Migrationshintergrund	49,2	18,8	15,3	12,8	9,6	11,7	38,5	4,8	2,1
Sprachregion									
Deutschschweiz	47,3	16,1	9,3	11,1	6,3	10,8	34,9	3,4	1,9
Französische Schweiz	45,3	18,9	11,9	11,6	10,1	12,8	42,7	5,1	2,6
Italienische Schweiz	50,9	15,6	16,3	9,1	9,7	7,6	36,0	7,1	0,9

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

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

Das Vorhandensein von einem Behandlungsplan bei chronischer Erkrankung hat in der Schweiz seit 2017 deutlich zugenommen.

Im Jahr 2021 wurden alle Personen mit einer chronischen Erkrankung gefragt, ob man sich derzeit in Behandlung befinde oder ob man eine medizinische Fachperson aufsuche, welche einem im Umgang mit der chronischen Erkrankung helfe. Bei Diabetes (86,8%), Hypertonie oder Bluthochdruck (86,7%) und Herzkrankheiten (86,2%) befinden sich die meisten befragten Personen 65+ in der Schweiz in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung, während bei psychischen Erkrankungen (60,0%), Arthritis oder Gelenkschmerzen (53,1%) und einem Schlaganfall (44,7%) die niedrigsten Anteile zu verzeichnen sind (siehe Grafik G 2.8).

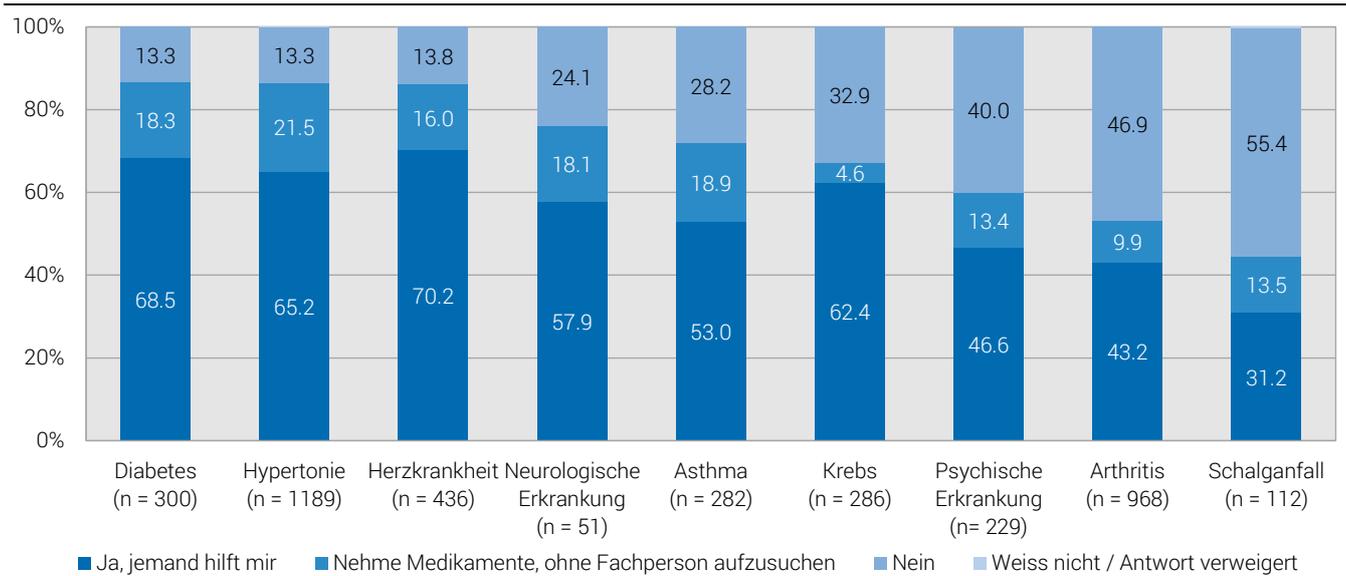
Personen mit chronischen Erkrankungen – welche im vergangenen Jahr eine ärztliche Behandlung bekommen haben – wurden zu verschiedenen Bereichen des Krankheitsmanagements befragt (siehe Tabelle L.2.1 und L.2.2). In der Schweiz wurden bei 60,1% der befragten Personen 65+ die Ziele und die Prioritäten der Behandlung besprochen, während bei 55,4% klare Anweisungen bezüglich zu beobachtender Symptome und Gründe für eine nötige Nachbehandlung gegeben wurden. Im internationalen Vergleich entspricht dies einem vierten respektive dritten Rang, während in der Schweiz im zeitlichen Vergleich mit 2017 keine bedeutende Veränderung in den Anteilen festzustellen ist. Fast zwei Drittel (64,1%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz besitzen einen Behandlungsplan, welcher im täglichen Leben umgesetzt werden kann (siehe Tabelle L.2.3). Im internationalen Vergleich entspricht dies trotz einem starken Zuwachs von 46,1% im Jahr 2017 auf 64,1% im Jahr 2021 dem siebten Rang. Deutlich am höchsten ist der Anteil der Wohnbevölkerung 65+ mit einem

Behandlungsplan in den englischsprachigen Teilnehmerländern: USA (84,5%), Australien (83,0%), Neuseeland (81,9%) und Kanada (76,7%). Am niedrigsten ist der Anteil in Norwegen (43,4%), wobei hier der Anteil der Personen, welcher sich in medikamentöser Behandlung befindet ohne eine Gesundheitsfachperson aufzusuchen, am höchsten ausfällt: 28,5% versus 14,6% in der Schweiz.

Die chronisch kranke Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz gibt sich (sehr) zuversichtlich bezüglich der Kontrolle und Bewältigung der eigenen Gesundheitsprobleme.

In der Schweiz sind 94,3% der Wohnbevölkerung 65+ sehr zuversichtlich oder zuversichtlich, die eigene(n) chronische(n) Erkrankung(en) kontrollieren und bewältigen zu können, was im internationalen Vergleich einem dritten Rang nach Neuseeland (96,7%) und den USA (94,5%) entspricht (siehe Grafik G 2.9). Vergleichsweise am tiefsten ist die Zuversicht in Schweden, wo nur ungefähr drei Viertel (77,5%) sich sehr zuversichtlich oder zuversichtlich zeigen. Im zeitlichen Vergleich mit 2017 zeigt sich in der Schweiz kein bedeutender Unterschied und die Anteile sehr zuversichtlich (35,6% in 2017 und 34,1% in 2021) sowie zuversichtlich (57,5% in 2017 und 60,2% in 2021) zeigen sich nahezu unverändert. Auffallend sind die zeitlichen Entwicklungen in Australien, Schweden und Norwegen. Im Zeitraum von 2017 bis 2021 ist in Australien die allgemeine Zuversicht von 82,8% auf 93,9% angestiegen, während sie in Schweden von 85,6% auf 77,5% gesunken ist. In Norwegen nahm die allgemeine Zuversicht im selben Zeitraum um 4,4 Prozentpunkte leicht zu, jedoch gab es innerhalb der allgemeinen Zuversicht eine stärkere Veränderung: Deutlich mehr befragte Norwegerinnen und Norweger 65+ sind 2021 sehr zuversichtlich (50,5%) als noch im Jahr 2017 (29,7%).

G 2.8 Anteile der Wohnbevölkerung 65+, welche sich aktuell in einer ärztlichen oder medikamentösen Behandlung befinden, Schweiz, 2021

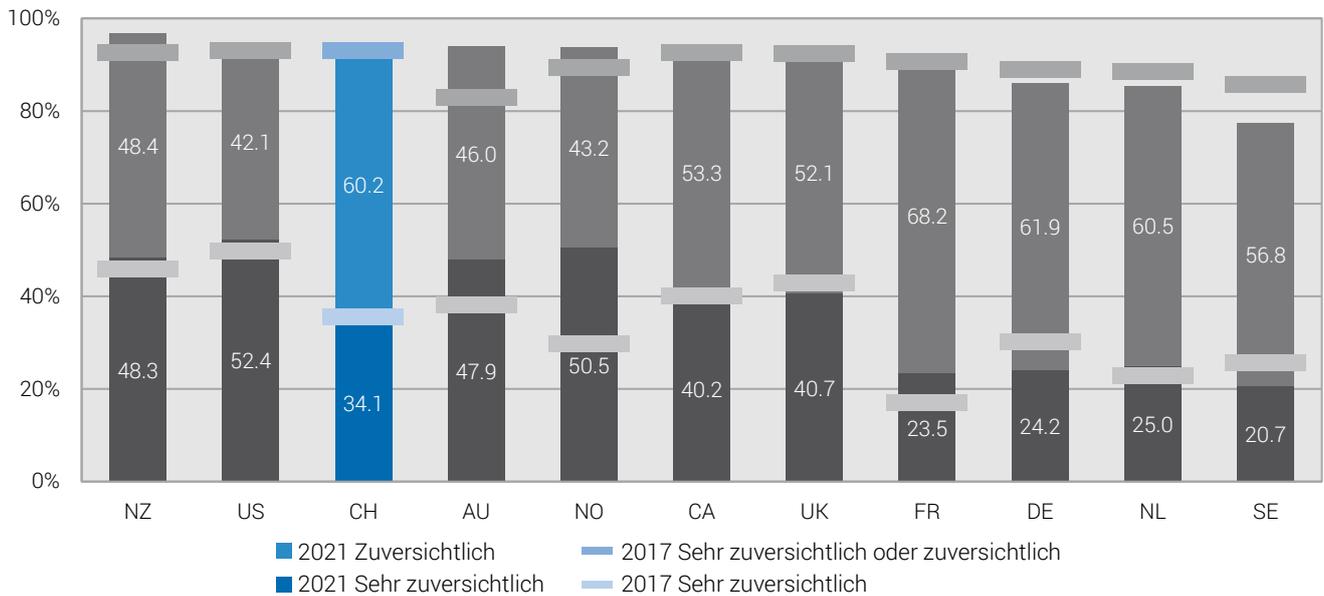


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: Gerade bei den chronischen Erkrankungen mit sehr niedrigen Teilstichproben (z.B. neurologische Erkrankungen n = 51) ist in der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht geboten, da die Konfidenzintervalle sehr breit ausfallen.

G 2.9 Zuversicht bezüglich Kontrolle und Bewältigung der chronischen Erkrankung, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2017 und 2021

© Obsan 2021

Fast ein Fünftel der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz fühlt sich oft oder manchmal von anderen Personen isoliert.

Einsamkeit, emotionale Verstimmungen oder belastende Ereignisse gehören zum Alltag eines jeden Menschen und müssen nicht zwangsläufig zu einer diagnostizierten psychischen Erkrankung führen. Zeitgleich können andauernde Einsamkeit und emotionale Belastungen tatsächlich auch Ursachen oder Frühzeichen von psychischen Erkrankungen sein und sollten folglich – gerade bei der älteren Wohnbevölkerung – kontinuierlich untersucht werden (vergleiche Schuler et al., 2020).

Knapp ein Fünftel (18,5%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz fühlt sich oft oder manchmal von anderen Personen isoliert, was im internationalen Vergleich dem zweitbesten, zehnten Rang entspricht (siehe Grafik G 2.10). Am häufigsten berichten Personen in Kanada (36,1%) und Schweden (30,8%) von Isolation, während die Wohnbevölkerung 65+ in Neuseeland (14,8%) am seltensten von Isolation berichtet. Seit 2017 ist das Ausmass der wahrgenommenen Isolation in der Schweiz nur unbedeutend von 15,2% auf 18,5% gestiegen, während in Kanada (+19,4 Prozentpunkte), Schweden (+14,1 Prozentpunkte), USA (+6,3 Prozentpunkte), Norwegen (+9,1 Prozentpunkte), dem Vereinigten Königreich (+8,7 Prozentpunkte) und Deutschland (+13,7 Prozentpunkte) bedeutsame Zunahmen zu sehen sind. Bei diesen starken Zunahmen ist davon auszugehen, dass die Covid-19-Pandemie

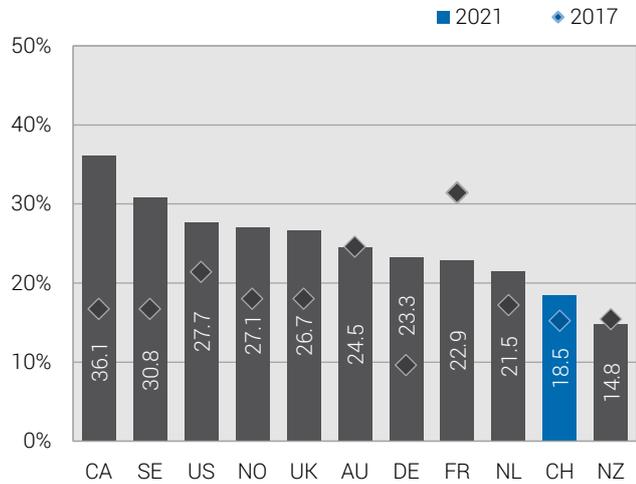
und die damit assoziierten Schutzmassnahmen (z.B. Empfehlung, soziale Kontakte zu meiden) zu einem erhöhten Gefühl der Isolation geführt haben. Entgegen den Erwartungen ist der Rückgang in Frankreich, wo sich die befragte Wohnbevölkerung 65+ im Jahr 2017 stärker isoliert gefühlt hat als während der Pandemie (31,4% versus 22,9%).

In der Betrachtung des soziodemografischen Profils der Schweiz fallen besonders die regionalen Unterschiede auf (siehe Tabelle C.2.1). In der französischen Schweiz fühlen sich deutlich mehr Personen oft oder manchmal von anderen Personen isoliert als in der Deutschschweiz (23,7% versus 16,8%), während sich die italienische Schweiz nicht bedeutsam von den beiden anderen Sprachregionen unterscheidet (18,6%). Besonders im Kanton Genf ist der Anteil der sich isoliert fühlenden Kantonsbevölkerung deutlich höher als in der Schweiz (ohne Kanton Genf): 26,2% versus 18,0%.

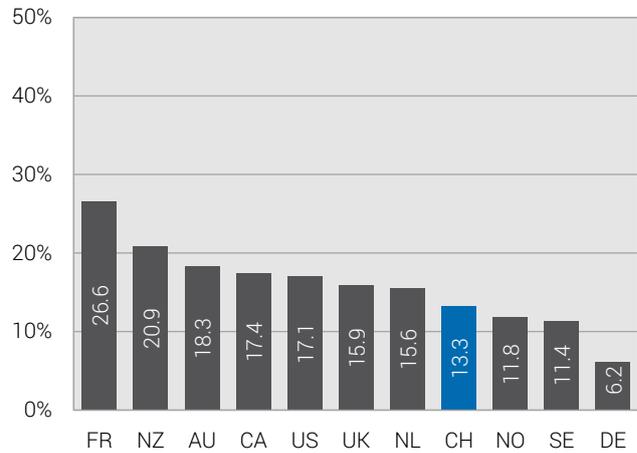
In der Schweiz litten 13,3% der Wohnbevölkerung 65+ in den vergangenen 12 Monaten unter seelischen Belastungen wie Angstzuständen oder grosse Traurigkeit, bei welchen sie das Gefühl hatten, selbst nur schlecht damit fertig zu werden (siehe Grafik G 2.10). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem viertbesten Rang nach Norwegen (11,8%), Schweden (11,4%) und Deutschland (6,2%). Am häufigsten berichtet die Wohnbevölkerung 65+ in Frankreich (26,6%) von nur schwer zu bewältigenden seelischen Belastungen, gefolgt von Neuseeland (20,9%).

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

Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher sich oft oder manchmal von anderen Personen isoliert fühlt.



Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten unter seelischen Belastungen wie Angstzustände oder grosser Traurigkeit gelitten, bei denen Sie das Gefühl gehabt haben, selbst nur schlecht damit fertig zu werden?



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2017 und 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: In der Stichprobe sind keine Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner von Alters- und Pflegeheimen enthalten.

2.3 Behandlungswünsche am Lebensende

Die medizinische und pflegerische Versorgung in der Schweiz orientiert sich am Prinzip der Patientenautonomie: Die Behandlung einer Person ist nur dann zulässig, wenn sie unter deren Zustimmung erfolgt. Sollte eine Person einmal nicht mehr urteilsfähig sein und versorgungsrelevante Entscheidungen nicht mehr selbst getroffen werden können, so kann vorab in urteilsfähigem Zustand mittels Patientenverfügung definiert werden, welchen medizinischen sowie pflegerischen Massnahmen zugestimmt wird oder welche Massnahmen abgelehnt werden. Hierdurch ermöglicht man dem Gesundheitspersonal, nach dem festgehaltenen Willen zu handeln und gleichzeitig wird das engste Umfeld entlastet. Folglich sollte man sich im fortschreitenden Alterungsprozess mit seinen Pflegewünschen am Lebensende befassen und diese in einer Patientenverfügung dokumentieren.

Die schriftliche Dokumentation der Behandlungswünsche am Lebensende hat in der Schweiz in den letzten sieben Jahren deutlich zugenommen.

In der Schweiz haben 65,1% der Wohnbevölkerung 65+ mit der Familie, Freunden oder einer medizinischen Fachperson darüber gesprochen, welche Behandlungen sie wollen oder nicht wollen, falls sie bei Krankheit oder Verletzung nicht mehr für sich selber entscheiden können (siehe Grafik G 2.11). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem vierten Rang hinter dem erstplatzierten Deutschland (80,4%), den zweitplatzierten USA (76,0%) und

dem drittplatzierten Kanada (66,1%). Am wenigsten über die Behandlungswünsche wurde in Schweden (32,3%) und in Norwegen (29,5%) gesprochen. In der Schweiz ist der Anteil seit der IHP-Befragung 2014 um fast 11 Prozentpunkte gestiegen (2014: 54,2%, 2017: 60,4% und 2021: 65,1%), während der Anteil in Neuseeland (+15,2 Prozentpunkte) und Frankreich (+26,4 Prozentpunkte) deutlich angewachsen ist.

Betrachtet man die schriftliche Dokumentation der Behandlungswünsche am Lebensende, so verfügen 44,2% der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz über ein solches Dokument, was im internationalen Vergleich erneut einem vierten Rang hinter Deutschland (62,5%), den USA (53,4%) und Kanada (45,0%) entspricht (siehe Grafik G 2.11). Selten findet sich ein solches Dokument in Norwegen (11,2%), Frankreich (8,4%) und Schweden (7,4%). Ein schriftliches Dokument mit Angaben über die Person, welche die Entscheidungen zur Behandlung trifft, wenn man selber nicht mehr kann, ist bei 47,4% der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz vorhanden. International entspricht dies dem sechsten Rang, während die vorderen Ränge erneut durch die USA (64,4%), Kanada (62,6%) und Deutschland (61,8%) belegt werden und die hinteren Ränge wie zuvor durch Frankreich (24,3%), Norwegen (20,1%) und Schweden (13,8%) besetzt sind.

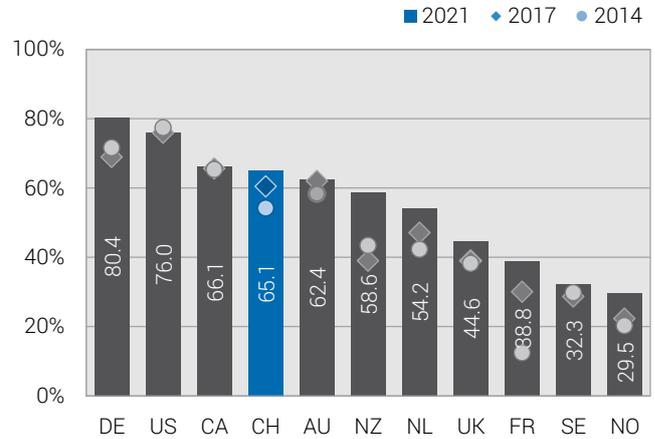
Im zeitlichen Vergleich ist in der Schweiz eine starke Zunahme von 2014 bis 2021 zu beobachten: Die schriftliche Dokumentation der Behandlungswünsche am Lebensende hat von 24,9% auf 44,2% zugenommen, während die schriftliche Dokumentation der entscheidungsbefugten Person von 27,5% auf 47,4% zugenommen hat. Des Weiteren ist in den soziodemografi-

schen Profilen der Schweiz zu sehen, dass die schriftliche Dokumentation beider Informationen mit zunehmenden Alter, mit höherem Bildungsniveau, bei Personen ohne Migrationshintergrund und bei Personen mit einem Einkommen oberhalb der Armuts-grenze deutlich häufiger vorzufinden ist als bei Personen mit der entgegengesetzten Merkmalsausprägung (siehe Tabelle C.2.2 und C.2.3).

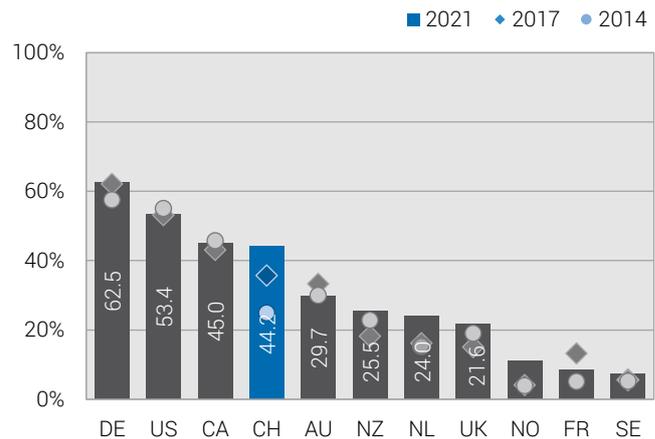
In der Schweiz gehören 7,4% der Wohnbevölkerung 65+ einer Organisation zu einem selbstbestimmten Lebensende (wie beispielsweise Dignitas oder Exit) an und 7,1% sind zwar aktuell nicht Mitglied, wollen es aber zukünftig werden (siehe Tabelle C.2.4). Im soziodemografischen Profil der Schweiz sind Unterschiede im Bildungsniveau, im Urbanisierungsgrad und in den Sprachregionen zu finden. Die Wohnbevölkerung 65+ mit einem Bildungsabschluss auf Sekundärstufe II oder Tertiärstufe (jeweils 8,8%) ist deutlich häufiger Mitglied in einer Organisation wie Exit oder Dignitas als Personen mit einem Abschluss auf Stufe obligatorische Schule (2,2%). Des Weiteren ist die in der Stadt lebende Wohnbevölkerung 65+ deutlich häufiger Mitglied als die in der Agglomeration oder auf dem Land lebende Wohnbevölkerung 65+ (9,5% versus 4,6% respektive 4,2%), während die Deutschschweizer Wohnbevölkerung bedeutend häufiger Mitglied ist als Personen aus der italienischen Schweiz (7,9% versus 3,6%).

