

OBSAN BERICHT  
08/2023

# Benachteiligungserfahrungen bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Erkenntnisse aus dem International Health  
Policy Survey 2020

Clémence Merçay, Nicole Fasel, Marie Taczanowski



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



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

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

**Herausgeber**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

**Auftraggeber**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

**Autorinnen**

Clémence Merçay, Obsan  
Nicole Fasel, Marie Taczanowski, BAG

**Unter Mitarbeit von**

Serge Houmard, BAG

**Projektleitung Obsan**

Clémence Merçay

**Reihe und Nummer**

Obsan Bericht 08/2023

**Zitierweise**

Merçay, C. Fasel, N. & Taczanowski, M. (2023). *Benachteiligungserfahrungen bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Erkenntnisse aus dem International Health Policy Survey 2020*. (Obsan Bericht 08/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

**Auskünfte/ Informationen**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,  
[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), Tel. +41 58 463 60 45

**Originaltext**

Französisch, diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 874-2308).

**Übersetzung**

Sprachdienste des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

**Layout**

Obsan

**Grafiken**

Obsan

**Titelbild**

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

**Titelseite**

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

**Online**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Gesundheitliche Chancengleichheit

**Print**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen  
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,  
[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch), Tel. +41 58 463 60 60  
Druck in der Schweiz

**Copyright**

Obsan, Neuchâtel 2023  
Wiedergabe unter Angabe der Quelle  
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

**BFS-Nummer**

873-2308

**ISBN**

978-2-940670-37-6



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

# Benachteiligungserfahrungen bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Erkenntnisse aus dem International Health Policy Survey 2020

**Autorinnen** Clémence Merçay (Obsan), Nicole Fasel (BAG),  
Marie Taczanowski (BAG)

**Herausgeber** Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel, 2023

# Inhaltsverzeichnis

<b>Executive Summary</b>	<b>3</b>	<b>4 Diskussion</b>	<b>24</b>
Kernaussagen	3	4.1 Wichtigste Resultate	24
Ausgewählte Resultate	3	4.2 Grenzen der Studie und Perspektiven	25
Interpretation der Resultate	3	4.3 Schlussfolgerung	26
Ansatzpunkte für weitere Arbeiten	3		
<b>1 Einführung</b>	<b>4</b>	<b>5 Quellenverzeichnis</b>	<b>27</b>
1.1 Präsentation der Studie	4	<b>6 Anhänge</b>	<b>30</b>
1.2 Konzeptioneller und strategischer Rahmen	4		
1.2.1 Zugrunde liegende Konzepte	4		
1.2.2 Strategische Grundlagen	5		
1.3 Überblick über die Forschung in der Schweiz zur Chancengerechtigkeit in Bezug auf die Versorgungsqualität	5		
<b>2 Methodik</b>	<b>7</b>		
2.1 Datenquelle	7		
2.2 Analysen und Präsentation der Resultate	7		
2.3 Variable «Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen»	8		
<b>3 Benachteiligungserfahrungen von Patientinnen und Patienten</b>	<b>10</b>		
Dimension Nr. 1 Finanzieller Zugang zur Gesundheitsversorgung	10		
Dimension Nr. 2 Kontinuität und Koordination der Versorgung	14		
Dimension Nr. 3 Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder mit der behandelnden Ärztin	16		
Dimension Nr. 4 Erhaltene Unterstützung	18		
Dimension Nr. 5 Patientensicherheit	20		
Dimension Nr. 6 Globale Bewertung der Leistung	22		

# Executive Summary

## Kernaussagen

- Die Patientinnen und Patienten in der Schweiz erleben Benachteiligungserfahrungen in Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. Diese zeigen sich in jeder der sechs untersuchten Dimensionen der Versorgungsqualität in unterschiedlichem Ausmass.
- Personen in benachteiligter sozioökonomischer Situation bewerten die Versorgungsqualität grundsätzlich schlechter.
- Die jüngste befragte Altersgruppe (18- bis 34-Jährige), in Einelternhaushalten lebende Personen, Migrantinnen und Migranten der ersten Generation und Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe beurteilen die Qualität der Versorgung ebenfalls als weniger gut.

## Ausgewählte Resultate

- Die Kumulierung sozioökonomischer Benachteiligungen erhöht das Risiko, dass aus Kostengründen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verzichtet wird. Dies betrifft fast die Hälfte der befragten Personen der vulnerabelsten Gruppen (beispielsweise 46,7 % der Befragten mit drei sozioökonomischen Benachteiligungsmerkmalen).
- Befragte im Alter von 18 bis 34 Jahren berichten dreimal so häufig wie Personen aus der Altersgruppe ab 65 Jahren, widersprüchliche Angaben von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten und von medizinischem Personal erhalten zu haben.
- 42 % der in Einelternhaushalten lebenden Personen erklären, eine Behandlung aufgrund der Kosten ausgelassen zu haben, und nur 27 % der Personen aus Einelternhaushalten mit einer chronischen Erkrankung sind der Meinung, dass sie so viel Unterstützung wie nötig erhalten haben.
- Migrantinnen und Migranten der ersten Generation nennen als Herausforderungen häufiger, dass sie Mühe haben, in einer Landessprache zu kommunizieren, die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin schwierig ist und sie keinen guten Arzt oder keine gute Ärztin kennen.
- Personen mit tertiärem Bildungsabschluss geben häufiger an als die übrigen befragten Personen, einen medizinischen Fehler bemerkt oder widersprüchliche Angaben von den verschiedenen Leistungserbringern erhalten zu haben.

## Interpretation der Resultate

- Aus der Studie ist nicht ersichtlich, welche Mechanismen dem Zusammenhang zwischen den festgestellten benachteiligungsrelevanten Merkmalen und der Erfahrung mit der Qualität des Gesundheitssystems zugrunde liegen.
- Einerseits können diese Mechanismen auf Seiten des Systems und der Leistungserbringer liegen, die nicht genügend auf die Bedürfnisse aller Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind.
- Andererseits verfügen nicht alle Befragtengruppen über dieselben Ressourcen oder Kompetenzen. Sie unterscheiden sich auch hinsichtlich ihrer Präferenzen und Erwartungen an das Gesundheitssystem.

## Ansatzpunkte für weitere Arbeiten

- Die Zielgruppen könnten besser identifiziert werden, indem die Bestimmungskriterien präzisiert (z. B. durch Dokumentation der Migrationsgeschichte und nicht nur des Migrationsstatus) und geprüft würde, wie die benachteiligungsrelevanten Merkmale zusammenspielen.
- Für eine genauere Identifizierung der Zielgruppen müssen die in bestehenden Datengrundlagen erhobenen Informationen – insbesondere über die Verknüpfung von Daten – ergänzt werden.
- Die Akteure und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sollten stärker sensibilisiert werden für die Faktoren, die den Benachteiligungen zugrunde liegen, und für die spezifischen Bedürfnisse und Erwartungen der betroffenen Bevölkerungsgruppen, damit sie diese Resultate in ihren Entscheidungen berücksichtigen.

# 1 Einführung

## 1.1 Präsentation der Studie

2011 wurde das Schweizer Gesundheitssystem als eines der leistungsfähigsten der OECD bezeichnet. Seither ist die Schweiz für ein qualitativ gutes Gesundheitssystem bekannt, das den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht und über ein dichtes Netz von Leistungserbringern verfügt (OECD & WHO, 2011; De Pietro et al., 2015). In den letzten Jahren wurde dieses positive Bild noch verstärkt: Die Schweiz positionierte sich bei der Bewertung der Qualität der Gesundheitsversorgung durch die Bevölkerung (Merçay, 2016) oder der Leistung des Gesundheitssystems (Pahud, 2020) im internationalen Vergleich auf dem ersten Rang.

Diese Indikatoren sind erfreulich. Durch eine Verwendung von Durchschnittswerten verbergen sie aber Abweichungen und bilden die schwierigen Erfahrungen einzelner Bevölkerungsgruppen mit der Gesundheitsversorgung nicht ab. Für eine objektive Betrachtung muss deshalb über die guten Gesamtergebnisse der Schweiz hinaus ein vertieftes Verständnis der Ergebnisse angestrebt werden, um allfällige Benachteiligungen zu erkennen und diese beseitigen zu können.

Des Weiteren wächst das Interesse an der Sicht der Patientinnen und Patienten, die in den Diskussionen rund um das Gesundheitssystem lange unbeachtet blieben (siehe beispielsweise Arditi & Peytremann-Bridevaux, 2021). Wie Vincent und Staines 2019 im nationalen Bericht im Auftrag des BAG unterstreichen, ist die Meinung der Patientinnen und Patienten (und des Personals) eine wichtige Grundlage für eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung. Eine Möglichkeit für die Akteure des Gesundheitswesens, die Stimme der Patientinnen und Patienten besser zu hören und so die Versorgungsqualität zu stärken, besteht darin, die Patientenerfahrungen zu messen.