G 2.11 Indikatoren zu Behandlungswünschen am Lebensende, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021

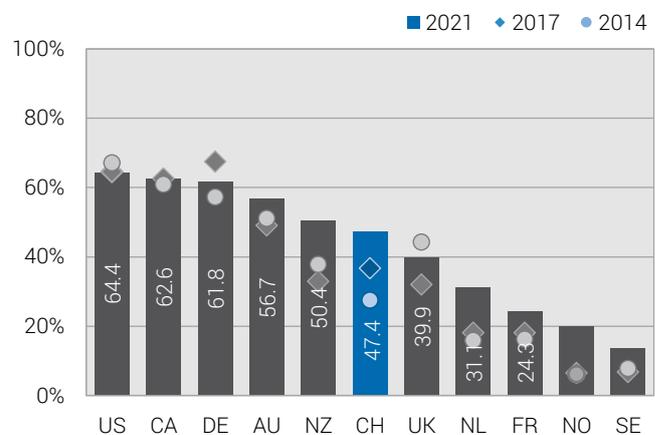
Im Fall, dass Sie sehr krank oder verletzt würden und nicht selber entscheiden könnten, haben Sie mit der Familie, einem engen Freund oder einer medizinischen Fachperson darüber gesprochen, welche Behandlung Sie WOLLEN oder NICHT WOLLEN?



Gibt es ein schriftliches Dokument, welches beschreibt, welche Behandlung Sie am Lebensende wollen oder nicht wollen?



Gibt es ein schriftliches Dokument, welches jemanden bestimmt, der Entscheidungen zu Ihrer Behandlung trifft, wenn Sie dies nicht mehr selber können?



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021 © Obsan 2021

2.4 Rezeptpflichtige Medikamente und Covid-19-Impfung

Die Einnahme von zwei oder mehr unterschiedlichen rezeptpflichtigen Medikamenten kann ein Sicherheitsrisiko darstellen, und eine regelmässige Überprüfung ist unabdingbar, gerade wenn die Medikamente durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte verschrieben wurden. Des Weiteren ist es äusserst wichtig, dass sich gerade die ältere Wohnbevölkerung gegen Covid-19 impfen lässt, da die Impfung nicht nur vor einer Covid-19-Erkrankung und einem schweren Krankheitsverlauf schützt, sondern eine flächendeckende Impfung unter anderem die Anzahl Erkrankungen reduziert, die weitreichenden Auswirkungen der Pandemie bekämpft, das Gesundheitswesen entlastet und die Freiheiten des Alltags schneller wieder zurückbringt.

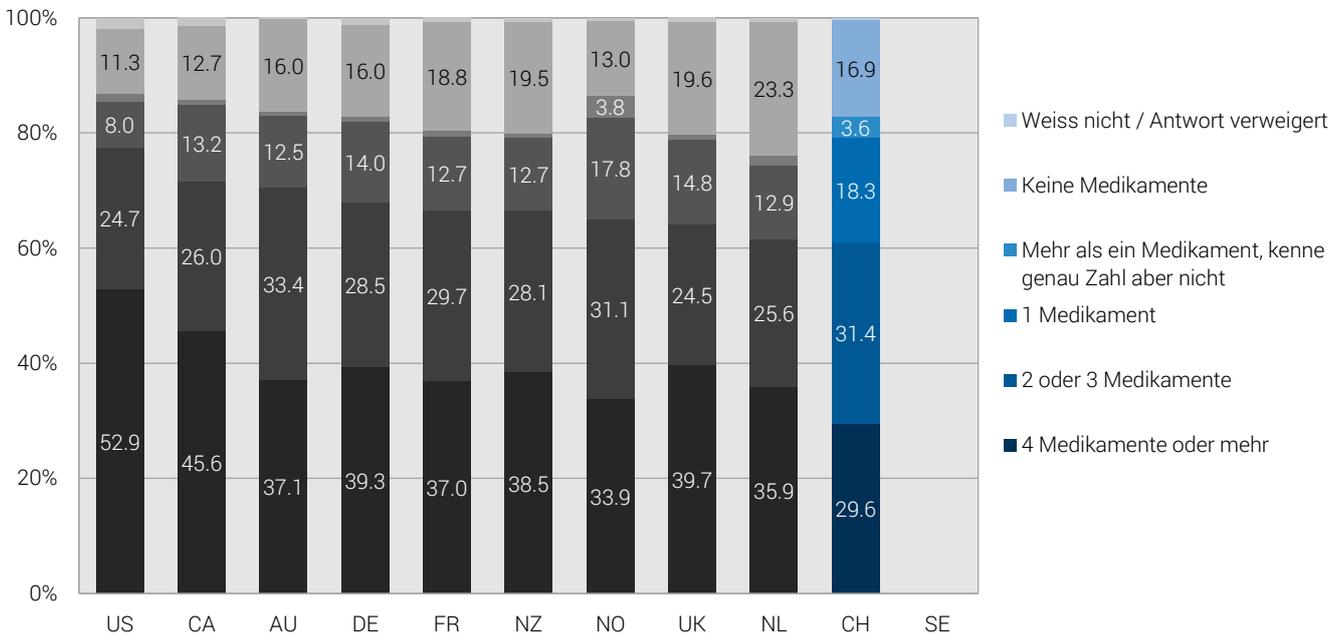
In der Schweiz konsumieren acht von zehn befragten Personen 65+ mindestens ein rezeptpflichtiges Medikament.

In der Schweiz geben 16,9% der Wohnbevölkerung 65+ an, dass sie kein rezeptpflichtiges Medikament einnehmen, während 82,9% mindestens ein rezeptpflichtiges Medikament konsumieren (siehe Grafik G 2.12). Nur in den USA (86,9%), Norwegen

(86,6%), Kanada (85,8%) und Australien (83,8%) ist letzterer Anteil höher als in der Schweiz. Am häufigsten wird von der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz zwei bis drei rezeptpflichtige Medikamente konsumiert (31,4%), gefolgt von vier oder mehr (29,6%) und einem rezeptpflichtigen Medikament (18,3%). Der Anteil von vier oder mehr rezeptpflichtigen Medikamenten stellt im internationalen Vergleich den kleinsten Anteil dar, während in den USA (52,9%) und Kanada (45,6%) besonders viele befragte Personen die Einnahme von vier oder mehr rezeptpflichtigen Medikamenten angeben.

Seit 2014 zeigt sich der Konsum von zwei oder mehr rezeptpflichtigen Medikamenten in der Schweizer Wohnbevölkerung 65+ nahezu unverändert bei ungefähr 60% (2014 und 2021 jeweils 60,9% und 2017 bei 62,8%; siehe Grafik G 2.13). Im selben Zeitraum zeigen sich die USA unverändert auf dem ersten Rang: Über die drei Erhebungen gaben ungefähr drei Viertel der Amerikanerinnen und Amerikaner 65+ an, dass sie mindestens zwei rezeptpflichtige Medikamente konsumieren (2014: 76,9%, 2017: 77,1% und 2021: 77,6%). Im zeitlichen Verlauf zeigt sich vor allem im Vereinigten Königreich eine stärkere Schwankung über die drei Erhebungen, mit einer deutlichen Zunahme von +17,0 Prozentpunkten von 2014 auf 2017 und mit einer Abnahme von -8,4 Prozentpunkten von 2017 auf 2021.

G 2.12 Einnahme rezeptpflichtiger Medikamente, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2021



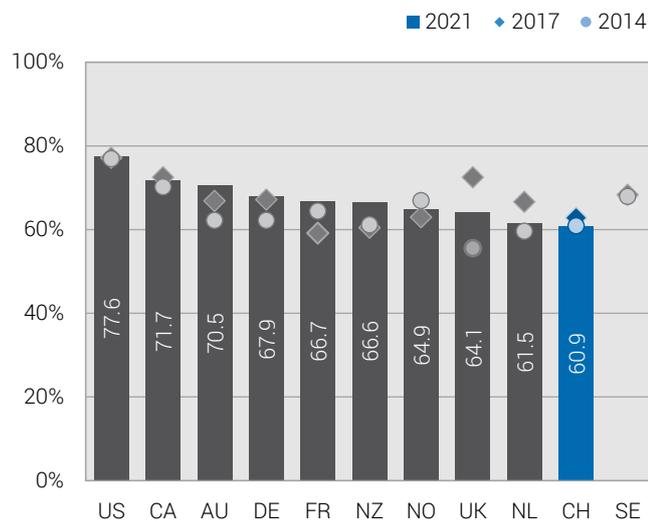
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

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

Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigen sich die drei nachfolgenden Unterschiede (vergleiche mit Tabelle C.2.5): Die Altersgruppe der 80-jährigen und älteren Personen konsumiert deutlich häufiger zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente als die Altersgruppe der 65- bis 69-jährigen oder der 70- bis 74-jährigen Personen (71,4% versus 50,9% respektive 58,1%). Des Weiteren ist dieser Anteil in der französischen Schweiz (67,0%) bedeutsam höher als in der Deutschschweiz (58,6%), während sich die italienische Schweiz (65,8%) nicht signifikant von den beiden anderen Sprachregionen unterscheidet. Schlussendlich zeigt sich auch bei den Kantonen mit Stichprobenaufstockung ein Unterschied: Die Genfer Kantonsbevölkerung 65+ weist einen deutlich höheren Anteil als die Schweiz ohne den Kanton Genf aus (69,7% versus 60,4%).

G 2.13 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnimmt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021 © Obsan 2021

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

In der Schweiz wurden bei fast drei Vierteln (74,3%) der Wohnbevölkerung 65+ in den letzten 12 Monaten vor der Befragung alle eingenommenen Medikamente von medizinischem Personal überprüft, was leicht über dem Mittelwert (66,0%) der anderen 10 befragten Länder liegt (siehe Tabelle L.2.4). Am häufigsten fand eine solche Überprüfung in den USA (86,4%) statt und am seltensten in Schweden (41,6%). In der Schweiz gibt es beachtliche regionale Unterschiede in der Kontrolle bei Multimedikation: In der Deutschschweiz (78,5%) fand mit Abstand am häufigsten eine Kontrolle aller Medikamente statt, während solche Kontrollen in

der französischen (68,2%) und in der italienischen Schweiz (51,9%) signifikant weniger häufig stattfanden (siehe Tabelle C.2.6)

Im Juni 2021 ist die Besorgnis über mögliche Nebenwirkungen der häufigste Grund, wieso sich die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz nicht gegen Covid-19 impfen lassen will.

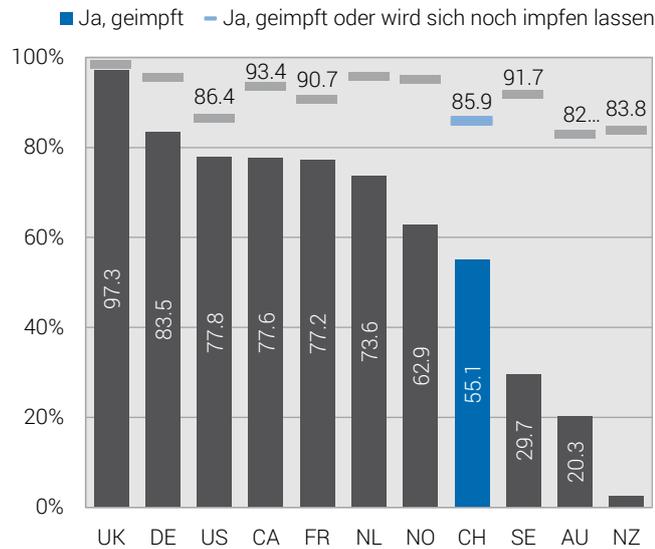
Die nachfolgenden Resultate zur Covid-19-Impfung widerspiegeln den inter-/nationalen Stand der jeweiligen Impfkampagnen bis zum Abschluss der IHP-Befragung vom 1. Juni 2021 und sind mit Vorsicht zu interpretieren, da eine laufende Impfkampagne ein kontinuierlich aktualisiertes Monitoring bedarf. Zum einen sind die teilnehmenden Länder aufgrund verschiedener nationaler Einführungen der Covid-19-Impfung in der Durchimpfung unterschiedlich weit⁴, und zum anderen stellen Befragungen einzelner Personen über einen längeren Zeitraum nur eine Momentaufnahme dar. Die während der Befragung nicht geimpften Personen könnten mittlerweile geimpft sein oder ihre ablehnende Haltung gegenüber der Covid-19-Impfung aufgrund nationaler Kampagnen geändert haben. Laufend aktualisierte Kennzahlen zur Covid-19-Impfung in der Schweiz finden sich auf der Internetseite des BAG unter www.covid19.admin.ch, während der internationale Fortschritt aller an der IHP beteiligten Ländern unter <https://our-worldindata.org/covid-vaccinations> verfolgt werden kann.

In der Schweiz haben 55,1% der Wohnbevölkerung 65+ zum Befragungszeitpunkt (mindestens) eine Impfung gegen das Coronavirus erhalten (siehe Balken in Grafik G 2.14) und 85,9% haben zum Befragungszeitpunkt (mindestens) eine Impfung erhalten oder haben vor, sich noch impfen zu lassen (siehe waagrechte Linie oberhalb der Balken in Grafik G 2.14). Im internationalen Vergleich gehört letzterer Anteil zu den vier tiefsten Anteilen neben den USA (86,4%), Neuseeland (83,8%) und Australien (82,9%). Hierbei ist allerdings der vergleichsweise hohe Anteil der Antwortverweigerungen oder «weiss nicht» Antworten zu berücksichtigen, welche auf eine Unentschlossenheit bezüglich Impfung hindeuten könnte (siehe Tabelle L.2.5).

Der häufigste Grund, wieso sich die Wohnbevölkerung 65+ der Schweiz nicht gegen das Coronavirus impfen lassen will, ist die Besorgnis über mögliche Nebenwirkungen (45,0%) gefolgt von der Angabe «Ein anderer Grund» (17,6%) und dem Misstrauen gegenüber Impfstoffen im Allgemeinen (12,4%; siehe Grafik G 2.15). Des Weiteren denken 9,0%, dass sie die Impfung nicht benötigen, 7,8% vertrauen nicht in die Regierung und deren Sicherstellung von einem sicheren Impfstoff, während ein Anteil von 2,2% angibt, es wäre schwierig, sich impfen zu lassen.

⁴ In Deutschland oder den USA wurden die ersten Personen im Dezember 2020 geimpft, in der Schweiz im Januar 2021 und in Australien oder Neuseeland wurde ab Ende Februar 2021 geimpft.

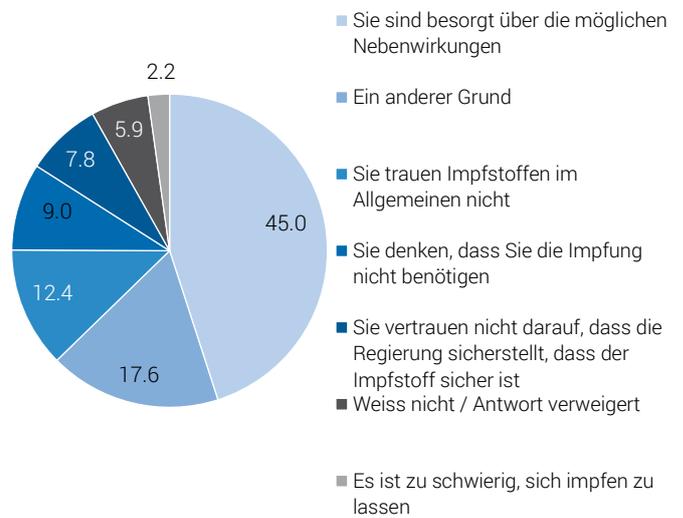
G 2.14 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher (mindestens) eine Covid-19-Impfung erhalten hat oder sich noch impfen lassen will, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021 © Obsan 2021

Bemerkung: Die blauen Balken entsprechen dem Anteil, welcher bereits mindestens eine Covid-19-Impfung erhalten hat, während die waagerechten Linien oberhalb der Balken der Summe der Personen entsprechen, welche bereits mindestens eine Covid-19-Impfung erhalten haben und den Personen, die noch vorhaben, sich gegen Covid-19 impfen zu lassen. Es gilt des Weiteren zu bedenken, dass es sich bei diesen Ergebnissen um eine Momentaufnahme handelt und die Impfkampagnen einem kontinuierlichen Monitoring bedürfen. Für die Schweiz kann hierfür die Internetseite des BAG konsultiert werden: www.covid19.admin.ch.

G 2.15 Gründe, wieso man sich nicht gegen Covid-19 impfen lassen will, nationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021 © Obsan 2021

3 Inanspruchnahme und Koordination

Die subjektiven Erfahrungsberichte der Wohnbevölkerung 65+ mit dem Gesundheitswesen können bei der Identifikation von Verbesserungspotential helfen und ermöglichen den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgerinnen beziehungsweise Entscheidungsträgern das Gesundheitswesen aus der Perspektive der älteren Wohnbevölkerung zu betrachten. So können nicht nur massgeschneiderte Lösungen für die ältere Wohnbevölkerung gefunden werden, sondern die gesamte Wohnbevölkerung kann von der Verbesserung der identifizierten Problembereiche profitieren. Nachfolgend werden die Resultate zur allgemeinen Bewertung der Grundversorgung, zu deren Verfügbarkeit und damit verbundenen Wartezeiten, zur Koordination der Hausarztpraxen mit anderen Leistungserbringern, zur Nachsorge nach einem stationären Spitalaufenthalt, zur Pflege und Betreuung zu Hause sowie zur Nutzung von eHealth vorgestellt.

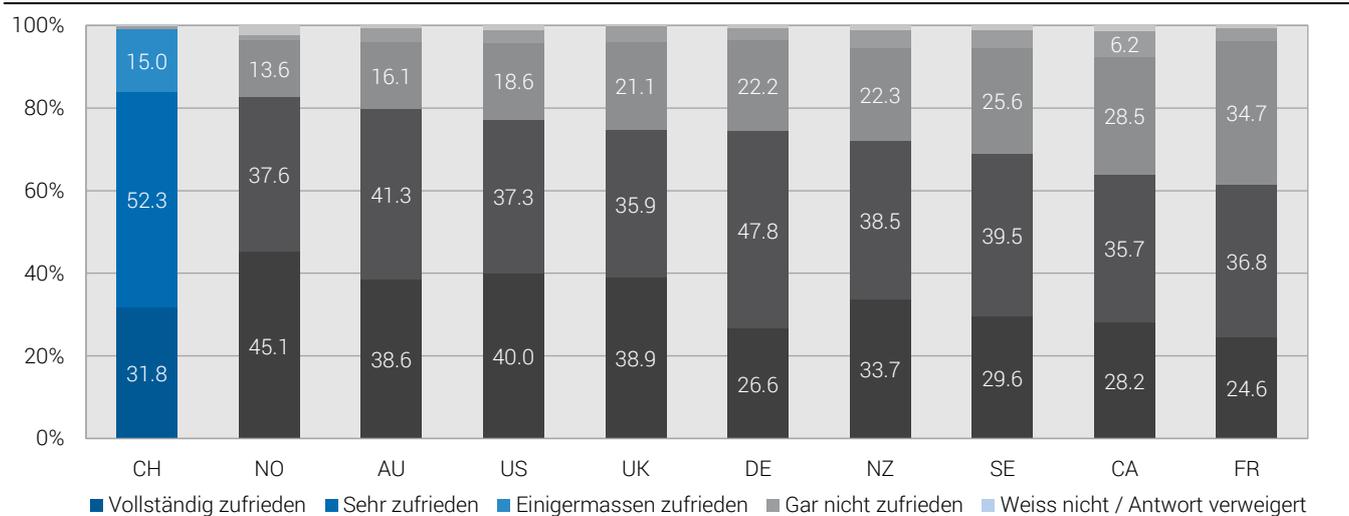
3.1 Allgemeine Bewertung der Grundversorgung

In der Schweiz sind 84,1% der Wohnbevölkerung 65+ vollständig zufrieden (31,8%) oder sehr zufrieden (52,3%) mit der Qualität der

medizinischen Versorgung, welche sie während den letzten 12 Monaten erhalten haben (siehe Grafik G 3.1). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem ersten Rang vor Norwegen (82,7%) und Australien (79,9%), während Kanada (63,9%) und Frankreich (61,4%) die beiden letzten Ränge belegen. In der Entwicklung seit 2017 zeigt sich in der Schweiz praktisch keine Veränderung (83,7% im Jahr 2017 gegenüber 84,1% im Jahr 2021), während in Australien eine Zunahme von +8,6 Prozentpunkten zu verzeichnen ist (siehe Grafik G 3.2). Gesunken ist hingegen der Anteil der vollständig zufriedenen oder sehr zufriedenen Wohnbevölkerung 65+ in Neuseeland (-9,7 Prozentpunkte), Schweden (-10,4 Prozentpunkte) und Frankreich (-5,9 Prozentpunkte).

Der grosse Anteil (95,5%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz, welche innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung auch medizinische Versorgung erhalten hat, beurteilt das Ausmass der erhaltenen medizinischen Versorgung als gerade richtig, während 2,5% von zu wenig und 1,4% von zu viel erhaltener Versorgung berichten (siehe Tabelle C.3.1). Im Vergleich mit der IHP-Erhebung von 2017 sind sich diese Anteile nahezu identisch (95,5%, 2,4% und 1,3%).