Dieser Bericht präsentiert deshalb eine Analyse der Benachteiligungserfahrungen, die von der Bevölkerung in der Schweiz in Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung gemacht werden. Einführend werden der konzeptionelle und strategische Forschungsrahmen abgesteckt und ein Überblick über die relevante Dokumentation gegeben. Im Kapitel zur Methodik werden die verwendete Datenquelle und das gewählte Analyseverfahren erörtert. Für die Präsentation der Resultate werden die folgenden sechs Dimensionen der Patientenerfahrung im Zusammenhang

mit der Versorgungsqualität berücksichtigt: finanzieller Zugang zur Gesundheitsversorgung, Kontinuität und Koordination der Versorgung, Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin, erhaltene Unterstützung, Patientensicherheit und globale Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems. Für jedes dieser Themen wird die Konstellation der Ungleichheiten nach verschiedenen sozioökonomischen und demografischen Merkmalen untersucht. In der Diskussion werden die wichtigsten Resultate schliesslich wieder aufgegriffen. Die Grenzen der Studie werden beschrieben und es werden Perspektiven im Bereich der Forschung sowie für die Akteure in der Praxis aufgezeigt.

## 1.2 Konzeptioneller und strategischer Rahmen

### 1.2.1 Zugrunde liegende Konzepte

Die vorliegende Publikation hat zum Ziel, Fragen der Chancengleichheit im Schweizer Gesundheitssystem besser zu dokumentieren. Dafür untersucht sie die Patientenerfahrungen mit dem Zugang zum Gesundheitssystem und mit der Qualität der erhaltenen Versorgung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert das im Englischen verwendete *Health Equity* als «Fehlen von unfairen, vermeidbaren oder behebbaren Unterschieden zwischen nach sozialen, wirtschaftlichen, demografischen oder geografischen Kriterien definierten Gruppen von Menschen» ([Health Equity, WHO, 2023](#)). Anhand dieser Definition lassen sich die Begriffe Gleichheit und Ungleichheit (*equality* und *inequality*) von der Chancengleichheit, Chancengerechtigkeit oder Benachteiligung (*equity* oder *inequity*, im Deutschen fehlt ein eindeutiger Begriff) abgrenzen, wie dies auch im Grundlagenbericht «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention» (Weber, 2020)<sup>1</sup> vorgeschlagen wird: Während gesundheitliche Ungleichheiten insbesondere auf unvermeidbaren (z. B. biologischen) Unterschieden oder auf der freien Wahl eines Individuums beruhen, sind gesundheitliche Ungerechtigkeiten (oder Benachteiligungen) Folge von sozialen

es, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist ein operatives Umsetzungsprinzip. Es bezieht sich auf das Schaffen der Bedingungen, die es allen Menschen ermöglichen, ein gesundes Leben zu führen.» (Weber, 2020, S. 25)

<sup>1</sup> Der Grundlagenbericht ist ein Gemeinschaftsprojekt von Gesundheitsförderung Schweiz, dem Bundesamt für Gesundheit und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Darin wird folgende Differenzierung vorgeschlagen: «Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein gesundheitspolitisches Leitziel. Auf Zielebene fordert

und strukturellen Ungleichheiten, die als vermeidbar und ungleich betrachtet werden. So ist die Frage der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, insbesondere in der Gesundheitsversorgung, für alle Akteure des Gesundheitswesens insofern von Bedeutung, als sie angesichts einer als vermeidbar oder behebbar erachteten Situation zum Handeln auffordert.