G 3.1 Zufriedenheit mit der Qualität der erhaltenen medizinischen Versorgung während der letzten 12 Monate, internationaler Vergleich, 2021

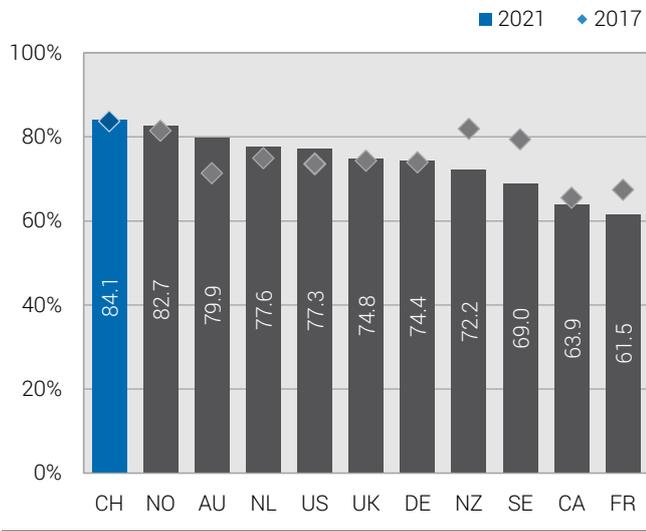


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: Personen, welche die letzten 12 Monate vor der Befragung keine Versorgung erhalten haben, wurden von den Analysen ausgeschlossen.

G 3.2 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher vollständig zufrieden oder sehr zufrieden ist mit der Qualität der erhaltenen medizinischen Versorgung während der letzten 12 Monate, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021



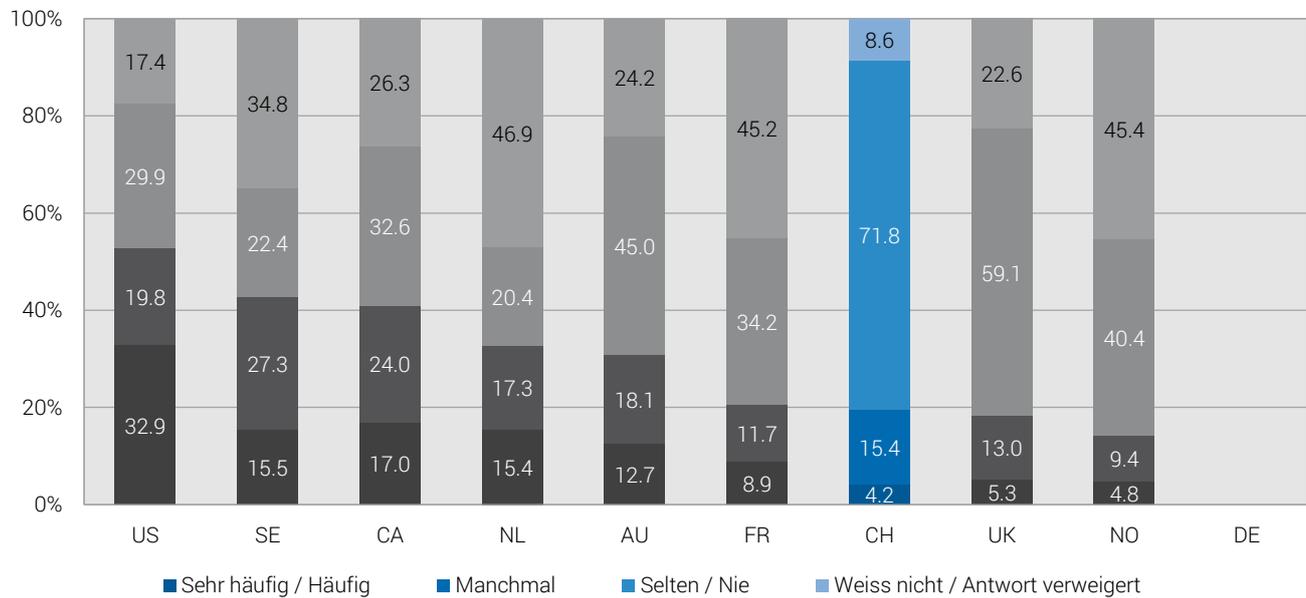
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2017 und 2021 © Obsan 2021

Bemerkung: Personen, welche die letzten 12 Monate vor der Befragung keine Versorgung erhalten haben, wurden von den Analysen ausgeschlossen.

In den USA geht ein Drittel der Wohnbevölkerung 65+ davon aus, dass das eigene Gesundheitssystem Personen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft ungerecht behandelt.

Die Wohnbevölkerungen 65+ wurden im Jahr 2021 zum ersten Mal gefragt, wie häufig das Gesundheitssystem Personen aufgrund der ethnischen Herkunft ungerecht behandle. In den USA denken 32,9%, dies sei sehr häufig oder häufig der Fall, was im internationalen Vergleich mit Abstand dem höchsten Anteil entspricht (siehe Grafik G 3.3). Im Vergleich hierzu beträgt dieser Anteil in der Schweiz 4,2%, was zusammen mit dem Vereinigten Königreich (5,3%) und Norwegen (4,8%) den drei kleinsten Anteilen entspricht. Betrachtet man das andere Ende des Kontinuums, so denken 71,8% der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz, dass Personen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft vom Gesundheitssystem selten oder nie ungerecht behandelt werden. Dieser Anteil ist in den anderen Ländern deutlich tiefer (35,5% im internationalen Mittel ohne Schweiz), allerdings sind in diesen Ländern die Antworthaltungen sowie die «weiss nicht» Antworten deutlich höher als in der Schweiz (8,6% in der Schweiz gegenüber den maximalen Werten von 46,9% in den Niederlanden, 45,2% in Frankreich und 45,4% in Norwegen).

G 3.3 Einschätzung der ungerechten Behandlung durch das Gesundheitssystem aufgrund der ethnischen Herkunft einer Person, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: In Deutschland wurde die Frage nicht gestellt.

3.2 Verfügbarkeit und Wartezeiten in der Grundversorgung

Neun von zehn Personen (89,4%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz erhalten immer oder oft noch am selben Tag eine Antwort, wenn sie die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt (siehe Kasten K 1 für eine Definition der Hausarztpraxis) mit einem medizinischen Anliegen während den normalen Öffnungszeiten kontaktieren (siehe Grafik G 3.4). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem zweiten Rang nach Deutschland (90,7%) und vor den drittplatzierten Niederlanden (89,0%), während die Wohnbevölkerung 65+ in Kanada (68,9%) vergleichsweise am seltensten am selben Tag eine Antwort erhält. In der Schweiz zeigt sich ein leichter, allerdings nicht signifikanter Rückgang seit der IHP-Erhebung von 2014 (93,1%). Demgegenüber zeigen sich seit 2017 deutliche Veränderungen in Australien und Frankreich, mit einem Rückgang von 8,4 respektive 10,3 Prozentpunkten.

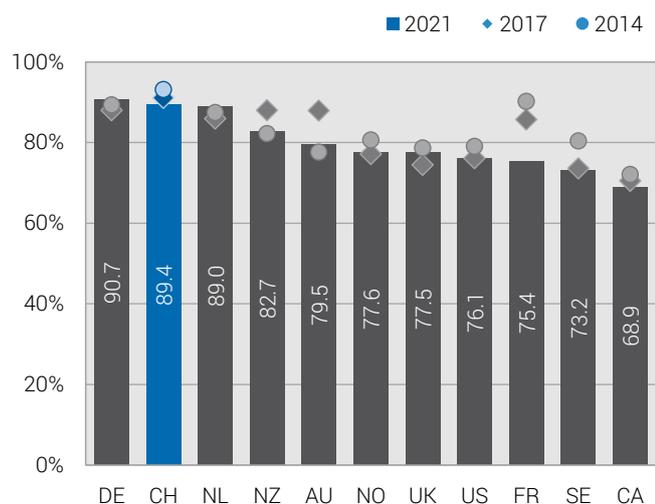
Für die Hälfte der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz ist es sehr schwierig oder ziemlich schwierig, ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten einen Termin zu erhalten, ohne dabei in die Notaufnahme zu gehen.

In der Schweiz ist es für die Hälfte (50,5%) der Wohnbevölkerung 65+ sehr schwierig oder ziemlich schwierig, medizinische Versorgung am Abend, am Wochenende oder an Feiertagen zu erhalten,

ohne dabei die Notaufnahme eines Spitals oder eine Notfallpraxis aufzusuchen (siehe Grafik G 3.5). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem sechsten Rang, wobei sich nur der Anteil von Norwegen (24,3%) und den Niederlanden (15,4%) signifikant vom Schweizer Anteil unterscheidet. In der zeitlichen Entwicklung zeigt sich die Schweiz nahezu unverändert (50,5% in 2021 versus 54,4% in 2017), während in Frankreich ein bedeutsamer Anstieg (von 46,4% auf 57,3%) und in Schweden ein deutlicher Rückgang (von 63,7% auf 52,0%) zu beobachten ist.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz lassen sich deutliche Unterschiede bezüglich der Kantone mit einer Stichprobenaufstockung finden (siehe Tabelle C.3.2). Sowohl im Kanton Basel-Stadt wie auch im Kanton Genf geben deutlich weniger Personen an, dass es sehr schwierig oder ziemlich schwierig sei, medizinische Versorgung ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten zu bekommen: In Basel-Stadt beläuft sich dieser Anteil auf 34,0% (versus 51,0% Schweiz ohne Basel-Stadt) und in Genf auf 36,7% (versus 51,3% Schweiz ohne Genf). Im Kontrast zu diesen beiden urbanen Kantonen zeigt sich im ländlichen Kanton Wallis das Gegenteil: 62,8% der Walliser Kantonsbevölkerung 65+ berichten von Schwierigkeiten, medizinische Versorgung ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten zu bekommen (versus 49,9% Schweiz ohne Wallis). Im Kanton Waadt lässt sich kein signifikanter Unterschied gegenüber der Schweiz (ohne Kanton Waadt) finden: 44,6% der Kantonsbevölkerung 65+ berichten, es sei sehr schwierig oder schwierig, medizinische Versorgung ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten zu bekommen gegenüber 51,0% der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz.

G 3.4 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher bei einem medizinischen Anliegen «immer» oder «oft» am selben Tag eine Antwort der Hausarztpraxis erhält, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021 © Obsan 2021

Bemerkung: Personen, welche nie versucht haben, die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt zu kontaktieren, wurden von den Analysen ausgeschlossen

G 3.5 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher es als «sehr schwierig» oder «ziemlich schwierig» erachtet, ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten medizinische Versorgung zu erhalten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021



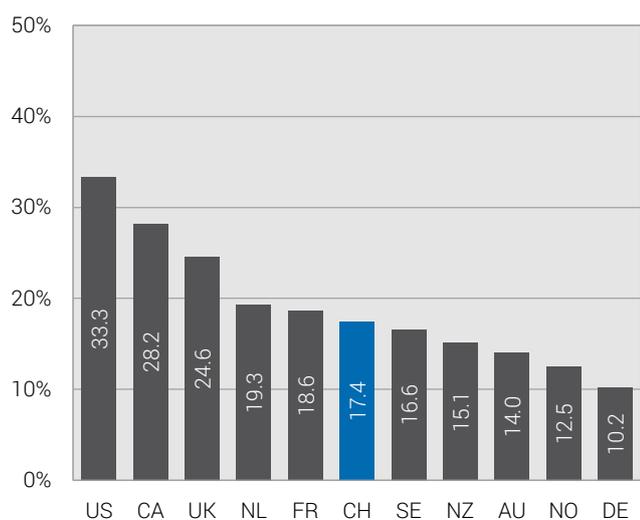
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2017 und 2021 © Obsan 2021

Bemerkung: Personen, welche keine Betreuung ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten benötigen, wurden von den Analysen ausgeschlossen

Bei nahezu jeder fünften befragten Person 65+ in der Schweiz wurde aufgrund des Coronavirus ein Termin bei einer Gesundheitsfachperson abgesagt oder verschoben.

Während der Covid-19-Pandemie wurde sowohl im stationären wie auch im ambulanten Versorgungsbereich etliche Wahlbehandlungen oder Vorsorgeuntersuchungen verschoben, abgesagt oder von der Wohnbevölkerung aus Angst vor einer Ansteckung nicht wahrgenommen (vergleiche Bähler et al., 2021; Van Boeckel et al., 2021). Laut der IHP-Befragung 2021 wurde in den letzten 12 Monaten vor der Befragung bei 17,4% der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz ein Termin⁵ bei einer Ärztin beziehungsweise einem Arzt oder einer medizinischen Fachkraft aufgrund des Coronavirus abgesagt oder verschoben (siehe Grafik G 3.6). Deutlich häufiger wurden solche Termine im Vereinigten Königreich (24,6%), in Kanada (28,2%) und in den USA (33,3%) abgesagt oder verschoben, während in Deutschland nur jede zehnte (10,2%) Person 65+ von Absagen oder Verschiebungen betroffen war.

G 3.6 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, bei welchem ein Termin aufgrund des Coronavirus abgesagt oder verschoben wurde, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021 © Obsan 2021

⁵ Beinhaltet alle Arten gesundheitsbezogener Termine, einschliesslich regelmässiger Kontrolluntersuchungen sowie routinemässige Vorsorgeuntersuchungen.

Kasten K 1 – Definition von Hausarztpraxis oder Hausärztin beziehungsweise Hausarzt im Bericht

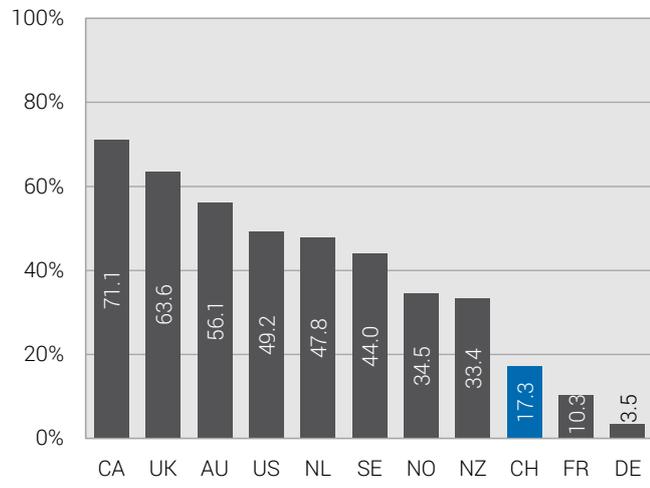
Der Index (Q915) der Hausarztpraxis oder der Hausärztin beziehungsweise dem Hausarzt setzt sich aus den Fragen «Gibt es einen Arzt, den Sie normalerweise für Ihre medizinische Versorgung aufsuchen?» (Q905) und «Gibt es eine Gruppe von Ärzten, ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik, welche Sie normalerweise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

Die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz hat während der letzten 12 Monate deutlich seltener eine Konsultation per Telefon oder Videotelefonie erhalten als die befragten Personen der anderen Länder.

Gerade in Pandemiezeiten, während welcher persönliche Kontakte zwecks Minimierung des Ansteckungsrisikos möglichst vermieden werden sollten, ist eine räumlich getrennte Verfügbarkeit von Ärztinnen beziehungsweise Ärzten von hoher Wichtigkeit. So können medizinische Abklärungen räumlich getrennt stattfinden und allfällig schwerwiegende Gesundheitsprobleme können trotz räumlich begrenztem Zugang zur Grundversorgung rechtzeitig identifiziert werden. Der Coronareport der Helsana-Gruppe (Bähler et al., 2021) zeigt beispielsweise die Telefon- und Videokonsultationen als wichtige Behandlungsalternative auf: Während dem ersten partiellen Lockdown in der Schweiz verdreifachten sich die räumlich getrennten Konsultationen durch die Grundversorgerinnen beziehungsweise Grundversorger verglichen mit dem Vorjahr, während sie sich in der zweiten Welle verdoppelten.

In der Schweiz haben während der letzten 12 Monate vor der Befragung 17,3% der Wohnbevölkerung 65+ per Telefon oder Videotelefonie eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt oder eine sonstige medizinische Fachkraft konsultiert (siehe Grafik G 3.7). Seltener fanden räumlich getrennte Konsultationen nur in Frankreich (10,3%) und Deutschland (3,5%) statt. In den restlichen befragten Ländern haben Telefon- und Videokonsultationen deutlich häufiger stattgefunden als in der Schweiz (Spannbreite von 33,4% in Neuseeland bis 71,1% in Kanada).

G 3.7 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mittels (Video-)Telefonie eine medizinische Konsultation erhalten hat, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021 © Obsan 2021

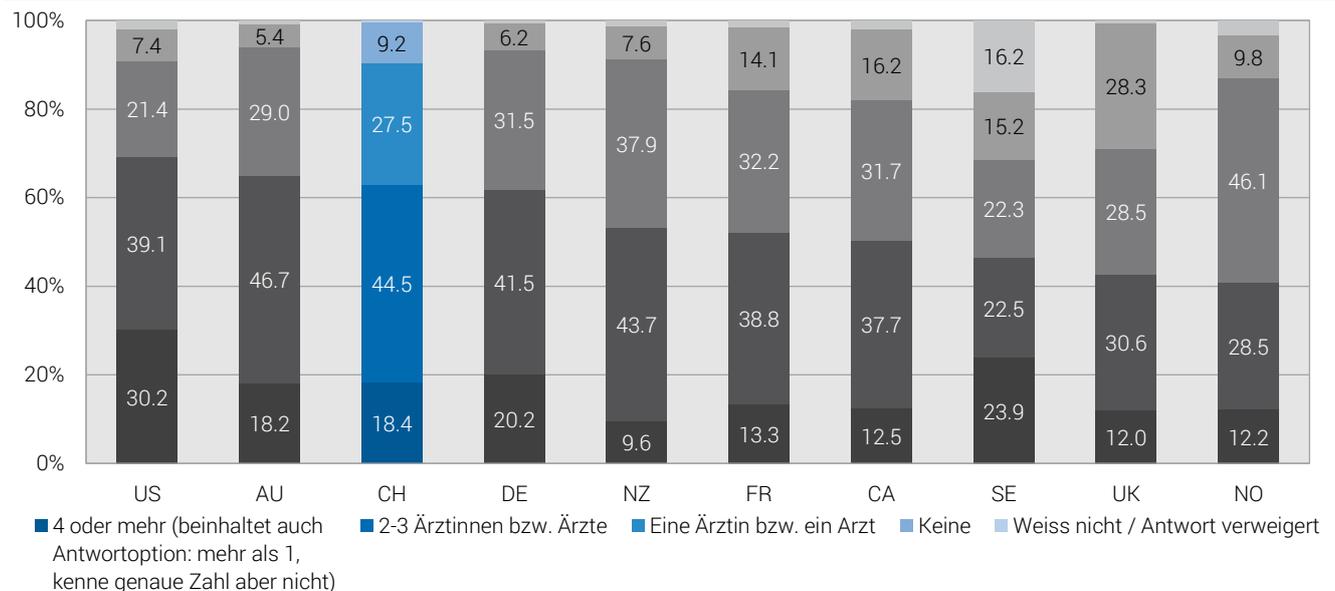
3.3 Koordination zwischen Hausarztpraxen und weiteren Leistungserbringern

Die Hausarztpraxen stellen für die Wohnbevölkerung 65+ meistens den wichtigsten Kontaktpunkt mit der Gesundheitsversorgung dar. Gerade bei älteren Personen mit chronischen Erkrankungen, welche zwischen den Besuchen ihrer Hausarztpraxis häufig weitere Gesundheitsfachpersonen aufsuchen, ist die hausärztliche Begleitung entlang der Behandlungskette essenziell. Auf diese Weise laufen die gesundheitsrelevanten Informationen aller besuchten Leistungserbringer in der Hausarztpraxis zu einer ganzheitlichen Krankengeschichte zusammen und die Seniorinnen und Senioren haben mit ihrer Hausärztin beziehungsweise ihrem Hausarzt eine vertraute, gut informierte Ansprechperson.

Nahezu alle befragten Personen 65+ in der Schweiz verfügen über eine Hausarztpraxis, welche sie normalerweise für ihre medizinische Versorgung aufsuchen.

In der Schweiz verfügen 97,3% der Wohnbevölkerung 65+ über eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt, welche sie normalerweise für ihre medizinische Versorgung aufsuchen, was im internationalen Vergleich dem neunten Rang vor Kanada (96,3%) und den USA (95,5%) entspricht (siehe Tabelle L.3.1). Insgesamt fällt die internationale Varianz äusserst gering aus und in den 11 befragten Ländern ist der Anteil der Wohnbevölkerung 65+ mit Hausarztpraxis äusserst hoch. In Norwegen berichten gar 100% der Wohnbevölkerung 65+ von einer Hausarztpraxis, welche sie normalerweise für die medizinische Versorgung aufsuchen.

G 3.8 Anzahl konsultierte Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

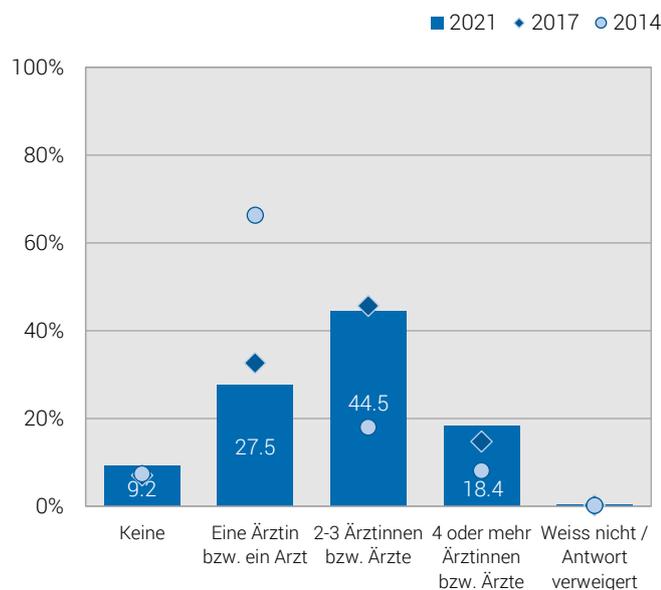
Bemerkung: Die Grafik ist anhand der Grösse der Summe der beiden Anteile «2-3 Ärztinnen bzw. Ärzte» und «4 oder mehr» absteigend geordnet.

Die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz sucht selten nur eine einzige Ärztin beziehungsweise einen einzigen Arzt auf: Der Anteil an Konsultationen bei vier oder mehr Ärztinnen und Ärzten steigt seit 2014 kontinuierlich an.

Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz (62,9%) hinter den USA (69,3%) und Australien (64,9%) auf dem dritten Rang, was die Konsultationen bei mehr als einer Ärztin beziehungsweise einem Arzt in den letzten 12 Monaten vor der Befragung anbelangt (siehe Grafik G 3.8). Am kleinsten fällt dieser Anteil in Norwegen (40,7%) aus, wo die meisten befragten Personen 65+ eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt (46,1%) konsultiert haben. Betrachtet man ausschliesslich die Konsultationen bei vier oder mehr Ärztinnen beziehungsweise Ärzten, so ist dieser Anteil nirgends so hoch wie in den USA (30,2%), während der Schweizer Anteil (18,4%) dem vierten Rang nach den USA, Schweden (23,9%) und Deutschland (20,2%) entspricht.

Die zeitliche Entwicklung in der Schweiz zeigt, dass die Konsultation bei nur einer einzigen Ärztin beziehungsweise bei nur einem einzigen Arzt seit 2014 von 66,3% auf 27,5% deutlich abgenommen hat, während die Konsultation von zwei bis drei Ärztinnen beziehungsweise Ärzten im selben Zeitraum bis 2017 von 18,0% auf 45,6% zugenommen hat und sich seither praktisch unverändert zeigt (44,5% in 2021; siehe Grafik G 3.9). Der Anteil von vier oder mehr Konsultationen wächst – wenn auch nur leicht – kontinuierlich an: von 8,1% im Jahr 2014 auf 14,7% im Jahr 2017 und 18,4% im Jahr 2021.

G 3.9 Anzahl konsultierte Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, zeitlicher Vergleich in der Schweiz, 2014, 2017 und 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021 © Obsan 2021

Bemerkung: Im Anteil «4 oder mehr Ärztinnen beziehungsweise Ärzte» sind erneut die Personen enthalten, welche bei mehr als einer Ärztin beziehungsweise einem Arzt waren, aber die genaue Anzahl nicht mehr kennen.

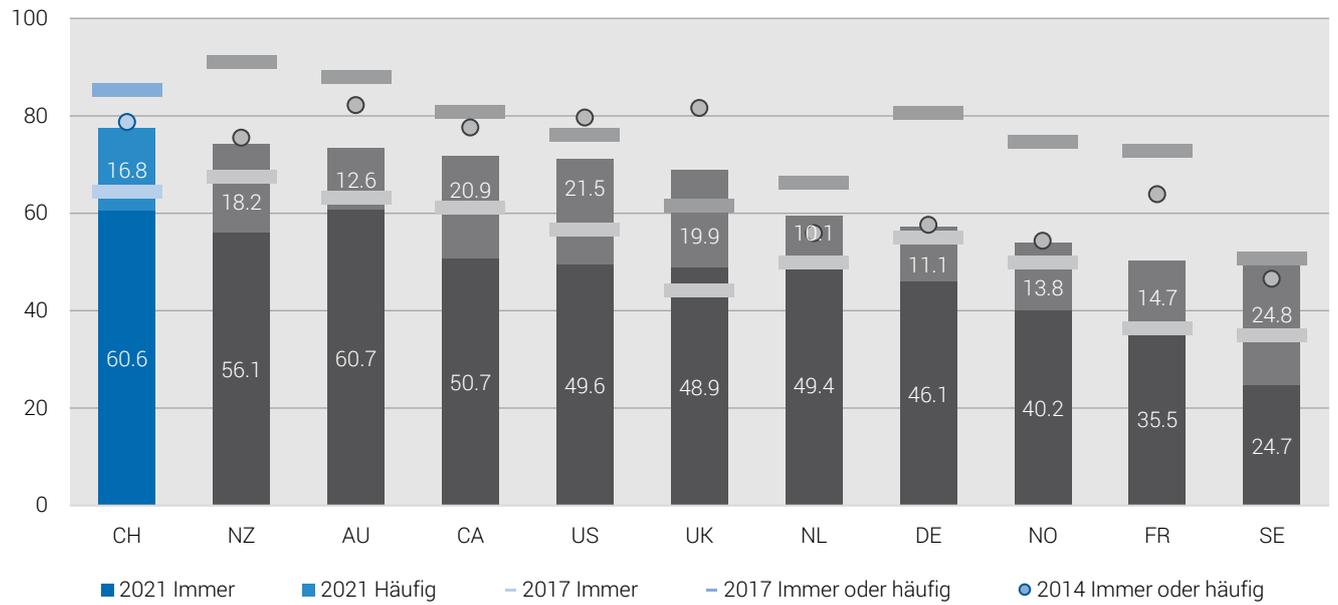
Im internationalen Vergleich erhält die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz am häufigsten hausärztliche Hilfe in der Koordination von Behandlungen bei verschiedenen Leistungserbringern.

Die Inanspruchnahme von verschiedenen Ärztinnen beziehungsweise Ärzten und weiteren Gesundheitsfachpersonen verdeutlicht die Wichtigkeit einer zentralen Koordinationsstelle, welche in der Schweiz in vielen Fällen durch die Hausarztpraxen ausgeübt wird. In mehr als drei Vierteln (77,4%) aller Fälle hilft die Hausarztpraxis der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz immer (60,6%) oder häufig (16,8%) bei der Vereinbarung und Koordination von Behandlungen bei anderen Leistungserbringern (siehe Grafik G 3.10). International entspricht dies einem ersten Rang vor Neuseeland (74,3%) und Australien (73,3%), während in Frankreich (50,2%) oder Schweden (49,5%) nur die Hälfte der Wohnbevölkerung 65+ immer oder häufig hausärztliche Koordinationshilfe erhält.

In der Schweiz ist der Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welche immer oder häufig hausärztliche Hilfe in der Koordination von Behandlungen erhält, seit 2017 deutlich von 85,3% auf 77,4% gesunken. Dieser Rückgang entspricht insgesamt einer Nivellierung des Anteils von 2014 (78,7%). Mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs ist in allen befragten Ländern seit 2017 ein deutlicher Rückgang in der Koordinationshilfe zu beobachten, und in Neuseeland, Deutschland und Norwegen hat gar dieselbe Nivellierung auf das Ausgangsniveau von 2014 stattgefunden wie in der Schweiz. In den zukünftigen IHP-Befragungen wird sich zeigen, ob der generelle Rückgang in der hausärztlichen Koordinationshilfe durch die Pandemie zustande kam oder ob sich diese rückläufige Entwicklung auch nach der Pandemie fortsetzen wird.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz zeigt sich ein deutlicher Unterschied bezüglich Sprachregion respektive französischsprachiger Kantone mit Stichprobenaufstockung. In der Deutschschweiz erhält die Wohnbevölkerung 65+ deutlich häufiger hausärztliche Koordinationshilfe als in der französischen Schweiz (81,8% versus 65,3%; siehe Tabelle C.3.3). Im Kanton Genf geben 59,2% der Kantonsbevölkerung 65+ an, dass sie immer oder häufig Koordinationshilfe durch ihre Hausarztpraxis erhalten, während es in der gesamten Schweiz ohne Kanton Genf 78,5% der Wohnbevölkerung 65+ sind. Ähnlich präsentiert sich dieses Verhältnis im Kanton Waadt verglichen mit der Schweiz ohne Kanton Waadt: 63,5% versus 78,6%. Im Kanton Basel-Stadt (83,2% versus 77,1%) oder im Kanton Wallis (68,8% versus 77,7%) lassen sich keine bedeutenden Unterschiede im Vergleich mit der gesamten Schweiz (ohne den jeweiligen Kanton) finden.

G 3.10 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher «immer» oder «häufig» hausärztliche Hilfe in der Koordination von Behandlungen erhält, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021



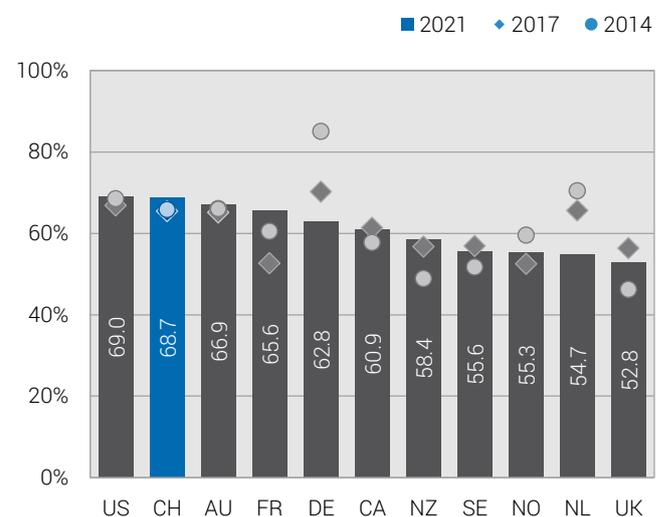
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021

© Obsan 2021

Im Jahr 2021 belegt die Schweiz (68,7%) den zweiten Rang hinter den erstplatzierten USA (69,0%), was die Besuche bei einer Spezialistin beziehungsweise einem Spezialisten in den letzten zwei Jahren vor der Befragung anbelangt (siehe Grafik G 3.11). Die niedrigsten Anteile sind in Norwegen (55,3%), den Niederlanden (54,7%) und dem Vereinigten Königreich (52,8%) zu finden. In der zeitlichen Entwicklung seit 2014 sind starke Rückgänge in Deutschland (von 85,0% auf 62,8%) und den Niederlanden (von 70,4% auf 54,7%) festzustellen, während sich der Schweizer Anteil (68,7%) über die drei Erhebungen praktisch unverändert zeigt (65,4% in 2017 und 65,8% in 2014).

In der Schweiz besuchte vor allem die Wohnbevölkerung 65+ mit einem tertiären Bildungsabschluss deutlich häufiger eine Spezialistin beziehungsweise einen Spezialisten (77,9%) verglichen mit der Wohnbevölkerung 65+ mit einem Bildungsabschluss obligatorische Schule (59,0%) oder Sekundarstufe II (69,8%; siehe Tabelle C.3.4). Ein ähnlicher Unterschied zeigt sich zwischen der städtischen Wohnbevölkerung 65+ (73,3%) verglichen mit der Wohnbevölkerung 65+, welche in der Agglomeration (63,3%) oder auf dem Land (61,4%) lebt.

G 3.11 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher in den letzten zwei Jahren vor der Befragung bei einer Spezialistin beziehungsweise einem Spezialisten gewesen ist, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021

© Obsan 2021

In der Schweiz präsentiert sich das Ausmass an Koordinationsproblemen zwischen Hausarztpraxen und Spezialarztpraxen seit 2014 unverändert.

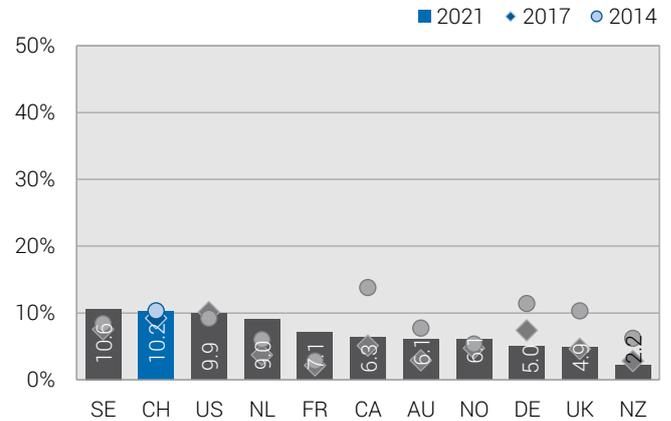
In der Schweiz ist die Konsultation von mehreren Leistungserbringern bei einem gesundheitlichen Problem keine Seltenheit. Auf dem Weg entlang der Behandlungskette erhöht ein koordinierter Austausch zwischen den Hausarztpraxen und den Spezialistinnen beziehungsweise den Spezialisten die Effizienz der medizinischen Versorgung. In der Schweiz haben in den letzten zwei Jahren vor der Befragung 10,2% der Wohnbevölkerung 65+, welche auch bei einer Spezialistin beziehungsweise einem Spezialisten gewesen ist, die Erfahrung gemacht, dass die aufgesuchte Spezialarztpraxis keine grundlegenden medizinischen Informationen über den Grund des Besuches von der Hausarztpraxis hatte (siehe Grafik G 3.12). Im internationalen Vergleich ist dies der zweitgrösste Anteil nach Schweden (10,6%). Seit 2014 hat sich der Informationsfluss der Hausarztpraxis in Richtung der Spezialarztpraxis vor allem in Kanada (von 13,8% auf 6,3%), in Deutschland (von 11,4% auf 5,0%), im Vereinigten Königreich (von 10,3% auf 4,9%) und Neuseeland (von 6,2% auf 2,2%) verbessert, während in Frankreich (von 2,8% auf 7,1%) ein Anstieg von Koordinationsproblemen festzustellen ist. In der Schweiz zeigt sich über diesen Zeitraum keine bedeutende Veränderung (9,2% in 2017 und 10,3% in 2014).

Was den Informationsaustausch in die entgegengesetzte Richtung anbelangt, liegt die Schweiz im internationalen Vergleich auf dem siebten Rang: 13,0% der Wohnbevölkerung 65+ berichten von einem mangelhaften Informationsstand ihrer Hausarztpraxis nach einem Besuch bei einer Spezialistin beziehungsweise einem Spezialisten (siehe Grafik G 3.12). Am häufigsten werden Koordinationsprobleme nach einem Besuch in einer Spezialarztpraxis in Schweden (19,7%) wahrgenommen und am seltensten in Neuseeland (3,1%). In Norwegen wurden seit 2014 deutlich weniger Koordinationsprobleme festgestellt (Abnahme von 41,7% auf 14,8% in 2021). Ähnlich starke Rückgänge finden sich in Deutschland (von 28,1% auf 8,6%) und Kanada (von 24,7% auf 14,4%).

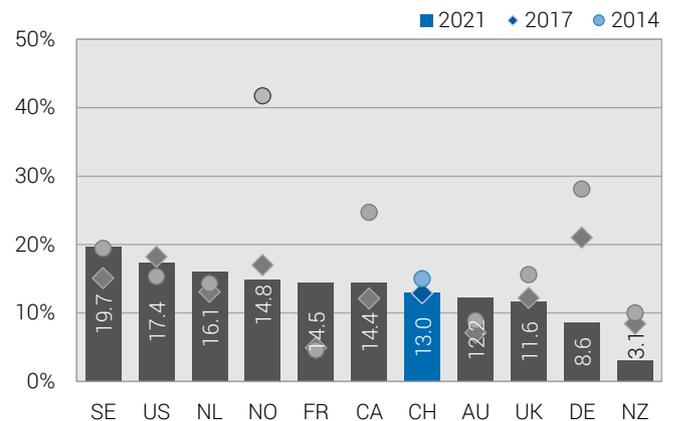
Der Index «Hat mindestens ein Koordinationsproblem festgestellt» vereint die oben beschriebenen Indikatoren und zeigt die Schweiz (17,7%) auf einem sechsten Rang (siehe Grafik G 3.12). Am häufigsten berichtet die Wohnbevölkerung 65+ in Schweden (23,7%) von mindestens einem Koordinationsproblem und am seltensten die Wohnbevölkerung 65+ in Neuseeland (3,9%). Seit 2014 sind in Norwegen (-23,1 Prozentpunkte), Deutschland (-21,3 Prozentpunkte), Kanada (-12,2 Prozentpunkte) und Neuseeland (-9,7 Prozentpunkte) deutliche Rückgänge in den Koordinationsproblemen zu verzeichnen, während in Frankreich ein deutlicher Anstieg von +12,4 Prozentpunkten zu sehen ist. In der Schweiz ist im selben Zeitraum keine bedeutende Veränderung festzustellen (-1,7 Prozentpunkte).

G 3.12 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher ein Koordinationsproblem zwischen Hausarztpraxis und Spezialarztpraxis festgestellt hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021

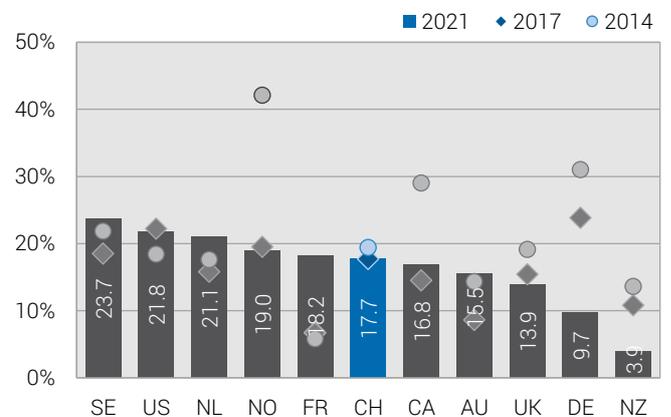
Ist es in den letzten zwei Jahren vorgekommen, dass...
 ...ein Spezialist keine grundlegenden medizinischen Informationen oder Testergebnisse vom Arzt/Ort, den Sie normalerweise aufsuchen für eine medizinische Behandlung, über den Grund Ihres Besuches hatte.



...nachdem Sie den Facharzt oder Spezialisten konsultiert hatten, Ihr Arzt/Ort, den Sie normalerweise aufsuchen für eine medizinische Behandlung, nicht informiert und auf dem letzten Stand schien bezüglich der Behandlung, die Sie vom Spezialisten bekommen hatten.



Haben Sie mindestens eines der beiden Koordinationsprobleme festgestellt?



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021 © Obsan 2021

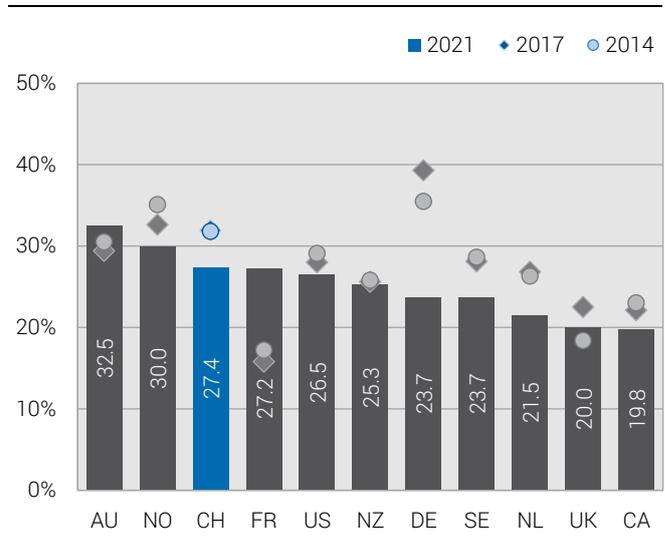
3.4 Nachsorge nach stationärem Spitalaufenthalt

Der Austritt nach einer stationären Behandlung im Spital ist ein entscheidender Bestandteil der Behandlungskette und gerade bei älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten sollte eine gute Koordination mit den nachgelagerten Leistungserbringern stattfinden. Eine erfolgreich koordinierte Nachsorge schafft die bestmögliche Voraussetzung für eine komplikationslose Genesung und kann einen Wiedereintritt ins Spital verhindern.

In neun von elf Ländern ist seit 2017 ein Rückgang der stationären Spitalaufenthalte zu beobachten.

In der Schweiz hat etwas mehr als ein Viertel (27,4%) der Wohnbevölkerung 65+ in den letzten zwei Jahren mindestens eine Nacht als Patientin beziehungsweise Patient in einem Spital verbracht (siehe Grafik G 3.13). Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz auf dem dritten Rang hinter Australien (32,5%) und Norwegen (30,0%), während die Niederlande, das Vereinigte Königreich und Kanada mit jeweils ungefähr 20% die drei kleinsten Anteile an stationären Spitalaufenthalten ausweisen. In neun der befragten Länder sind die Anteile der stationären Spitalaufenthalte seit 2017 rückläufig, so auch in der Schweiz, wo sich der Anteil im Jahr 2014 auf 31,8% und im Jahr 2017 auf 31,9% belief (versus 27,4% im Jahr 2021). Dieser Rückgang um 4,4 respektive 4,5 Prozentpunkte ist nur knapp nicht signifikant. Am stärksten reduzierten sich die stationären Spitalaufenthalte seit 2017 in Deutschland (von 39,3% auf 23,7%), während einzig in Australien (von 29,4% auf 32,5%) und Frankreich (von 15,8% auf 27,2%) eine Zunahme zu verzeichnen ist, wobei diese nur in Frankreich signifikant ausfällt. Es ist davon auszugehen, dass die Rückgänge mit der Covid-19-Pandemie zusammenhängen dürften, da während der letzten zwei Jahre viele nicht dringliche Operationen sowie Wahlbehandlungen verschoben, abgesagt oder nicht wahrgenommen wurden. In den folgenden IHP-Befragungen ist zu beurteilen, ob sich dieser Rückgang tatsächlich aufgrund der Covid-19-Pandemie ergeben hat oder ob sich die stationären Spitalaufenthalte weiterhin reduzieren respektive auf dem Niveau von 2021 einpendeln.

G 3.13 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher in den letzten zwei Jahren mindestens eine Nacht im Spital verbracht hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021
© Obsan 2021

Die Schweiz hat sich in der Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt positiv entwickelt, allerdings besteht weiterhin Verbesserungspotenzial.

Etwas mehr als zwei Drittel (69,4%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz haben bei ihrer Spitalentlassung schriftliche Informationen erhalten, was sie zu Hause machen müssen und auf welche Symptome zu achten ist, was im internationalen Vergleich dem sechsten Rang entspricht (siehe Grafik G 3.14). Deutlich häufiger schriftliche Informationen bei Spitalaustritt hat die Wohnbevölkerung 65+ in den USA (93,7%), in Neuseeland (83,9%) und im Vereinigten Königreich (82,2%) erhalten. Am seltensten berichten die älteren Norwegerinnen und Norweger (57,9%) vom Erhalt schriftlicher Informationen bei Spitalaustritt. In der Schweiz ist dieser Anteil seit 2014 kontinuierlich angestiegen: Von 55,6% im Jahr 2014 auf 65,6% im Jahr 2017 und wiederum auf 69,4% im Jahr 2021.

Bei 85,6% der entlassenen Patientinnen und Patienten, bei welchen auch eine Folgebehandlung nötig war, wurde durch das Spital die Nachbehandlung bei einem darauffolgenden Leistungserbringer sichergestellt (siehe Grafik G 3.14). Trotz leichtem, nicht signifikantem Rückgang seit 2017 (89,9%), entspricht dies im internationalen Vergleich dem ersten Rang vor dem Vereinigten Königreich (83,7%) und Australien (83,0%). In Deutschland hat die Sicherstellung von (nötigen) Nachbehandlungen seit 2017 um über 20 Prozentpunkte von 77,3% auf 54,0% stark abgenommen.