Um zu verstehen, inwieweit die Anforderung der Qualität des Gesundheitssystems hinsichtlich der Dimension der Chancengleichheit erfüllt ist, empfiehlt sich ein auf Bevölkerungsgruppen mit sozialen Benachteiligungen gerichteter Ansatz. Gesundheitliche Ungerechtigkeiten oder Benachteiligungen bezeichnen gesundheitliche Unterschiede, die sich aus sozialen Ungleichheiten im Zusammenhang mit dem politisch-normativen gesellschaftlichen Umfeld ergeben, das die Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen negativ beeinflusst, indem es ihren Zugang zu materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen einschränkt. In der Schweiz sind hauptsächlich der sozioökonomische Status (Einkommen, Vermögen, Berufsstatus, Bildung), der Migrationshintergrund, das Geschlecht oder die sexuelle Orientierung / die Geschlechtsidentität Merkmale, die mit einer sozialen Benachteiligung in Verbindung gebracht werden. Andere individuelle Faktoren, wie eine Erkrankung, eine Schwangerschaft oder eine Scheidung, können die Vulnerabilität erhöhen. Um zielgruppenspezifische Präventionsmassnahmen und Gesundheitsförderung anbieten zu können, müssen die wichtigsten strukturellen und sozialen Determinanten, welche eine mangelnde gesundheitliche Chancengerechtigkeit erklären, genau bestimmt werden.

Die **Versorgungsqualität** wird hier anhand des Konzepts der **Messung der von Patientinnen und Patienten berichteten Erfahrungen** (PREMs – *Patient-Reported Experience Measures*) betrachtet. Diese Messungen erfassen die Patientensicht auf die Leistungen des Gesundheitssystems. Sie betreffen beispielsweise die Kommunikation mit den Gesundheitsfachpersonen, den Einbezug der Patientinnen und Patienten oder die Koordination der Versorgung. Die PREMs unterscheiden sich von den PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*), welche die Patientensicht auf die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung bewerten (z. B. ihren Einfluss auf das Leben insgesamt, auf die Lebensqualität oder auf die körperliche Funktionsfähigkeit, OECD, 2019).

Aus Sicht der patientenzentrierten Versorgung stellt eine gute Patientenerfahrung eine eigenständige Komponente der Versorgungsqualität dar. Dem Interesse an den PREMs liegt zudem die Überlegung zugrunde, dass eine positive Patientenerfahrung mit einer besseren Therapietreue, besseren klinischen Resultaten sowie weniger Komplikationen oder Nebenwirkungen verbunden ist (Doyle et al., 2013; Anhang Price et al., 2014).

### 1.2.2 Strategische Grundlagen

Der strategische Rahmen, an den die gesundheitliche Chancengleichheit in der Schweiz anknüpft, besteht aus zwei Teilen: Zum einen aus der **Strategie Gesundheit2030**, die der Bundesrat am 6. Dezember 2019 verabschiedet hat und deren Vision das Ziel ei-

ner guten Versorgungsqualität mit dem Ziel einer gerechten Versorgung für alle verbindet: «Die Menschen in der Schweiz leben unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und ihrem sozioökonomischen Status in einem gesundheitsförderlichen Umfeld. Sie profitieren von einem modernen, qualitativ hochwertigen und finanziell tragbaren Gesundheitssystem» (BAG, 2019). Zum anderen umfasst er die **Qualitätsstrategie** des Bundesrates, die aus der am 1. April 2021 in Kraft getretenen Revision des KVG (Art. 58 KVG) hervorgegangen ist und deren Vision lautet: «Behandlung und Pflege sind sicher, wirksam und integriert und erfolgen auf Augenhöhe mit der Patientin und dem Patienten» (BAG, 2022). Dieser doppelte strategische Rahmen trägt dazu bei, dass Chancengleichheit und Qualität des Gesundheitssystems sehr eng miteinander verbunden sind. Chancengleichheit wird in der Qualitätsstrategie des Bundes deshalb als eine der spezifischen Qualitätsdimensionen der Leistungen eines Gesundheitssystems beschrieben (neben Sicherheit, Wirksamkeit, Patientenzentriertheit, Rechtzeitigkeit, Effizienz und Integriertheit, BAG, 2022). Chancengleichheit ist im Übrigen insofern als eine transversale Dimension der Qualität zu betrachten, als auch die Wechselwirkungen zwischen Chancengleichheit und anderen Qualitätsdimensionen berücksichtigt werden. Wie lässt sich beispielsweise die Sicherheit einer medikamentösen Behandlung oder die Zweckmässigkeit einer Betreuung gewährleisten, wenn keine gute Kommunikation zwischen Patientin oder Patient und Fachpersonen sichergestellt ist? Dies setzt voraus, dass die besondere Situation der Patientinnen oder Patienten, ihre Gesundheitskompetenz, ihre Kenntnis der Landessprache und auch ihre Migrationsgeschichte und ihr Verständnis der Erkrankung berücksichtigt werden.