Bei nicht ganz drei Vierteln (71,6%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz wurden vor dem Spitalaustritt alle verschriebenen Medikamente – inklusive jener, welche bereits vor dem Spitalaufenthalt konsumiert wurden – durch jemanden kontrolliert, was im internationalen Vergleich einem sechsten Rang entspricht

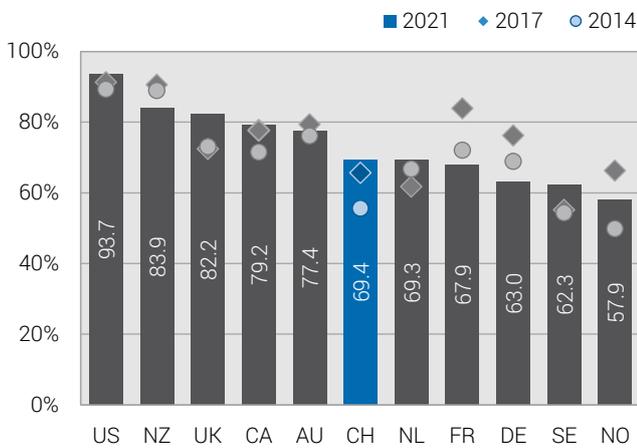
(siehe Grafik G 3.14). Bedeutsam häufiger finden solche Kontrollen nur in den Niederlanden (84,3%) statt, während in Norwegen (56,8%) und in Deutschland (53,6%) vergleichsweise am seltensten alle Medikamente kontrolliert werden.

Mehr als drei Viertel (77,4%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz hatte nach einem Spitalaufenthalt das Gefühl, die entsprechende Unterstützung und die Dienstleistungen zu haben, welche sie zur Bewältigung ihres Gesundheitsproblems zu Hause

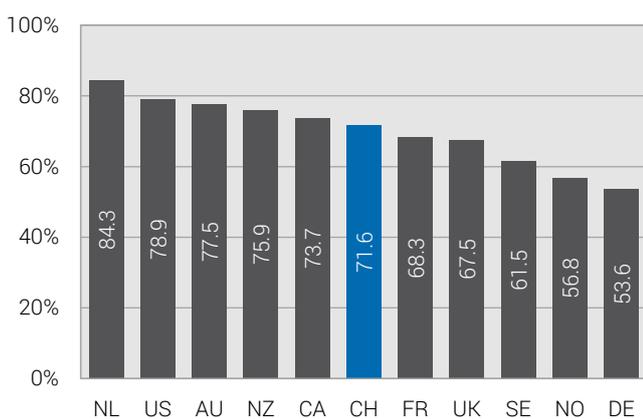
benötigen (siehe Grafik G 3.14). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem achten Rang, während dieser Anteil nur in Norwegen (75,3%), Schweden (65,9%) und Deutschland (60,0%) niedriger ausfällt. Bei den drei letztplatzierten Ländern fällt zudem auf, dass der Anteil seit 2017 deutlich abgenommen hat, wobei der Rückgang in Deutschland mit -22,5 Prozentpunkten am stärksten ausfällt. Der Schweizer Anteil hat sich im selben Zeitraum nur unbedeutend verändert (76,0% im Jahr 2017).

G 3.14 Indikatoren zur Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021

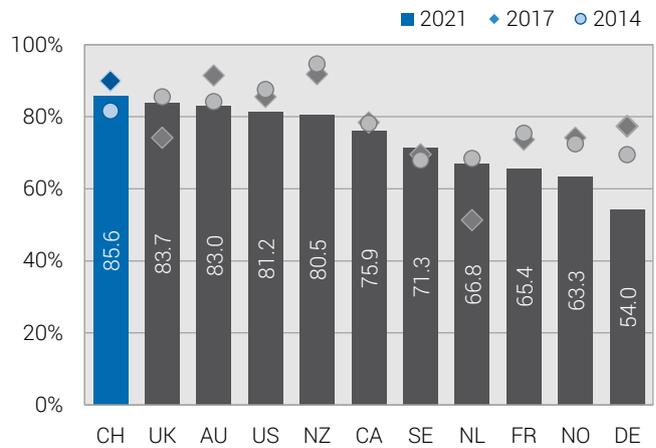
Als Sie aus dem Spital entlassen worden sind, haben Sie schriftliche Informationen bekommen, was Sie machen müssen, wenn Sie nach Hause kommen und auf welche Symptome Sie achten müssen?



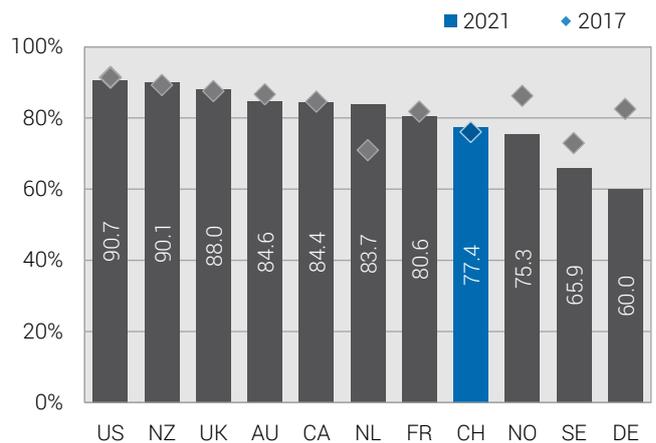
Bevor Sie aus dem Spital entlassen wurden, ist jemand mit Ihnen alle verschriebenen Medikamente durchgegangen, inklusive jene, die Sie bereits vor dem Spitalaufenthalt nahmen?



Als Sie das Krankenhaus verlassen haben, hat das Krankenhaus Anordnungen getroffen oder sichergestellt, dass Sie eine Folgebehandlung mit einem Arzt oder einem anderen Gesundheitsspezialisten erhalten?



Nachdem Sie das Spital verlassen haben, hatten Sie das Gefühl, die Unterstützung und die Dienstleistungen zu haben, welche Sie zur Bewältigung Ihrer Gesundheitsprobleme zu Hause benötigten?



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: Die Frage zur Kontrolle der Medikamente bei Spitalaustritt (Q1310A3) ist nicht mehr mit 2014 und 2017 vergleichbar, während die Frage zur wahrgenommenen Unterstützung im Jahr 2014 nicht gestellt wurde.

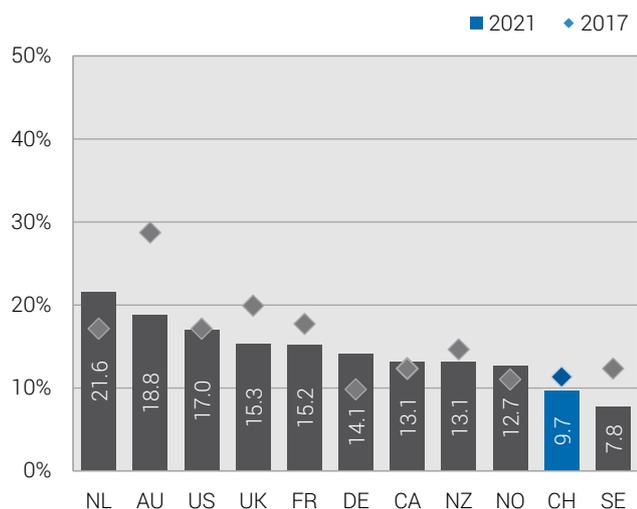
3.5 Pflege und Betreuung zu Hause

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

In der Schweiz findet ein grosser Anteil der Betreuung (z.B. Hilfe beim Einkaufen oder bei Haushaltsarbeiten) durch Familienmitglieder oder Freunde statt.

Eine von zehn Personen (9,7%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz ist wegen eines Gesundheitsproblems unter anderem bei Hausarbeiten, der Einnahme von Medikamenten oder bei Einkäufen auf Hilfe angewiesen (siehe Grafik G 3.15). In den Niederlanden (21,6%) ist der Anteil mehr als doppelt so hoch, während nur das elftplatzierte Schweden einen kleineren Anteil (7,8%) als die Schweiz ausweist. Der Schweizer Anteil hat sich seit 2017 um 1,6 Prozentpunkte nur unbedeutend verkleinert, während gerade in Australien eine starke Abnahme von 28,7% auf 18,8% zu verzeichnen ist. In der Schweiz ist vor allem die 80-jährige und ältere Wohnbevölkerung sowie die Wohnbevölkerung 65+ mit einem Bildungsabschluss auf obligatorischer Stufe deutlich häufiger auf Hilfe angewiesen als ihre Vergleichsgruppen (siehe Tabelle C.3.5).

G 3.15 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher wegen einem Gesundheitsproblem auf Hilfe im Alltag angewiesen ist, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021

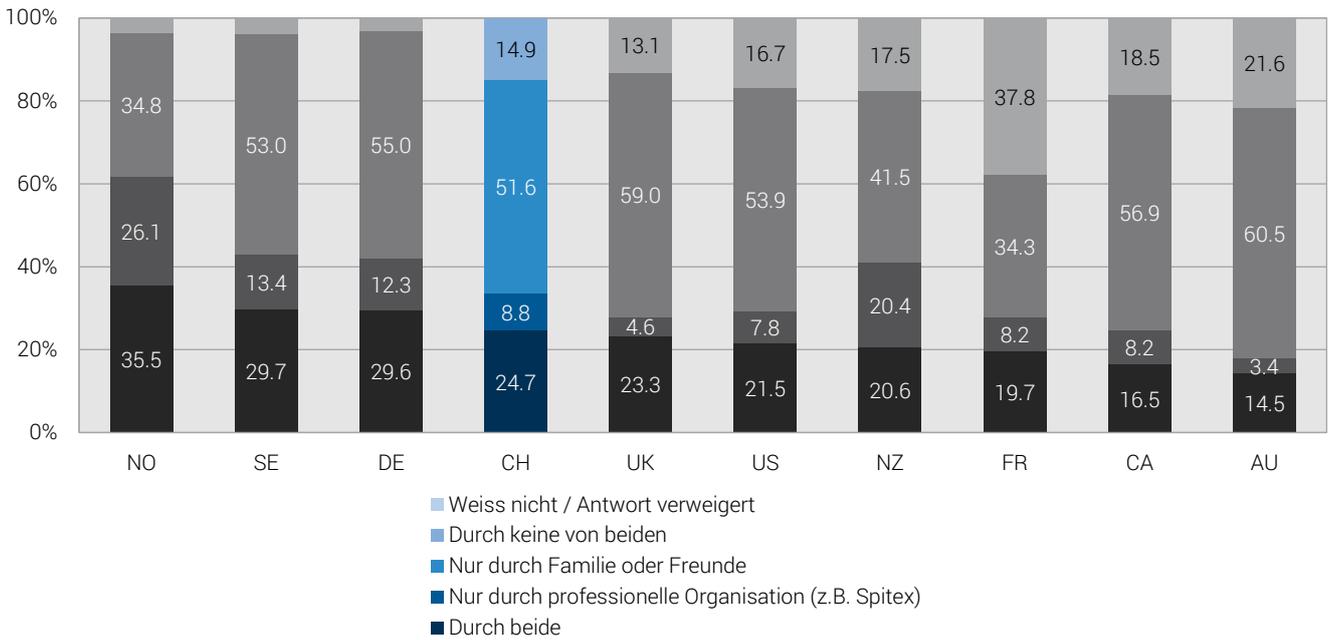


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2017 und 2021
© Obsan 2021

Bei den auf Hilfe angewiesenen Personen der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz erhalten 75,5% immer oder oft, 15,6% manchmal und 7,7% selten oder nie Unterstützung durch formelle Organisationen (wie beispielsweise Spitex-Dienste) oder informelle Hilfeleistende wie die Familie oder Freunde (siehe Tabelle L.3.2). Im internationalen Vergleich gibt nur die Wohnbevölkerung 65+ des Vereinigten Königreichs häufiger (78,7%) an, immer oder oft Hilfe durch formelle oder informelle Quellen zu erhalten. Unabhängig von der Häufigkeit (d.h. immer, oft, manchmal oder selten) der erhaltenen Hilfe wurde gefragt, von wem die Hilfe geleistet wird. In der Schweiz erhält ein Viertel (24,7%) der betroffenen Wohnbevölkerung 65+ sowohl formelle wie auch informelle Hilfe gleichzeitig, während 8,8% ausschliesslich formelle Hilfe und 51,6% ausschliesslich informelle Hilfe beziehen (siehe Grafik G 3.16). Weitere 14,9% gaben keine in-/formelle Hilfe an, da sie vermutlich Hilfeleistungen von weiteren Organisationen wie beispielsweise religiösen oder wohltätigen Hilfswerken erhalten.

In der Schweiz geben 11,5% der Wohnbevölkerung 65+ an, dass sie mindestens einmal die Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Gesundheitsproblemen, einer chronischen Erkrankung oder Behinderung pflegen respektive betreuen (siehe Tabelle C.3.6). Obwohl sich von 2014 (12,9%) auf 2017 (14,9%) ein Anstieg der geleisteten informellen Hilfe andeutete, kann aufgrund nicht signifikanter Unterschiede von einem stabilen Ausmass der geleisteten informellen Hilfe über die drei Erhebungen ausgegangen werden.

G 3.16 Erhaltene formelle und/oder informelle Hilfe, internationaler Vergleich, 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2021

© Obsan 2021

3.6 Nutzung von eHealth

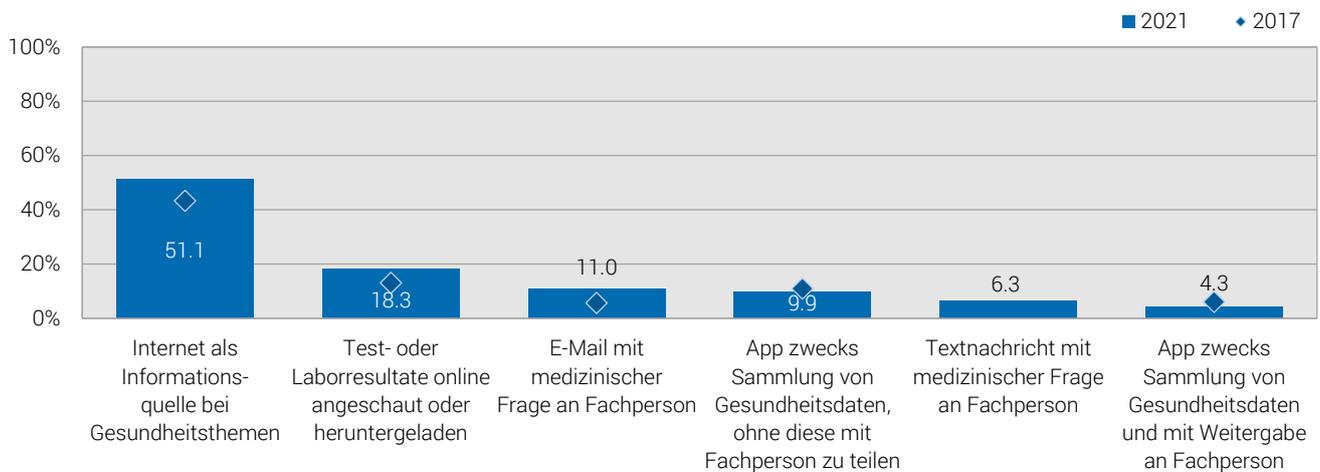
Die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren zeigt grosses Interesse an eHealth und die Covid-19-Pandemie hat die Offenheit für digitale Lösungen im Gesundheitswesen gestärkt (eHealth Barometer, 2021; FMH, 2021; Pahud, 2020a). Allerdings ist das Alter ein entscheidender Faktor in der tatsächlichen Nutzung von digitalen Diensten und dem Vorhandensein von digitalen Gesundheitskompetenzen (De Gani et al., 2021; König et al., 2018). Nachfolgend wird aufgezeigt, welche digitalen Gesundheitsdienstleistungen durch die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz genutzt werden und welche Unterschiede sich in soziodemografischen Merkmalen finden lassen.

Die Nutzung von eHealth durch die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz hat seit 2017 tendenziell zugenommen, allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen wie Alter und Bildungsniveau.

Am häufigsten (51,1%) gab die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz an, dass sie das Internet nutze, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren, was verglichen mit 2017 (43,3%) ei-

ner deutlichen Zunahme entspricht (siehe Grafik G 3.17). Des Weiteren sind signifikante Zunahmen bei der Verwendung von E-Mails bei medizinischen Fragen und dem digitalen Überprüfen von Test- und Laborresultaten festzustellen. Die Verwendung von E-Mails zum Klären einer medizinischen Frage hat sich seit 2017 fast verdoppelt (von 5,6% auf 11,0%), während das Einsehen oder Herunterladen von Test- respektive Laborresultaten über die beiden Erhebungen ebenfalls von 13,0% auf 18,3% zugenommen hat. Keine bedeutenden Veränderungen sind in der Verwendung von Apps zum Sammeln von Gesundheitsdaten (und deren Teilung mit Fachpersonen) zu beobachten. Die Frage, ob man mittels Textnachricht einer Fachperson eine medizinische Frage gestellt hat, wurde in der Erhebung von 2021 zum ersten Mal gestellt und beläuft sich auf 6,3%.

Das soziodemografische Profil zum Indikator «Internet als Informationsquelle bei Gesundheitsthemen» widerspiegelt exemplarisch die ersichtlichen Unterschiede zwischen Merkmalsausprägungen in den verschiedenen eHealth-Indikatoren, unabhängig von der Grösse der jeweiligen Anteile (siehe Grafik G 3.18). Je nach Indikator fallen diese Unterschiede mehr oder weniger deutlich aus und sind nicht in jedem Fall statistisch signifikant. Für die nicht präsentierten soziodemografischen eHealth-Indikatoren sind die Tabellen C.3.7 bis C.3.11 zu konsultieren.

G 3.17 Indikatoren zur Nutzung von eHealth, Wohnbevölkerung 65+, nationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021

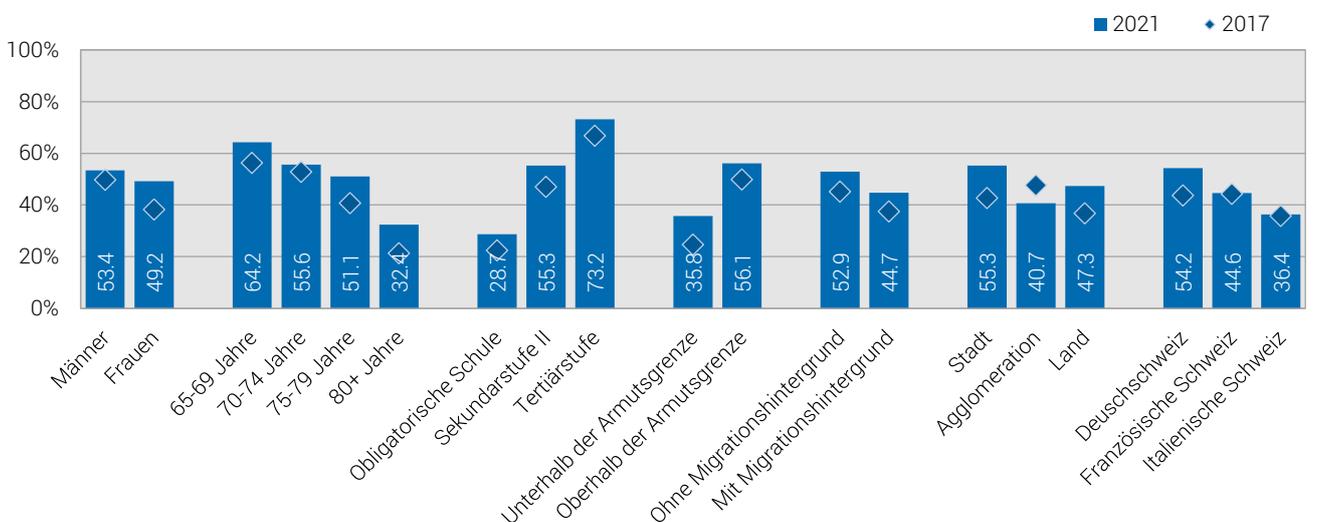
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2017 und 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: Die Frage "Textnachricht mit medizinischer Frage an Fachperson" wurde im Jahr 2021 zum ersten Mal gestellt.

Die Nutzung des Internets als Informationsquelle für Gesundheitsthemen nimmt mit zunehmenden Alter deutlich ab: So geben fast zwei Drittel (64,2%) der 65- bis 69-jährigen Befragten eine Internetnutzung zu gesundheitlichen Informationszwecken an, während es bei den 80-jährigen und älteren Personen weniger als ein Drittel (32,4%) ist (siehe Grafik G 3.18). Dieser Effekt hat sich jedoch seit 2017 leicht abgeschwächt, da die Altersgruppen der 75- bis 79-jährigen sowie der 80-jährigen und älteren Personen um ungefähr 10 Prozentpunkte aufgeholt haben. Des Weiteren nutzt die Wohnbevölkerung 65+ mit einem obligatorischen Schulabschluss (28,7%) Online-Informationsquellen deutlich seltener als die Wohnbevölkerung 65+ mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II (55,3%), welche wiederum bedeutend seltener Online-Informationsquellen nutzt als die Wohnbevölkerung 65+

mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe (73,2%). Ebenfalls signifikante Unterschiede sind in den Merkmalen Einkommen und Urbanisierungsgrad zu finden: Die Wohnbevölkerung 65+ mit einem Einkommen unterhalb der Armutsgrenze (35,8%) nutzt das Internet signifikant weniger als gesundheitliche Informationsquelle als die Wohnbevölkerung 65+ mit einem Einkommen oberhalb der Armutsgrenze (56,1%), während die in der Stadt lebende Wohnbevölkerung 65+ (55,3%) dies deutlich häufiger tut als die Wohnbevölkerung 65+ in der Agglomeration (40,7%). Schlussendlich nutzt die Wohnbevölkerung 65+ mit Migrationshintergrund (44,7%) das Internet tendenziell weniger als Informationsquelle als die Wohnbevölkerung 65+ ohne Migrationshintergrund (52,9%).

G 3.18 Internet als Informationsquelle bei Gesundheitsthemen, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2017 und 2021

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy 2017 und 2021

© Obsan 2021

4 Gesundheitsausgaben und finanzielle Herausforderungen

Laut der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG, 2021) bezogen im Jahr 2019 ein Viertel (27%) aller versicherten Personen in der Schweiz eine Prämienverbilligung, was Ausgaben von ungefähr 5,0 Milliarden Franken für rund 2,3 Millionen Personen entspricht. Eine hohe Bezügerquote von Prämienverbilligungen ist vor allem bei Kindern (0 bis 18 Jahre), jungen Erwachsenen (19 bis 25 Jahre) und Personen ab 80 Jahren zu finden. Neben den Krankenkassenprämien und den allgemeinen Lebenskosten können zusätzlich anfallende Gesundheitskosten für viele Personen in der Schweiz eine finanzielle Belastung darstellen. Folglich kann es sein, dass Personen bei gesundheitlichen Problemen keine Arztpraxis aufsuchen oder auf eine empfohlene Behandlung verzichten. Diese Situation hat sich in Europa in den letzten Jahren zwar verbessert, dennoch berichten vor allem Personen in Haushalten mit einem unterdurchschnittlichem Einkommen häufiger, aus finanziellen Gründen auf medizinische Behandlungen zu verzichten (OECD, 2020). Nachfolgend werden die Resultate zu den Krankenversicherungsmodellen und den selbst getragenen Kosten, den finanziellen Sorgen und Herausforderungen sowie dem Verzicht präsentiert.

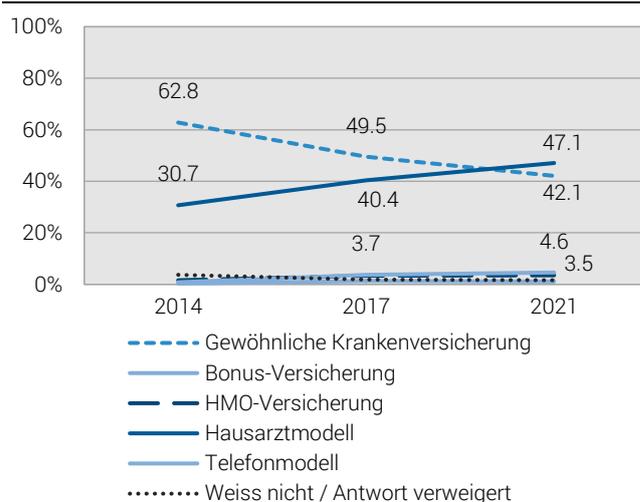
4.1 Krankenversicherungsmodelle und selbst getragene Kosten

Die Art, sich im Gesundheitsbereich zu versichern, hat sich in der Schweiz in den letzten Jahren deutlich verändert und immer mehr Personen wählen in der Grundversicherung Modelle wie das Hausarzt- oder HMO-Modell auf Kosten der Standardmodelle (BAG, 2021). Laut der IHP-Befragung von 2014 war das Standardmodell das mit Abstand häufigste Versicherungsmodell (62,8%) der Wohnbevölkerung 65+, während das Hausarztmodell (30,7%) die zweithäufigste Wahl darstellte (siehe Grafik G 4.1). Deutlich seltener wurden im Jahr 2014 die nachfolgenden Versicherungsmodelle genannt: HMO-Versicherung (1,6%), Telefonmodell (0,8%) und Bonus-Versicherung (0,3%). Am dritthäufigsten wurde auf die Frage nach dem Versicherungsmodell mit einer Antwortverweigerung oder «ich weiss nicht» geantwortet (3,7%). In der IHP-Befragung von 2021 ist das Hausarztmodell (47,1%) neu das meistgenannte Versicherungsmodell der Wohnbevölkerung 65+,

gefolgt vom Standardmodell (42,1%). Des Weiteren hat seit 2014 der Anteil der HMO-Versicherung (von 1,6% auf 3,5%) und des Telefonmodells (von 0,8% auf 4,6%) deutlich zugenommen, während sich der Anteil an Bonus-Versicherung nicht bedeutend verändert hat (von 0,3% auf 1,1%).

Im Jahr 2021 liegt die am häufigsten gewählte Franchise⁶ der Wohnbevölkerung 65+ bei 300 Franken (60,8%), gefolgt von 500 Franken (16,4%) und 2000 bis 2500 Franken (12,1%), während Franchisen von 1000 bis 1500 Franken am seltensten (8,5%) gewählt werden (siehe Grafik G 4.2). Die Wahl der beiden Franchisen 300 Franken und 2000 bis 2500 Franken hat seit 2014 zugenommen. Allerdings muss hierbei beachtet werden, dass der Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher den Betrag der eigenen Franchise nicht kennt, im Jahr 2014 mit 11,6% vergleichsweise hoch war. Folglich könnte der Anteil der Minimal- respektive Maximalfranchise im Jahr 2014 durchaus höher gewesen sein, und es lässt sich nicht abschliessend klären, ob es sich tatsächlich um eine genuine Zunahme handelt.

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

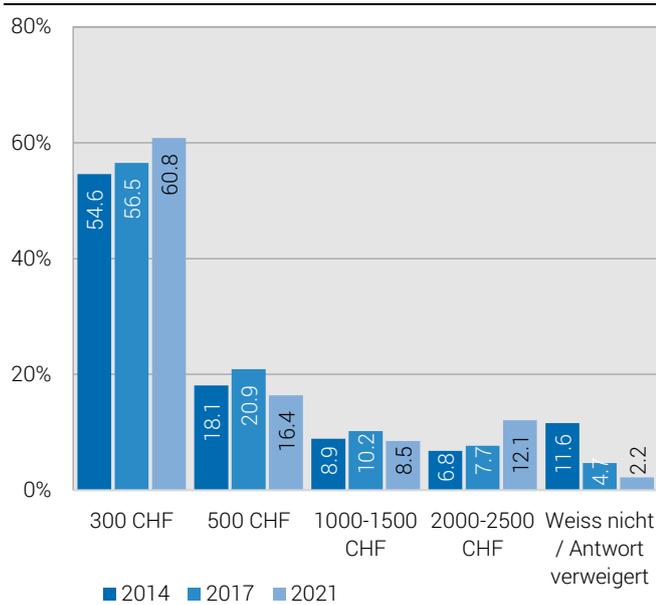


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021 © Obsan 2021

die Behandlungskosten, aber desto höher fallen die Prämienzahlungen aus.

⁶ Fixbetrag, welcher pro Jahr an die Gesundheitskosten bezahlt werden muss. Je tiefer die Franchise, desto weniger bezahlt man an

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



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021 © Obsan 2021

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

Ein Drittel (33,8%) der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz trägt – zusätzlich zu den anfallenden Prämienzahlungen – Gesundheitskosten im Gegenwert von 2000 US-Dollar oder mehr selbst, während es bei einem Fünftel (20,9%) selbstgetragene Gesundheitskosten im Gegenwert von 1000 bis <2000 US-Dollar sind (siehe Grafik G 4.3). Die weiteren Anteile streuen zwischen 2,8% bis 15,5% und nur knapp mehr als jede zehnte Person (11,2%) gibt keine selbst zu tragenden Gesundheitskosten an. Am kleinsten fällt der Anteil Personen aus, welche nicht wissen wie viel sie tatsächlich selbst tragen oder ihre Antwort verweigert haben (2,7%).

Die Schweiz erweist sich im Jahr 2021 erneut als das Land, in welchem die selbst getragenen Gesundheitskosten der Wohnbevölkerung 65+ den Gegenwert von 1000 US-Dollar am häufigsten übersteigen (siehe Grafik G 4.3). So geben 54,7% der Befragten an, dass sie in den letzten 12 Monaten 1000 US-Dollar oder mehr

aus der eigenen Tasche für medizinische Behandlungen und Versorgung ausgegeben haben. Bereits im Jahr 2017 war die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz mit 50,4% deutlich auf dem ersten Rang vor den USA, in welchen jeweils ungefähr ein Drittel der Befragten von selbst getragenen Gesundheitskosten von 1000 US-Dollar oder mehr berichten (2017: 33,1% und 2021: 31,6%). In Australien ist im selben Zeitraum der Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher mindestens 1000 US-Dollar selber trägt, am deutlichsten von 18,0% auf 30,0% angestiegen, während dieser Anteil beispielsweise in Deutschland von 16,4% auf 8,9% gesunken sind.

Das soziodemografische Profil der Schweiz zeigt mehrere bedeutende Unterschiede, was die selbst getragenen Gesundheitskosten im Gegenwert von 1000 US-Dollar und mehr anbelangt (siehe Tabelle C.4.1). Der grösste Unterschied findet sich bezüglich Bildungsniveau: Am häufigsten trägt die Wohnbevölkerung 65+ mit einem tertiären Bildungsabschluss (68,2%) diese Kosten selbst, gefolgt von der Wohnbevölkerung 65+ mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II (57,1%) und mit obligatorischem Schulabschluss (40,7%). Des Weiteren zeigen sich Unterschiede zwischen der Wohnbevölkerung 65+, die mit einem Einkommen unterhalb (38,0%) und oberhalb der Armutsgrenze (60,2%) leben sowie im Geschlecht (Männer 59,6% versus Frauen 50,8%). In der Stadt lebende Personen der Wohnbevölkerung 65+ (59,4%) tragen Gesundheitskosten im Gegenwert von 1000 US-Dollar und mehr ebenfalls häufiger selbst als in der Agglomeration (43,9%) oder auf dem Land (50,2%) lebende Personen. Schlussendlich ist auch der Anteil in der Deutschschweiz (59,9%) deutlich höher als der Anteil in der französischen oder der italienischen Schweiz (42,5% respektive 37,0%).

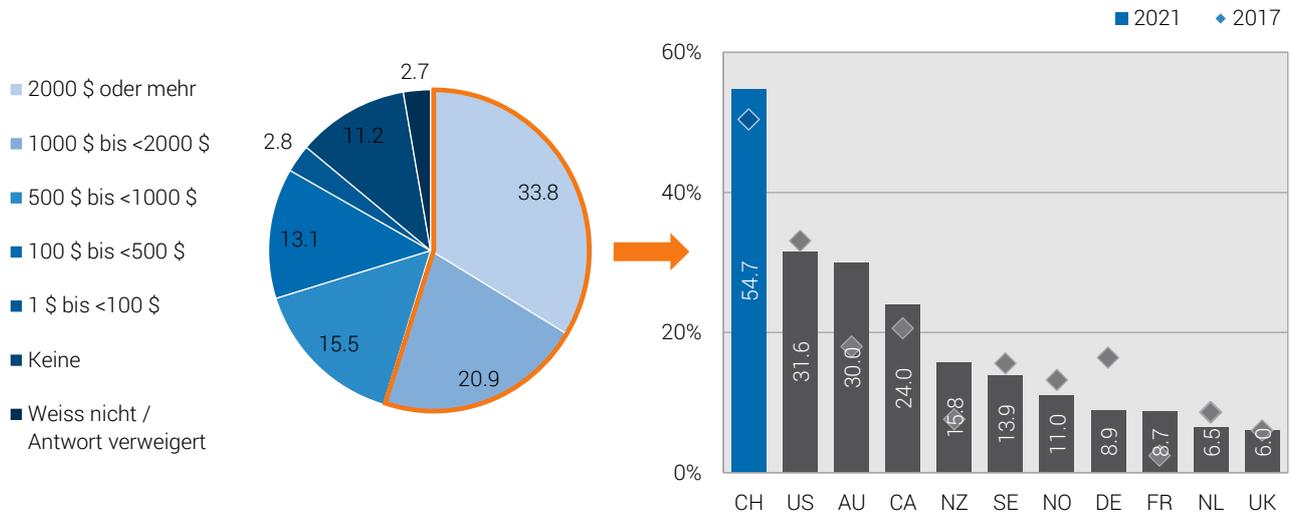
4.2 Finanzielle Sorgen und Herausforderungen

Sorgen können die Gesundheit einer Person beeinträchtigen, besonders dann, wenn sie ein existenzielles Bedürfnis betreffen und chronischer Natur sind. In der Schweiz machten sich 6,8% der Wohnbevölkerung 65+ in den letzten 12 Monaten immer oder normalerweise Sorgen, dass sie genügend Geld haben, um gesunde Lebensmittel zu kaufen (siehe Grafik G 4.4). Des Weiteren sorgten sich 6,1% immer oder normalerweise wegen dem Bezahlen der Miete oder Hypothek, während sich 7,1% immer oder normalerweise um das Bezahlen monatlicher Rechnungen (wie beispielsweise der Elektrizitäts- und Telefonrechnung) sorgten.

⁷ Selbst getragene Ausgaben für medizinische Leistungen, welche nicht über eine Grund-/Zusatzversicherung oder staatliche Bei-

träge gedeckt sind. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Kosten verursacht durch rezeptpflichtige Medikamente, medizinische und zahnärztliche Versorgung. Es handelt sich nicht um Prämienzahlungen.

G 4.3 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, bei welchem die selbst getragenen Gesundheitskosten (out-of-pocket-costs) den Gegenwert von 1000 US-Dollar übersteigen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2017 und 2021 © Obsan 2021
 Bemerkung: Aufgrund unterschiedlicher Handhabung der Schätzungen der selbst getragenen Gesundheitskosten im Jahr 2014, kann das Jahr 2021 nur mit den Ergebnissen von 2017 verglichen werden.

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

Betrachtet man den Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welche sich mindestens eine der drei oben beschriebenen finanziellen Sorgen immer oder normalerweise gemacht hat, so ist in der Schweiz fast jede zehnte befragte Person (9,4%) von einer dieser Sorgen betroffen (siehe Grafik G 4.4). Deutlich häufiger (11,3%) sorgt sich nur die Wohnbevölkerung 65+ in den USA, während in allen anderen befragten Ländern die Sorgen deutlich tiefer ausfallen als in der Schweiz, angefangen mit dem drittplatzierten Kanada (6,0%). Auffällig sind im internationalen Zeitvergleich die vielen – teilweise deutlichen – Abnahmen der finanziellen Sorgen seit 2017. Am deutlichsten fallen diese in den USA (-8,8 Prozentpunkte) und in Deutschland (-10,9 Prozentpunkte) aus, während in der Schweiz zwar kein signifikanter Anstieg (+1,4 Prozentpunkte) zu verzeichnen ist, dennoch fällt der Anstieg im internationalen Vergleich am stärksten aus.

Im soziodemografischen Profil der Schweiz sind deutliche Unterschiede in den Merkmalen Einkommen und Migrationsstatus zu sehen. Die Wohnbevölkerung 65+ mit Einkommen unterhalb der Armutsgrenze (14,7%) macht sich doppelt so häufig (immer oder normalerweise) finanzielle Sorgen verglichen mit der Wohnbevölkerung 65+ mit einem Einkommen oberhalb der Armutsgrenze (7,7%; siehe Tabelle C.4.2). Bei der Wohnbevölkerung 65+

mit Migrationshintergrund fällt dieser Unterschied noch deutlicher aus: 7,3% der Personen ohne Migrationshintergrund sorgen sich gegenüber 17,9% der Personen mit Migrationshintergrund, was nahezu jeder fünften befragten Person entspricht. Nur tendenziell unterscheidet sich die Wohnbevölkerung 65+ mit einem Bildungsabschluss obligatorische Schule (12,7%) von der Wohnbevölkerung 65+ mit einem Abschluss auf tertiärer Stufe (6,8%).

Aufgrund der Corona-Pandemie haben zwei bis drei Prozent der Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz ihre Ersparnisse aufgebraucht oder eine Einkommensquelle verloren.

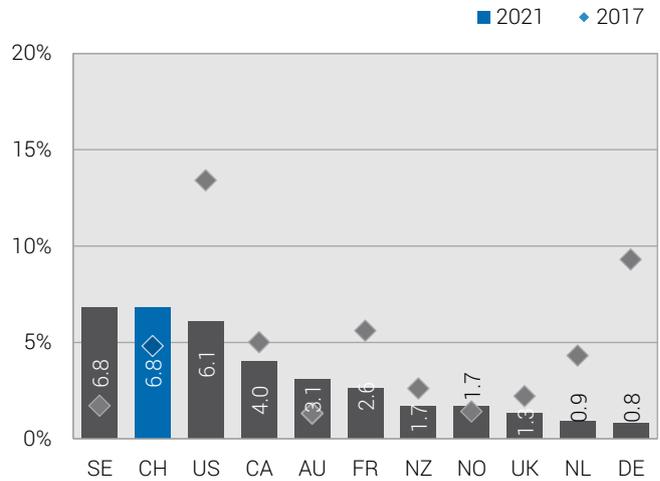
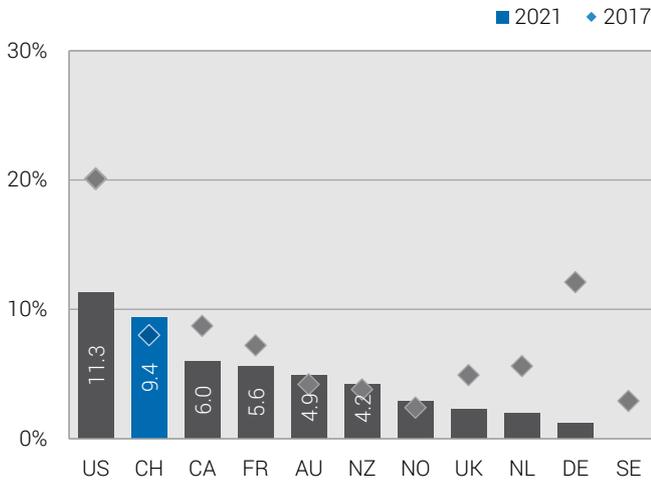
In der Schweiz geben 2,5% der Wohnbevölkerung 65+ an, dass sie den grössten Teil oder die gesamten Ersparnisse aufgrund der Corona-Pandemie aufgebraucht haben (siehe Tabelle L.4.1). Ähnlich tief ist dieser Anteil in Schweden (2,2%) und in Deutschland (1,1%), während dieser Anteil in Kanada (10,0%) und den USA (14,0%) am höchsten ausfällt. Des Weiteren haben in der Schweiz 2,1% der Wohnbevölkerung 65+ eine Stelle oder eine Einkommensquelle (inklusive eine Reduktion der Rente) verloren (siehe Tabelle L.4.2). Nur knapp tiefer ist dieser Anteil in Deutschland und den Niederlanden (jeweils 2,0%) sowie in Norwegen (1,9%). Auf den ersten Rängen sind Australien (9,1%), die USA (8,4%), Neuseeland (7,6%) und Kanada (7,1%).

G 4.4 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher sich während den letzten 12 Monaten «immer» oder «normalerweise» finanzielle Sorgen gemacht hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021

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

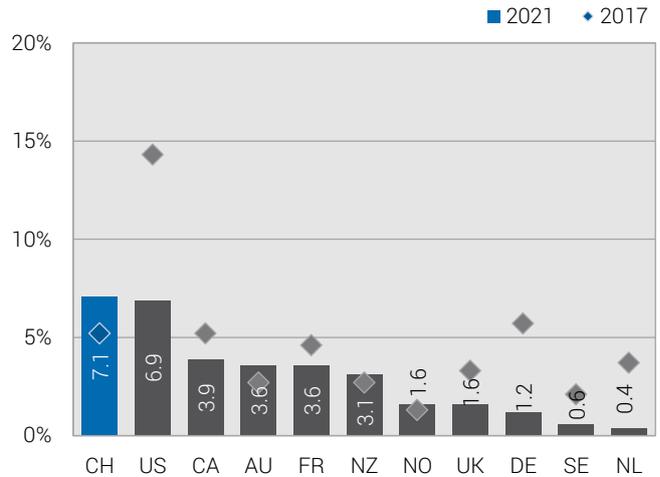
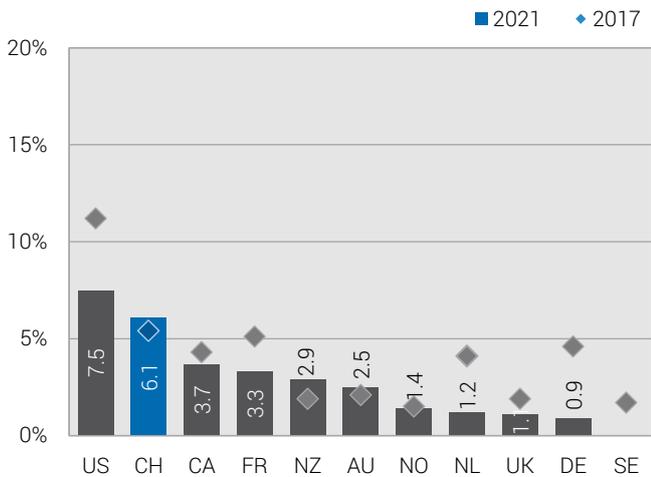
Hat sich irgendeine finanzielle Sorge gemacht.

... dass Sie genügend Geld haben, um gesunde Lebensmittel einzukaufen?



... dass Sie genügend Geld haben, um Ihre Miete oder Hypothek zu bezahlen?

... dass Sie genügend Geld haben, um andere monatliche Rechnungen wie Elektrizität, Heizung und Telefon zu bezahlen?



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2017 und 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: Der Anteil von Schweden fehlt im Jahr 2021 im Index «Hat sich irgendeine finanzielle Sorge gemacht» sowie in den Fragen zu Miete/Hypothek oder den monatlichen Rechnungen, da eine inkomplette Darstellung in der schwedischen Online-Erhebung zu inkorrekten Antworten geführt hat.

4.3 Verzicht

Bevor die Resultate zum Verzicht betrachtet werden, gilt es den mittels IHP-Befragung erfassten Verzicht von medizinischen Leistungen zu definieren und vom Konzept der Entbehrung in der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) des BFS zu differenzieren (siehe Kasten K 2).

In den USA wird am häufigsten aus Kostengründen auf eine medizinische Leistung verzichtet.