### 1.3 Überblick über die Forschung in der Schweiz zur Chancengerechtigkeit in Bezug auf die Versorgungsqualität

Die meisten nationalen Studien zur gesundheitlichen Chancengleichheit in der Schweiz befassen sich mit dem Gesundheitszustand, der Häufigkeit von Erkrankungen, dem Gesundheitsverhalten und den Gesundheitskompetenzen oder mit der Zugänglichkeit und Nutzung der Leistungen durch bestimmte sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (beispielsweise Boes, Marti & Kaufmann, 2016; Guggisberg et al., 2020; De Gani et al., 2021; de Mestral et al., 2022; Kessler et al., 2021; Krüger et al., 2022; Spiess & Schnyder-Walser, 2018).

Dass nur wenige repräsentative Studien über Chancengerechtigkeit im Schweizer Gesundheitssystem existieren, lässt sich zum Teil durch technische Aspekte erklären: Es braucht Daten, die Indikatoren für den Zugang zur Versorgung und für deren Qualität sowie sozioökonomische und demografische Merkmale der Individuen beinhalten. Wenn eine einheitliche Datengrundlage fehlt, ist es in manchen Fällen möglich, verschiedene unterschied-

liche Datenbanken über einen gemeinsamen Identifikator zu verknüpfen. Bedingung ist, dass die Anonymität und der Schutz der personenbezogenen Daten gewährleistet sind.<sup>2</sup>

Für das Projekt «*Social Inequalities and Hospitalisations in Switzerland*» (SIHOS) des nationalen Forschungsprogramms (NFP) 74 «Gesundheitsversorgung» wurde ein solches Vorgehen gewählt. Der methodische Ansatz bestand darin, bestehende medizinische und soziale Daten zusammenzuführen. So konnten soziale Ungleichheiten im Zusammenhang mit dem Risiko für Spitalaufenthalte, einer längeren Dauer von Spitalaufenthalten, nicht geplanten Wiedereintritten oder dem Eintritt ins Pflegeheim nachgewiesen werden (z. B. Bayer-Oglesby et al., 2020; Zumbunn et al., 2022). Basierend auf diesen Ergebnissen wurden Empfehlungen abgeleitet, wie die stationäre Gesundheitsversorgung von vulnerablen Gruppen und die Versorgung im Anschluss an den Spitalaufenthalt unter Berücksichtigung ihrer sozialen Lage optimiert werden können.

Gestützt auf einen anderen, im Vereinigten Königreich angewandten Ansatz (Cookson et al., 2018) hat Unisanté (im Auftrag des BAG) Methoden zur Messung der Chancengerechtigkeit entwickelt, die mit regional aggregierten Daten arbeiten und es dadurch ermöglichen, bestehende Qualitätsindikatoren weiterzuentwickeln. Dieser Ansatz wurde in der Schweiz bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischer Lage und potenziell vermeidbaren Spitalaufenthalten (Spycher et al., 2021) sowie der Raten potenziell vermeidbarer Rehospitalisationen (Brunner et al., 2023) verfolgt. Die Studien haben robuste und stabile Gradienten für die meisten Kantone ergeben. Die Resultate verweisen auf Benachteiligungen bei der Zugänglichkeit, Qualität und Koordination der Gesundheitsversorgung. Neben Ansatzpunkten für Korrekturmassnahmen, welche auf kantonaler Ebene ansetzen können, zeigen die Studien auch potenzielle Einsparungen auf, die im stationären Bereich der Spitäler realisiert werden können.

Die oben erwähnten Arbeiten basieren auf administrativen Routinedaten. Mit der vorliegenden Studie werden diese Arbeiten ergänzt, indem die Benachteiligungserfahrungen von Patientinnen und Patienten bei der Gesundheitsversorgung untersucht werden.

---

<sup>2</sup> Die Versorgungsqualität im Allgemeinen wird in der Schweiz auf verschiedene Weise dokumentiert. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert seit mehreren Jahren Qualitätsmessungen. Das BAG publiziert jährlich eine Sammlung von Qualitätsindikatoren für die Dimensionen Wirksamkeit

und Sicherheit in den Akutspitälern (CH-IQI). Aufgabe der Eidgenössischen Qualitätskommission ist die Entwicklung eines nationalen Monitoring-Systems. Sie beauftragt dafür Dritte, die bestehenden Qualitätsindikatoren weiterzuentwickeln und neue Qualitätsindikatoren in allen Bereichen der Leistungserbringung zu entwickeln. Weiter ist sie zuständig für die Teilnahme der Schweiz an der internationalen OECD-Erhebung «PaRIS Survey of Patients with Chronic Conditions».