Im Jahr 2021 haben in der Schweiz 4,7% der Wohnbevölkerung 65+ in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keiner Ärztin beziehungsweise keinem Arzt gegangen (siehe Grafik G 4.5). Des Weiteren haben 4,5% wegen der Kosten einen ärztlich empfohlenen Test, eine Behandlung oder eine Nachuntersuchung nicht gemacht und 3,9% haben wegen der Kosten ein verschriebenes Medikament nicht abgeholt oder nicht die vorgeschriebene Menge eingenommen. Im internationalen Vergleich entsprechen diese Anteile zweimal einem dritten und einmal einem zweiten Rang, während die USA bei allen drei Indikatoren jeweils den ersten Rang belegen (6,6%, 7,4% und 9,2%). Deutlich höher fällt der Verzicht auf einen Termin bei der Zahnärztin beziehungsweise dem Zahnarzt aus: In der Schweiz geben 10,2% der Wohnbevölkerung 65+ einen Verzicht an, obwohl sie den Besuch als nötig einschätzten. Im internationalen Vergleich entspricht dies einem sechsten Rang gleichauf mit dem fünftplatzierten Schweden (10,7%). In den USA berichten 16,1% der Wohnbevölkerung 65+ von einem Verzicht, während in den Niederlanden (2,2%) und Deutschland (1,5%) am wenigsten befragte Personen angeben, aus Kostengründen auf eine zahnärztliche Behandlung verzichtet zu haben.

K 2 – Der Unterschied zwischen Verzicht und Entbehrung

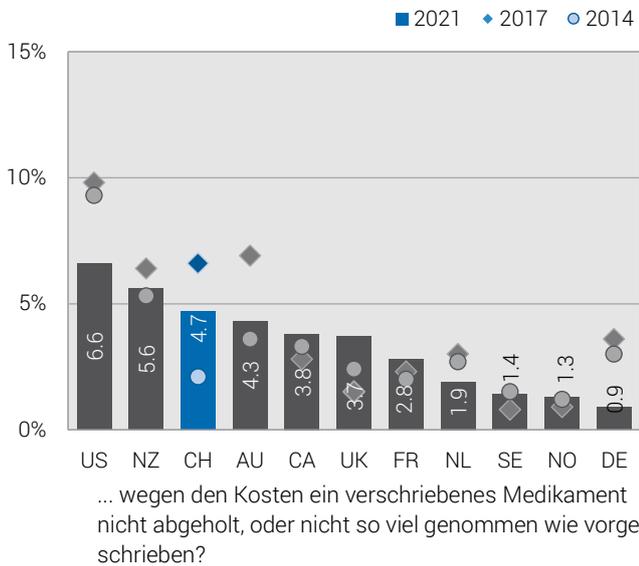
In der SILC von 2016 entbehrten 3,4% der Wohnbevölkerung der Schweiz aus Kostengründen eine notwendige Pflegeleistung bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt, während in der IHP-Befragung von 2016 jede fünfte Person (20,7%) angab, eine Zahnbehandlung oder zahnärztliche Untersuchung aus Kostengründen nicht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

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

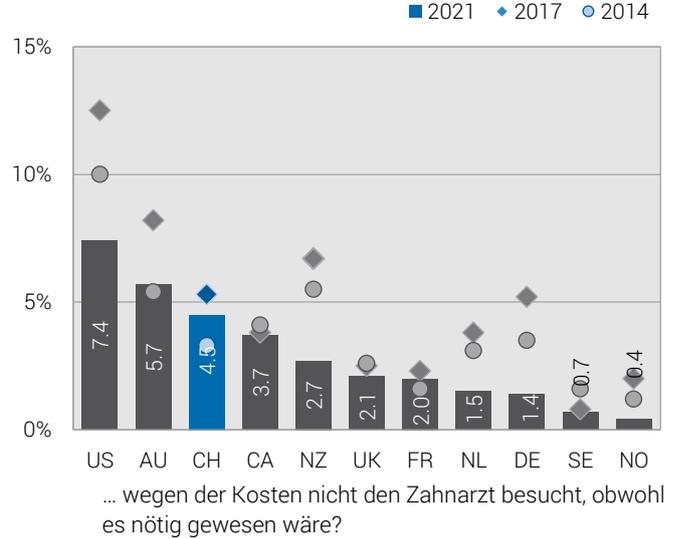
G 4.5 Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher während der letzten 12 Monate aus Kostengründen auf medizinische Leistungen verzichtet hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021

Während der letzten 12 Monate, haben Sie da ...

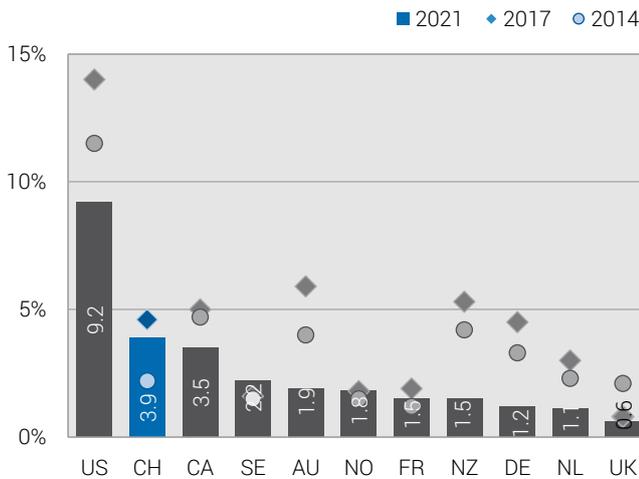
... ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keinem Arzt gegangen?



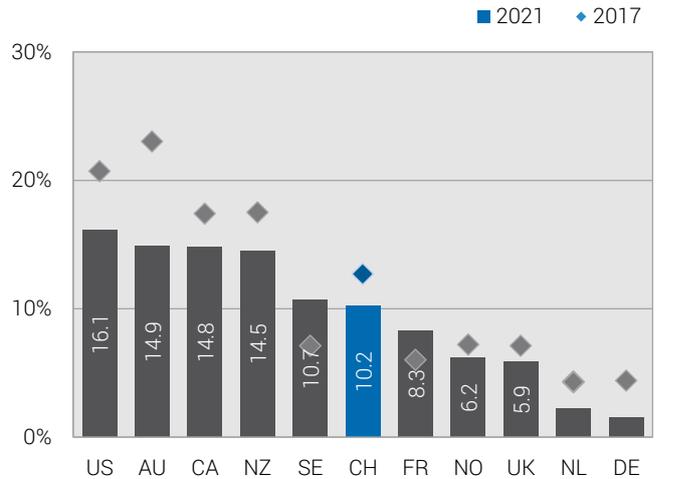
... wegen der Kosten einen medizinischen Test, eine Behandlung oder Nachuntersuchung, die vom Doktor empfohlen wurde, nicht gemacht?



... wegen den Kosten ein verschriebenes Medikament nicht abgeholt, oder nicht so viel genommen wie vorgeschrieben?



... wegen der Kosten nicht den Zahnarzt besucht, obwohl es nötig gewesen wäre?

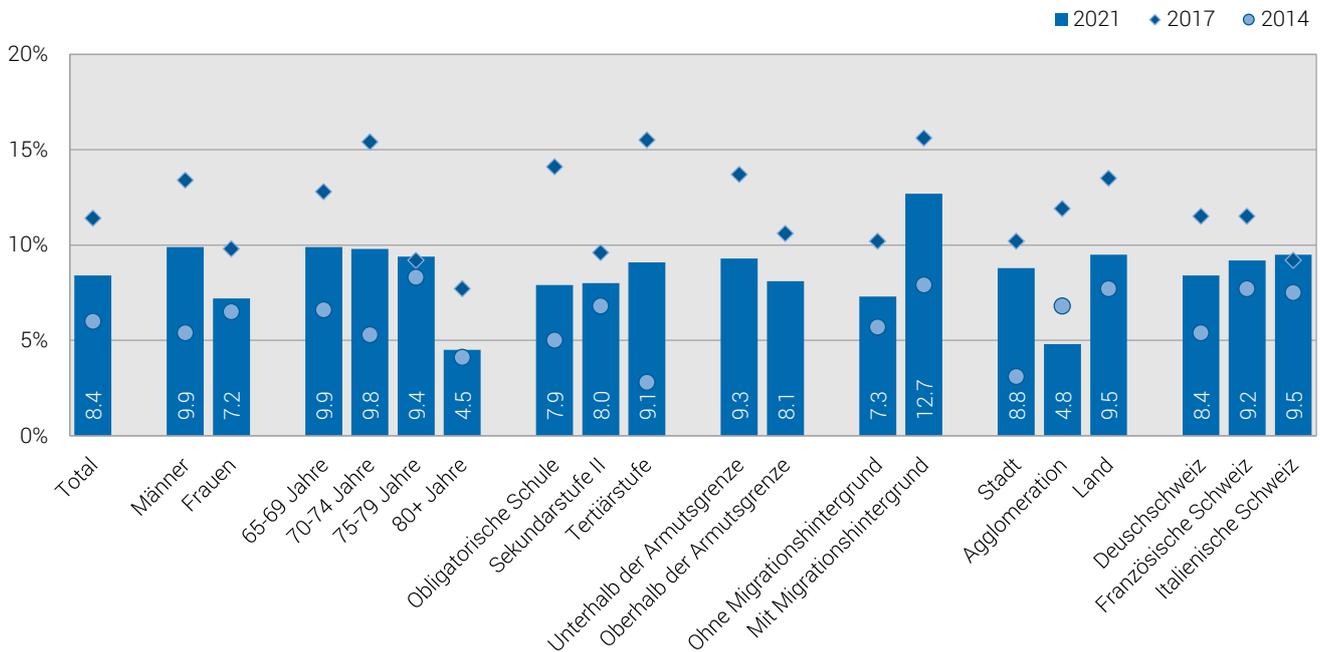


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2014, 2017 und 2021

© Obsan 2021

Bemerkung: Der hier präsentierte Verzicht widerspiegelt keinen genuine Indikator für die Armut einer Person (vergleiche BFS, 2018b oder Kasten K 2).

G 4.6 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher während der letzten 12 Monate auf mindestens eine medizinische Leistung⁸ aus Kostengründen verzichtet hat (ohne zahnärztliche Behandlungen), Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2014, 2017 und 2021



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy 2014, 2017 und 2021

© Obsan 2021

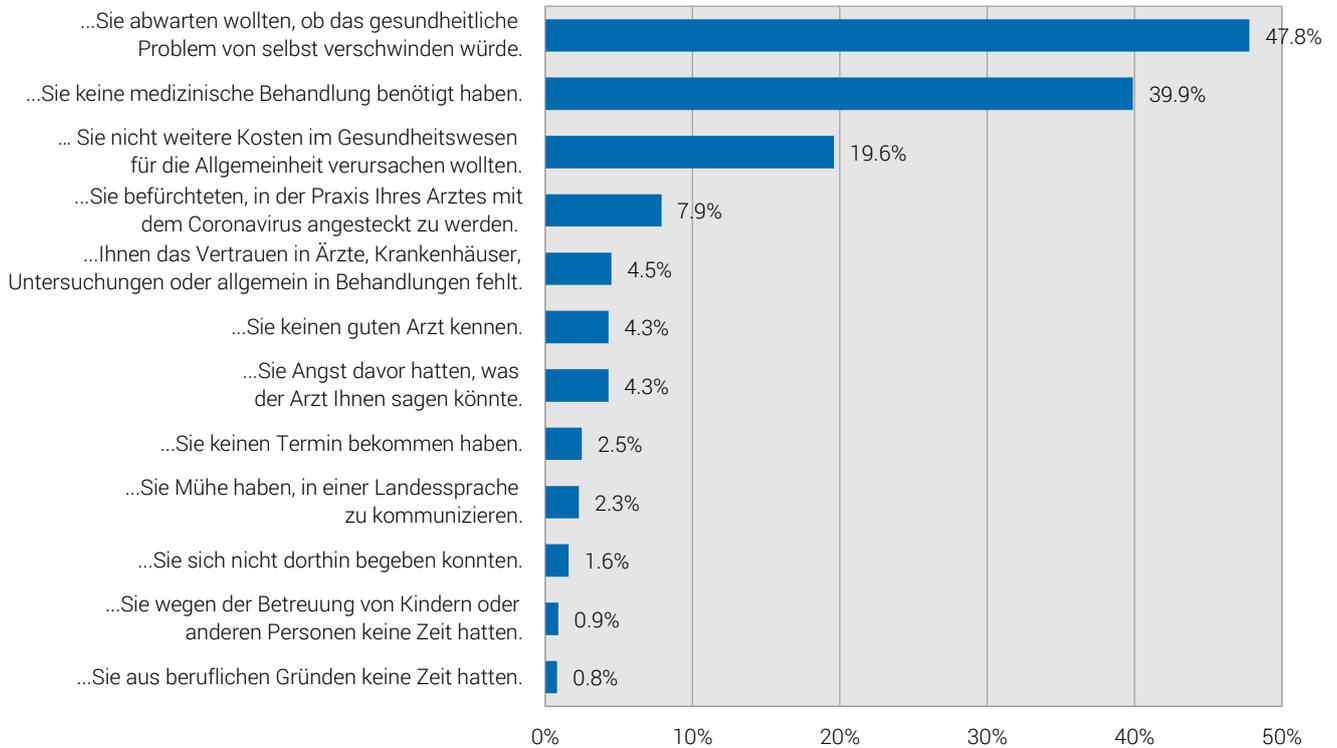
Im Jahr 2021 haben in der Schweiz 8,4% der Wohnbevölkerung 65+ auf mindestens eine medizinische Leistung⁸ verzichtet (siehe soziodemografisches Profil der Schweiz in Grafik G 4.6). Obwohl sich Unterschiede in den Merkmalen Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad anzeigen, fallen diese Unterschiede nicht signifikant aus. Ebenfalls auffällig zeigt sich die zeitliche Entwicklung der Anteile über die drei Erhebungsjahre: Die meisten Anteile sind von 2014 auf 2017 angestiegen und von 2017 auf 2021 wiederum gesunken, wobei sie im Jahr 2021 jedoch über dem Ausgangswert von 2014 liegen. Hierbei fällt ein einziger Vergleich signifikant aus: In der Agglomeration lebende Personen der Wohnbevölkerung 65+ verzichteten 2021 deutlich seltener auf mindestens eine medizinische Leistung verglichen mit 2017 (4,8% versus 11,9%). Vor dem Hintergrund der letztjährigen IHP-Befragung (Pahud, 2020a) mit der befragten Zielgruppe der Wohnbevölkerung 18+, bei welcher sich aufgrund der kontinuierlichen Zunahme des (freiwilligen) Verzichts über alle Erhebungen die Frage nach einer Sensibilisierung für Gesundheitskosten gestellt hat, dürfte es in Zukunft mit den IHP-Befragungen spannend zu sehen sein, wie sich der Verzicht in den verschiedenen Altersklassen weiterentwickelt.

Neben dem Verzicht aus Kostengründen wurde die Wohnbevölkerung 65+ in der Schweiz nach weiteren (nicht finanziellen) Gründen für das Auslassen eines Arztbesuchs oder einer medizinischen Behandlung während der letzten 12 Monate befragt. Am häufigsten (47,8%) warten die Befragten ab, ob das gesundheitliche Problem von selbst verschwindet (siehe Grafik G 5.6). Der zweithäufigste Grund ist, dass keine medizinische Behandlung nötig war (39,9%), gefolgt von der Absicht, keine weiteren Kosten im Gesundheitswesen für die Allgemeinheit zu verursachen (19,6%). Dieselben drei Gründe belegten bereits in der IHP-Befragung von 2020 (Stichprobe der Wohnbevölkerung 18+) die ersten drei Ränge in derselben Reihenfolge (Pahud, 2020a). An vierter Stelle (7,9%) folgt im Jahr 2021 die Furcht davor, sich in der Praxis der Ärztin beziehungsweise des Arztes mit dem Coronavirus anzustecken. Die weiteren Gründe streuen zwischen 4,5% und 0,8%, wobei die zwei seltensten Gründe eher jüngere Altersgruppen betreffen als die Wohnbevölkerung 65+: Keine Zeit wegen der Betreuung der Kinder oder anderer Personen (0,9%) sowie aus beruflichen Gründen (0,8%)

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

G 4.7 Anteil der Wohnbevölkerung, welcher aus nicht finanziellen Gründen auf einen Arztbesuch oder eine medizinische Behandlung verzichtet hat, Schweiz, 2021

Sie haben verzichtet weil ...



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy 2021

© Obsan 2021

5 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

T 1.1	Stichproben und Rücklaufquoten (in %), internationaler Vergleich, 2014, 2017 und 2021	10	G 2.9	Zuversicht bezüglich Kontrolle und Bewältigung der chronischen Erkrankung, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021	21
T 1.2	Stichprobe nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Migrationsstatus, Sprachregion, Urbanisierungsgrad und kantonaler Aufstockung, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2021	11	G 2.10	Indikatoren zu psychischen Belastungen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021	22
T 2.1	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher an einer spezifischen chronischen Erkrankung leidet, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2021	19	G 2.11	Indikatoren zu Behandlungswünschen am Lebensende, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	23

Abbildungsverzeichnis

G 1.1	Bevölkerungskennzahlen und Bevölkerungspyramide der Schweiz, nach Alter und Geschlecht, 2019 und 2040	9	G 2.12	Einnahme rezeptpflichtiger Medikamente, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2021	24
G 2.1	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher die eigene Gesundheit als «ausgezeichnet», «sehr gut» oder «gut» beschreibt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	14	G 2.13	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher zwei oder mehr rezeptpflichtige Medikamente einnimmt, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	25
G 2.2	Selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2021	15	G 2.14	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher (mindestens) eine Covid-19-Impfung erhalten hat oder sich noch impfen lassen will, internationaler Vergleich, 2021	26
G 2.3	Selbst wahrgenommene Gesundheit, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2021	15	G 2.15	Gründe, wieso man sich nicht gegen Covid-19 impfen lassen will, nationaler Vergleich, 2021	26
G 2.4	Einschätzung der Einschränkung in Aktivitäten des täglichen Lebens, Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2021	16	G 3.1	Zufriedenheit mit der Qualität der erhaltenen medizinischen Versorgung während der letzten 12 Monate, internationaler Vergleich, 2021	27
G 2.5	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, bei welchem mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert wurde (Lebenszeitprävalenz), internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	17	G 3.2	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher vollständig zufrieden oder sehr zufrieden ist mit der Qualität der erhaltenen medizinischen Versorgung während der letzten 12 Monate, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021	28
G 2.6	Anzahl diagnostizierter chronischer Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz), Wohnbevölkerung 65+, internationaler Vergleich, 2021	18	G 3.3	Einschätzung der ungerechten Behandlung durch das Gesundheitssystem aufgrund der ethnischen Herkunft einer Person, internationaler Vergleich, 2021	28
G 2.7	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher an einer spezifischen chronischen Erkrankung leidet, internationaler Vergleich, 2021	19	G 3.4	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher bei einem medizinischen Anliegen «immer» oder «oft» am selben Tag eine Antwort der Hausarztpraxis erhält, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	29
G 2.8	Anteile der Wohnbevölkerung 65+, welche sich aktuell in einer ärztlichen oder medikamentösen Behandlung befinden, Schweiz, 2021	20	G 3.5	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher es als «sehr schwierig» oder «ziemlich schwierig» erachtet, ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten medizinische Versorgung zu erhalten, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021	29

G 3.6	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, bei welchem ein Termin aufgrund des Coronavirus abgesagt oder verschoben wurde, internationaler Vergleich, 2021	30	G 4.3	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, bei welchem die selbst getragenen Gesundheitskosten (out-of-pocket-costs) den Gegenwert von 1000 US-Dollar übersteigen, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021	42
G 3.7	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mittels (Video-)Telefonie eine medizinische Konsultation erhalten hat, internationaler Vergleich, 2021	31	G 4.4	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher sich während den letzten 12 Monaten «immer» oder «normalerweise» finanzielle Sorgen gemacht hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021	43
G 3.8	Anzahl konsultierte Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, internationaler Vergleich, 2021	31	G 4.5	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher während der letzten 12 Monate aus Kostengründen auf medizinische Leistungen verzichtet hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	45
G 3.9	Anzahl konsultierte Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, zeitlicher Vergleich in der Schweiz, 2014, 2017 und 2021	32	G 4.6	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher während der letzten 12 Monate auf mindestens eine medizinische Leistung aus Kostengründen verzichtet hat (ohne zahnärztliche Behandlungen), Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2014, 2017 und 2021	46
G 3.10	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher «immer» oder «häufig» hausärztliche Hilfe in der Koordination von Behandlungen erhält, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	33	G 4.7	Anteil der Wohnbevölkerung, welcher aus nicht finanziellen Gründen auf einen Arztbesuch oder eine medizinische Behandlung verzichtet hat, Schweiz, 2021	47
G 3.11	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher in den letzten zwei Jahren vor der Befragung bei einer Spezialistin beziehungsweise einem Spezialisten gewesen ist, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	33			
G 3.12	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher ein Koordinationsproblem zwischen Hausarztpraxis und Spezialarztpraxis festgestellt hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	34			
G 3.13	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher in den letzten zwei Jahren mindestens eine Nacht im Spital verbracht hat, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	35			
G 3.14	Indikatoren zur Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt, Wohnbevölkerung 65+, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2014, 2017 und 2021	36			
G 3.15	Anteil der Wohnbevölkerung 65+, welcher wegen einem Gesundheitsproblem auf Hilfe im Alltag angewiesen ist, internationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021	37			
G 3.16	Erhaltene formelle und/oder informelle Hilfe, internationaler Vergleich, 2021	38			
G 3.17	Indikatoren zur Nutzung von eHealth, Wohnbevölkerung 65+, nationaler und zeitlicher Vergleich, 2017 und 2021	39			
G 3.18	Internet als Informationsquelle bei Gesundheitsthemen, Wohnbevölkerung 65+, soziodemografisches Profil der Schweiz, 2017 und 2021	39			
G 4.1	Krankenversicherungsmodelle, Wohnbevölkerung 65+, zeitlicher Vergleich, Schweiz, 2014, 2017 und 2021	40			
G 4.2	Franchise, Wohnbevölkerung 65+, zeitlicher Vergleich, Schweiz, 2014, 2017 und 2021	41			

6 Literaturverzeichnis

- BAG (2021). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung – Ausgabe 2019. Bern: BAG.
- Bähler, C., Elmiger, M. & Signorell, A. (2021). Helsana-Report: Corona – Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die medizinische Versorgung in der Schweiz. Zürich: Helsana-Gruppe.
- BFS (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht – Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2020a). Armut im Alter. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2020b). Gesundheit – Taschenstatistik 2020. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2021). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2019: Definitive Daten. Neuchâtel: BFS.
- Burla, L. (2011). International Health Policy Survey 2010 des Commonwealth Fund: Auswertungen der Schweizer Ergebnisse für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 15). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Camenzind, P. & Petrini, L. (2014). Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014: Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 43). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Cohidon, C., Wild, P. & Senn, N. (2019). Practice organization characteristics related to job satisfaction among general practitioners in 11 countries. *Annals of Family Medicine*, 17, 510–517.
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U. & Kocher, J. Ph. (2021). Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Zürich: Careum Stiftung.
- eHealth Barometer (2021). Bericht zur Bevölkerungsbefragung. Bern: gfs.bern.
- FMH (2021). Digital Trends Survey 2021. Bern: FMH.
- Füglister-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006 – 2013 (Obsan Rapport 67). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307–316.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics society*, 31, 721-727.
- Kägi, W., Frey, M. Huddleston, C., Lamprecht, M., Metzler, R. & Suri, M. (2021). Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Zürich: Paul Schiller Stiftung.
- König, R., Seifert, A. & Doh, M. (2018). Internet use among older Europeans: an analysis based on SHARE data. *Universal Access in the Information Society*, 17, 621-633.
- Morgan, S. G. & Lee, A. (2017). Cost-related non-adherence to prescribed medicines among older adults: a cross-sectional analysis of a survey in 11 developed countries. *BMJ open*, 7:e014287. doi:10.1136/bmjopen-2016-014287
- Merçay, C. (2015). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale: Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 56). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 60). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. & Camenzind, P. (2016). Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger – berufliche Vor- und Nachteile (Obsan Bulletin 3/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung (Obsan Bericht 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Niccoli, T. & Partridge, L. (2012). Ageing as a risk factor of disease. *Current Biology*, 22, R741–R752.fniclf

- OECD (2020). Health at a glance: Europe 2020 – State of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing.
- Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (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.
- Petrini, L. & Sturny, I. (2013). Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 26). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schnittker, J. & Bacak, V. (2014). The increasing predictive validity of self-rated health. *PLoS ONE*, 9, e84933.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020. (Obsan Bericht 15/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- SSRS (2021). Methodology report: 2021 International Health Policy Survey of older adults. Glenn Mills: SSRS.
- Sturny, I. & Camenzind, P. (2011). Erwachsene Personen mit Erkrankungen – Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Auswertung des International Health Policy Survey 2011 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 18). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Van Boeckel, T., Fumeaux, T. & Battegay, M. (2021). The double burden of operating near intensive care saturation in Switzerland. Policy Brief. Zurich: Swiss National COVID-19 Science Task Force.
- Vilpert, S. (2012). Médecins de premier recours - Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2012 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 22). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Wissmath, B., Mast, F. W., Kraus, F. & Weibel, B. (2020). Understanding the psychological impact of the COVID-19 pandemic and containment measures: an empirical model of stress. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20100313>
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X. & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 13, 320.
- Zajacova, A., Huzurbazar, S. & Todd, M. (2017). Gender and the structure of self-rated health across the adult life span. *Social Science & Medicine*, 187, 58-66.