## 2 Methodik

### 2.1 Datenquelle

Analysiert wurden hauptsächlich Daten der internationalen gesundheitspolitischen Befragung (IHP – *International Health Policy Survey*), die 2020 von der Stiftung Commonwealth Fund durchgeführt wurde. Erstmals wurden die Ergebnisse dieser Befragung 2020 vom Obsan publiziert (Pahud, 2020). Im Fokus dieser Publikation stand der internationale Vergleich. Sie lieferte aber auch erste Hinweise darauf, dass die Wohnbevölkerung in der Schweiz die Qualität der Versorgung je nach sozialer Lage, Alter und weiteren soziodemografischen Merkmalen der Befragten sehr unterschiedlich wahrnimmt. Der vorliegende Bericht vertieft diese erste Beschreibung der Resultate durch das Obsan und bietet eine Analyse unter dem gemeinsamen Blickwinkel von Chancengerechtigkeit und Versorgungsqualität.

In der IHP-Erhebung 2020 wurde die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren in elf Ländern zu ihren Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem befragt. In der Schweiz wurde die Befragung in den drei Amtssprachen bei einer Stichprobe von 2284 Personen durchgeführt. Es kann davon ausgegangen werden, dass Personen, die nur über geringe Kenntnisse einer Amtssprache verfügen, in der Befragung unterrepräsentiert sind. Die Daten wurden gewichtet, um die Zusammensetzung der Bevölkerung nach Stichprobenrahmen des BFS abzubilden. Personen, die ohne geregelten Aufenthaltsstatus oder festen Wohnsitz oder die in einer Institution in der Schweiz leben, sind von der Befragung ausgeschlossen. Die Situation bestimmter vulnerabler Gruppen (z. B. Asylsuchende oder Personen im Freiheitsentzug) bleibt in den Resultaten somit unberücksichtigt.

Die Schweiz nimmt seit 2010 (1306 Befragte) an der IHP-Befragung der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren teil. Um die Resultate im Zeitverlauf zu beobachten, werden auch die Daten der Erhebung 2016 verwendet (1520 Befragte). Dieser zeitliche Vergleich der Resultate ist jedoch nur begrenzt möglich: Zum einen wurde die Erhebungsart modifiziert. 2010 war die Befragung noch ausschliesslich telefonisch durchgeführt worden, seit 2016 findet sie aber hauptsächlich online statt. Möglicherweise sind in der Online-Befragung die Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit im Vergleich zur telefonischen Befragung verringert, sodass insbesondere für sensible Themenbereiche Daten von höherer Qualität erhoben werden. Zum anderen wurde der Fragebogen im Verlauf der Erhebungen weiterentwickelt. In den früheren Befragungen fehlen deshalb einige der Fragen, die 2020 analysiert wurden. Auch bei der Erhebung der sozioökonomischen und demografischen Merkmale, die als Analysevariablen verwendet werden, gab

es Änderungen. Der nachfolgend vorgestellte Indikator «Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen» kann somit für die Jahre 2016 und 2010 nicht gebildet werden. 2010 ist auch der Migrationsstatus der Befragten nicht bekannt. In den Kästen in den einzelnen Kapiteln ist, wo realisierbar, jeweils eine Analyse der zeitlichen Entwicklung der Resultate nach Merkmalen der Befragten zu finden.

### 2.2 Analysen und Präsentation der Resultate

Im Rahmen der Analyse wurden zunächst die zu untersuchenden Qualitätsindikatoren festgelegt. Über die Wahl der Indikatoren besteht kein internationaler Konsens, aber anhand der Arbeiten der OECD (Fujisawa & Klazinga, 2017) lassen sich Themen identifizieren, die in den Mitgliedsländern immer wieder analysiert werden. Für diese Studie wurden die folgenden sechs Dimensionen der Versorgungsqualität berücksichtigt: finanzieller Zugang zur Gesundheitsversorgung, Kontinuität und Koordination der Versorgung, Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin, erhaltene Unterstützung, Patientensicherheit und globale Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems.