7 Anhang

7.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2021

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q800	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Qualität der medizinischen Versorgung, die Sie in den letzten 12 Monaten erhalten haben?
Q810	Während der letzten 12 Monate, haben Sie da...
Q810A1	...wegen den Kosten ein verschriebenes Medikament nicht abgeholt, oder nicht so viel genommen wie vorgeschrieben?
Q810A2	...ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keinem Arzt gegangen?
Q810A3	...wegen der Kosten einen medizinischen Test, eine Behandlung oder Nachuntersuchung, die vom Doktor empfohlen wurde, nicht gemacht?
Q810A4	...wegen der Kosten nicht den Zahnarzt besucht, obwohl es nötig gewesen wäre?
accprob	Verzicht auf mindestens eine medizinische Leistung aufgrund der Kosten.
Q830	Wie einfach oder schwierig ist es, medizinische Versorgung am Abend, am Wochenende oder an Feiertagen zu bekommen, ohne in die Notaufnahme eines Spitals oder in eine Notfallpraxis wie zum Beispiel eine "Permanence" oder "City Notfall" zu gehen?
Q832	Als Sie das letzte Mal krank gewesen sind oder einen Arzt gebraucht haben, wie schnell haben Sie einen Termin beim Arzt erhalten?
Q835	Wurde in den letzten 12 Monaten ein Termin, den Sie bei einem Arzt oder einer anderen medizinischen Fachkraft hatten, wegen des Coronavirus abgesagt oder verschoben? Bitte denken Sie an alle gesundheitsbezogenen Termine, einschliesslich regelmässiger Kontrolluntersuchungen und routinemässigen Vorsorgeuntersuchungen.
Q945	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Konsultation mit einem Arzt oder einer anderen medizinischen Fachkraft per Telefon oder über Videotelefonie?
Q950	Hatten Sie vor der Coronavirus-Pandemie jemals eine Konsultation mit einem Arzt oder einer anderen medizinischen Fachkraft über das Telefon oder per Videotelefonie?
Q905	Gibt es einen Arzt, den Sie normalerweise für Ihre medizinische Versorgung aufsuchen?
Q910	Gibt es eine Gruppe von Ärzten, ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik, welche Sie normalerweise aufsuchen, wenn Sie medizinische Versorgung benötigen?
Q915	Gibt es eine/n Ärzt/in, Gruppe von Ärzt/innen, ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik, die Sie normalerweise für Ihre medizinische Versorgung aufsuchen?
Q935	Wenn Sie den/die Arzt oder Ärztin, zu dem/der Sie normalerweise hingehen, aufgrund eines medizinischen Anliegens während der normalen Öffnungszeiten kontaktieren, wie häufig erhalten Sie am gleichen Tag eine Antwort?
Q1000	Wie viele verschiedene Ärzte haben Sie die letzten 12 Monate konsultiert? Bitte zählen Sie Spitalbesuche nicht dazu.
Q1003	Wie häufig hilft Ihnen Ihr Arzt, zu dem Sie normalerweise hingehen, oder jemand in der Arztpraxis, die Behandlung zu vereinbaren oder zu koordinieren, die Sie von anderen Ärzten oder anderswo erhalten?
Q1005	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Hilfe dabei benötigt, die Pflege oder Behandlung zu organisieren oder zu koordinieren, die Sie von verschiedenem medizinischem Personal erhalten haben?
Q1015	Denken Sie jetzt an die letzten 2 Jahre. Wenn Sie Betreuung für ein medizinisches Problem bekommen haben, ist es da JE passiert, dass...
Q1015A1	...die Testresultate oder die medizinischen Unterlagen zum vorgesehenen Behandlungstermin noch nicht bereit gewesen sind?
Q1015A2	...Sie widersprüchliche Angaben von verschiedenen Ärzten oder von medizinischem Personal bekommen haben?
Q1015A3	...Sie das Gefühl gehabt haben, dass ein medizinischer Test, wo die Ärzte angeordnet haben, überflüssig ist weil er schon gemacht worden ist?
Q1015A4	...Sie dachten, es sei bei Ihrer Behandlung oder Betreuung ein medizinischer Fehler gemacht worden?
Q1020	Sind Sie in den vergangenen 2 Jahren bei einem Spezialist gewesen?

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q1025	Nachdem Ihnen geraten wurde oder Sie entschieden haben, einen Spezialisten aufzusuchen, wie lange haben Sie auf einen Termin warten müssen?
Q1030	Wie viele Tage mussten Sie für einen Termin warten?
Q1035	Wie viele Wochen mussten Sie für einen Termin warten?
Q1040	Wie viele Monate mussten Sie für einen Termin warten?
Q1050	Ist es in den letzten zwei Jahren vorgekommen, dass...
Q1050A1	...ein Spezialist keine grundlegenden medizinischen Informationen oder Testergebnisse vom Arzt/Ort, den Sie normalerweise aufsuchen für eine medizinische Behandlung, über den Grund Ihres Besuches hatte.
Q1050A2nachdem Sie den Facharzt oder Spezialisten konsultiert hatten, Ihr Arzt/Ort, den Sie normalerweise aufsuchen für eine medizinische Behandlung, nicht informiert und auf dem letzten Stand schien bezüglich der Behandlung, die Sie vom Spezialisten bekommen hatten.
speccord	Haben Sie mindestens ein Koordinationsproblem (Q1050A1 und/oder Q1050A2) festgestellt?
Q1105	Wie viele unterschiedliche rezeptpflichtige Medikamente nehmen Sie immer oder regelmässig?
Q1110	Hat in den letzten 12 Monaten medizinisches Personal alle Medikamente überprüft, die Sie nehmen?
Q1300	Haben Sie in den letzten 2 Jahren mindestens eine Nacht in einem Spital verbracht?
Q1310A1	Als Sie aus dem Spital entlassen worden sind, haben Sie schriftliche Informationen bekommen, was Sie machen müssen wenn Sie nach Hause kommen und auf welche Symptome Sie achten müssen?
Q1310A2	Als Sie das Krankenhaus verlassen haben, hat das Krankenhaus Anordnungen getroffen oder sichergestellt, dass Sie eine Folgebehandlung mit einem Arzt oder einem anderen Gesundheitsspezialisten erhalten?
Q1310A3	Bevor Sie aus dem Spital entlassen wurden, ist jemand mit Ihnen alle verschriebenen Medikamente durchgegangen, inklusive jene, die Sie bereits vor dem Spitalaufenthalt nahmen?
Q1310A4	Als Sie das Spital verlassen haben, wussten Sie, wen Sie bei einer Frage zu Ihrem Gesundheitsproblem oder der Behandlung kontaktieren konnten?
Q1325	Nachdem Sie das Spital verlassen haben, hatten Sie das Gefühl, dass die Ärzte oder das Personal in der Praxis, die Sie normalerweise aufsuchen, informiert und auf dem letzten Stand waren über die Behandlung, die Sie im Spital erhalten haben?
Q1328	Nachdem Sie das Spital verlassen haben, hatten Sie das Gefühl, die Unterstützung und die Dienstleistungen zu haben, welche Sie zur Bewältigung Ihrer Gesundheitsprobleme zu Hause benötigten?
Q1330	Wie häufig haben Sie in den vergangenen 2 Jahren die Notaufnahme von einem Spital für Ihre eigene medizinische Behandlung in Anspruch genommen?
Q1335	Denken Sie daran, als Sie das letzte Mal in der Notaufnahme waren. War dies wegen Beschwerden, die Ihrer Meinung nach auch von den Ärzten oder dem Personal in der Praxis wo Sie normalerweise hingehen, hätte behandelt werden können, wenn diese verfügbar gewesen wären?
Q1401	Wie würden Sie Ihre Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?
Q1402	Inwieweit sind Sie bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt, z. B. bei der Nahrungsaufnahme, dem Aufstehen aus dem Bett oder einem Stuhl, dem An- und Ausziehen, dem Baden oder der Benutzung der Toilette? Würden Sie sagen, dass Sie bei irgendeiner dieser Aktivitäten stark eingeschränkt, ein bisschen eingeschränkt oder überhaupt nicht eingeschränkt sind?
Q1403	Sind Sie wegen eines Gesundheitsproblems auf jemanden angewiesen, der/die Ihnen bei der Hausarbeit, dem Zubereiten von Mahlzeiten, der täglichen Einnahme von Medikamenten oder bei Einkäufen hilft?
Q1406	Wie oft hilft Ihnen jemand bei diesen Tätigkeiten? Bitte denken Sie an beides, professionelle Betreuung und Betreuung durch Familie und Freunde.
Q1408	Bekommen Sie Hilfe von...
Q1408A1	...einer Hilfskraft, Krankenschwester, oder anderen medizinischen Fachkraft (bezahlte professionelle Hilfe wie Spitex)?
Q1408A2	...einem Familienmitglied oder einem Freund/einer Freundin
Q1410	Ist es in den vergangenen 12 Monaten vorgekommen, dass Sie die benötigte Hilfe aus den folgenden Gründen nicht bekommen haben?
Q1410A1	Kostengründen
Q1410A2	Das Hilfsangebot wurde aufgrund der Coronavirus-Pandemie gestrichen oder stark eingeschränkt
Q1410A3	Sie wollten wegen der Coronavirus-Pandemie niemanden bei Ihnen zu Hause haben.
QSWI1	Benötigten Sie wegen der Coronavirus-Pandemie die Hilfe der Spitex oder einer anderen bezahlten professionellen Hilfe...?
Q1414	Pflegen oder betreuen Sie mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Gesundheitsproblemen, einer chronischen Krankheit oder Behinderung?
chrnct	Anzahl chronische Erkrankungen
anchronic	Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung
Q1415	Ist Ihnen von einem Arzt gesagt worden, dass Sie...

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q1415A1	...Hypertonie oder Bluthochdruck haben?
Q1415A2	...Herzkrankheiten haben, Herzinfarkt eingeschlossen?
Q1415A3	...Diabetes haben?
Q1415A4	...Asthma oder eine chronische Lungenkrankheit wie chronische Bronchitis, ein Emphysem oder chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung haben?
Q1415A5	...eine Depression, Angstzustände oder andere psychische Störungen haben?
Q1415A6	...Krebs haben?
Q1415A8	...Gelenkschmerzen oder Arthritis haben?
Q1415A9	...einen Schlaganfall gehabt haben?
Q1415A10	...Neurologische Erkrankungen wie Demenz oder Alzheimer haben?
Q1416	Sind Sie derzeit in Behandlung oder gehen Sie zu einer medizinischen Fachperson, die Ihnen beim Umgang mit...
Q1416A1	...Hypertonie oder Bluthochdruck hilft?
Q1416A2	...der Herzkrankheit hilft (Herzinfarkt eingeschlossen)?
Q1416A3	...Diabetes hilft?
Q1416A4	...Asthma oder eine chronische Lungenkrankheit wie chronische Bronchitis, ein Emphysem oder chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung hilft?
Q1416A5	...eine Depression, Angstzustände oder andere psychische Störungen hilft?
Q1416A6	...Krebs hilft?
Q1416A8	...Gelenkschmerzen oder Arthritis hilft?
Q1416A9	...dem Schlaganfall hilft?
Q1416A10	...Neurologische Erkrankungen wie Demenz oder Alzheimer hilft?
Q1420	Im vergangenen Jahr, wenn Sie eine Behandlung wegen einer chronischen Erkrankung (Q1415) bekommen haben, hat da jemand vom Gesundheitspersonal...
Q1420A1	...mit Ihnen Ihre wichtigsten Ziele bzw. Prioritäten in Bezug auf die Behandlung Ihrer Krankheit(en) besprochen?
Q1420A3	...Ihnen klare Anweisungen gegeben, auf welche Symptome Sie achten müssen und in welchem Fall Sie sich einer weiteren Versorgung oder Nachbehandlung unterziehen sollten?
Q1427	Haben Sie einen Behandlungsplan für die chronische Erkrankung (Q1415), den Sie im täglichen Leben umsetzen können?
Q1425	Gibt es zwischen den Arztbesuchen eine medizinische Fachkraft, die...
Q1425A1	...mit Ihnen Kontakt aufnimmt, um zu sehen, wie Sie zurechtkommen?
Q1425A2	...Sie leicht kontaktieren können, um eine Frage zu stellen oder Rat bezüglich Ihrer Erkrankung(en) einzuholen?
Q1429	Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie Ihre Gesundheitsprobleme kontrollieren und bewältigen können?
Q1412	Wie oft fühlen Sie sich von anderen isoliert?
Q1413	Fühlen Sie sich seit Beginn der Coronavirus-Pandemie sozial mit Ihrer Familie und Ihren Freunden stärker verbunden, weniger verbunden oder ungefähr gleich stark verbunden?
Q1430	Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten unter seelischen Belastungen wie Angstzustände oder grosser Traurigkeit gelitten, bei denen Sie das Gefühl gehabt haben, selbst nur schlecht damit fertig zu werden?
Q1435	Als Sie sich so gefühlt haben, haben Sie die Möglichkeit gehabt, professionelle Hilfe zu erhalten?
Q1440	Wie häufig, falls überhaupt, nutzen Sie das Internet auf einem Computer, einem Tablet, einem Smartphone oder einem anderen elektronischen Gerät, um mit Freunden, der Familie oder jemand anderem aus Ihrem Umfeld in Verbindung zu treten? Dies kann über Video, soziale Medien oder auf andere Weise geschehen.
Q1450	Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie sich Sorgen gemacht,...
Q1450A1	...dass Sie genügend Geld haben, um gesunde Lebensmittel einzukaufen?
Q1450A2	...dass Sie genügend Geld haben, um Ihre Miete oder Hypothek zu bezahlen?
Q1450A3	...dass Sie genügend Geld haben, um andere monatliche Rechnungen wie Elektrizität, Heizung und Telefon zu bezahlen?
materialhard	Haben Sie sich immer oder normalerweise irgendeine finanzielle Sorge (Q1450A1, Q1450A2 und/oder 1450A3) gemacht?
Q1455	Haben Sie wegen der Coronavirus-Pandemie...
Q1455A2	...alle oder den grössten Teil Ihrer Ersparnisse aufgebraucht?
Q1455A3	...eine Stelle oder eine Einkommensquelle verloren, inklusive einer Reduktion der Rente?
Q1495	Im Fall, dass Sie sehr krank oder verletzt würden und nicht selber entscheiden könnten, haben Sie mit der Familie, einem engen Freund(in) oder einer medizinischen Fachperson darüber gesprochen, welche Behandlung Sie WOLLEN oder NICHT WOLLEN?
Q1496	Gibt es ein schriftliches Dokument, welches beschreibt, welche Behandlung Sie am Lebensende wollen oder nicht wollen?

Fragennummer/Index	Wortlaut der Frage
Q1497	Gibt es ein schriftliches Dokument, welches jemanden bestimmt, der Entscheidungen zu Ihrer Behandlung trifft, wenn Sie dies nicht mehr selber können?
Q1499	Sind Sie Mitglied einer Organisation für ein selbstbestimmtes Lebensende wie z.B. Exit oder Dignitas?
QSWISS3	Falls Sie in den letzten 12 Monaten medizinische Pflege benötigt haben, hat ein Arzt oder eine medizinische Fachperson je mit Ihnen über Ihre Wünsche für das Sterben oder Ihren Tod gesprochen?
Q1530	Welche Art von Krankenversicherung haben Sie persönlich für die obligatorische Grundversicherung?
Q1535	Wie hoch ist die Jahresfranchise, also der Betrag, wo Sie auf jeden Fall selber bezahlen müssen, für Sie persönlich?
Q1605	Wie viel haben Sie und Ihre Familie in den vergangenen 12 Monaten aus eigener Tasche für medizinische Behandlungen und Versorgung ausgegeben, welche nicht durch die gesetzliche medizinische Grundversicherung oder Zusatzversicherungen abgedeckt waren?
Q1610	Wie viel haben Sie und Ihre Familie in den vergangenen 12 Monaten für medizinische Behandlungen und Versorgung aus eigener Tasche bezahlt? Bitte schätzen Sie, falls Sie die genaue Zahl nicht wissen. Würden Sie sagen es war...?
oopcosts	Selbst getragene Gesundheitskosten (Q1605 und Q1610)
Q1800	Haben Sie eine Impfung gegen das Coronavirus erhalten?
Q1805	Haben Sie vor, sich gegen den Coronavirus impfen zu lassen?
Q1810	Was ist der Hauptgrund, warum Sie nicht vorhaben, sich gegen den Coronavirus impfen zu lassen?
Q1700	Wie häufig, falls überhaupt, denken Sie, dass das Gesundheitssystem in der Schweiz Personen wegen ihrer ethnischen Herkunft ungerecht behandelt?
QSWISS0	Haben Sie in den letzten zwei Jahren...
QSWISS0A1	...Textnachrichten mit einer medizinischen Frage an eine medizinische Fachperson geschickt?
QSWISS0A	...einer medizinischen Fachperson eine E-Mail mit einer medizinischen Frage geschickt?
QSWISS0B	...Informationen zu Ihrer Gesundheit, wie z.B. Tests oder Laborresultate, im Internet angeschaut oder heruntergeladen?
QSWISS0C	...das Internet gebraucht, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren?
QSWISS0D	...irgendeine Art digitaler Applikationen (d.h., App) benutzt, um Daten über Ihre Gesundheit zu sammeln, aber nicht um diese mit einer medizinischen Fachperson zu teilen?
QSWISS0E	...irgendeine Art digitaler Applikationen (d.h., Webseite, App) benutzt, um Daten über Ihre Gesundheit zu sammeln und diese mit einer medizinischen Fachperson zu teilen?
QSWISS1	Wenn es um einfache medizinische Behandlungen geht: Könnten Sie sich vorstellen, eine Folgebehandlung statt durch einen Arzt durch spezialisiertes Gesundheitspersonal (z.B. spezialisierte Pflegefachpersonen) zu bekommen?
QSWISS2	Wenn Sie an die gesamte medizinische Versorgung denken, wo Sie in den letzten 12 Monaten bekommen haben, würden Sie sagen, Sie haben...
QSWI4	Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen einem der folgenden Gründe nicht zum Arzt gegangen oder haben auf eine medizinische Behandlung verzichtet? Sie haben verzichtet weil...
QSWI4A	...Sie abwarten wollten, ob das gesundheitliche Problem von selbst verschwinden würde?
QSWI4B	...Sie nicht weitere Kosten im Gesundheitswesen für die Allgemeinheit verursachen wollten?
QSWI4C	...Sie Angst davor hatten, was der Arzt Ihnen sagen könnte?
QSWI4D	...Ihnen das Vertrauen in Ärzte, Krankenhäuser, Untersuchungen oder allgemein in Behandlungen fehlt?
QSWI4E	...Sie keinen guten Arzt kennen?
QSWI4F	...Sie Mühe haben, in einer Landessprache zu kommunizieren?
QSWI4G	...Sie keinen Termin bekommen haben?
QSWI4H	...Sie aus beruflichen Gründen keine Zeit hatten?
QSWI4I	...Sie wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen keine Zeit hatten?
QSWI4J	...Sie sich nicht dorthin begeben konnten?
QSWI4K	...Sie keine medizinische Behandlung benötigt haben?
QSWI4L	...Sie befürchteten, in der Praxis Ihres Arztes mit dem Coronavirus angesteckt zu werden?

7.2 Informationen zu Kern- und Co-Finanzierung

Kernfinanzierung und Koordination:

The Commonwealth Fund

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

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



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



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