Anschliessend wurden die Indikatoren des IHP-Fragebogens 2020 den einzelnen Dimensionen zugeordnet. Aus dieser erweiterten Liste wurden letztlich diejenigen Indikatoren ausgewählt, die thematisch für die Analyse der Benachteiligungen bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz relevant sind. Die spezifisch die stationäre Versorgung betreffenden Indikatoren wurden ausgeschlossen, da die Anzahl der Befragten, die in den zwei Jahren vor dem Erhebungszeitpunkt hospitalisiert worden waren, zu gering war. So blieb der Stichprobenumfang hinreichend gross.

Für die Analyse der Benachteiligungen wurden die folgenden acht sozioökonomischen und demografischen Merkmale berücksichtigt: Geschlecht, Altersgruppe, sozioökonomische Benachteiligung (Operationalisierung siehe unten), Bildungsniveau, Migrationsstatus, Haushaltstyp (Einelterner- oder anderer Haushalt) sowie Typ des Wohnorts (Stadt, Agglomeration oder Land). Aufgrund des besonderen Interesses an der Gesundheit der Migrationsbevölkerung wurde diese eingehenderen Analysen unterzogen.

Die Präsentation der Resultate konzentriert sich auf eine für die Darstellung der Benachteiligungen bei der Gesundheitsversorgung geeignete Auswahl der durchgeführten Analysen. Parallel wurden multivariate Analysen vorgenommen, um die zwischen

den verschiedenen Befragtengruppen beobachteten Unterschiede bei ansonsten gleichen sozioökonomischen und demografischen Merkmalen zu belegen. Anhand von Interaktionsanalysen wurde zudem eruiert, ob bestimmte Zusammenhänge nur bestimmte Befragtengruppen betreffen (z. B. ein Alterseffekt bei einem Resultat, der aber nur bei befragten Personen mit Migrationshintergrund gelten würde). Die wichtigsten der festgestellten Interaktionen werden im Text erläutert.

In den Abbildungen sind die Häufigkeiten dargestellt, aus denen die Bruttodifferenzen zwischen den verschiedenen Befragtengruppen ersichtlich sind. Die 95%-Konfidenzintervalle werden angegeben, um den Wertebereich zu zeigen, in welchem mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit der «wahre» Wert zu finden wäre. Grundsätzlich erreichen die in der Präsentation der Resultate kommentierten Unterschiede zwischen Befragtengruppen das statistische Signifikanzniveau von 5 Prozent. Von «Tendenz» wird gesprochen, wenn ein Resultat interessant genug ist, um kommentiert zu werden, formell aber nicht signifikant ist.

### 2.3 Variable «Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen»

Zur Abbildung der sozioökonomischen Situation der Befragten wurde ein Indikator mit vier Kategorien von null (keine sozioökonomische Benachteiligung) bis drei (Kumulierung von drei sozioökonomischen Benachteiligungen) erstellt. Die folgenden drei Variablen werden betrachtet:

- Haushaltseinkommen: unterdurchschnittlich<sup>3</sup> vs. durchschnittlich vs. überdurchschnittlich
  - Erhalt von Prämienverbilligungen für die Krankenversicherung durch ein Haushaltsmitglied: ja vs. nein
- ODER
- Erhalt von Ergänzungsleistungen (nur Personen ab 65) neben der AHV-Rente: ja vs. nein
- Person macht sich Sorgen, dass sie nicht genug zu essen hat *und/oder* nicht genug Geld hat, um ihre Miete oder Hypothek zu bezahlen, *und/oder* einen sauberen und sicheren Ort zum Schlafen hat *und/oder* einen stabilen Job oder eine stabile Einkommensquelle hat: immer oder meistens vs. manchmal, selten oder nie.

Dieser Indikator ermöglicht eine genauere Einordnung der Befragten nach ihrer sozioökonomischen Situation und mildert gleichzeitig die methodischen Schwächen des Indikators Haushaltseinkommen, der die Zusammensetzung des Haushalts nicht berücksichtigt.

<sup>3</sup> Befragte, die angegeben haben, dass ihr Haushaltseinkommen «etwas unter dem Durchschnitt» oder «weit unter dem Durchschnitt» von ungefähr 8500 Franken pro Monat (inklusive 13. Monatslohn und anderer Einnahmen) liegt.

Es gilt zu beachten, dass Rentnerinnen und Rentner, die Ergänzungsleistungen beziehen, in der Regel Beiträge an die Krankenkassenprämien erhalten. Aus diesem Grund umfasst die zweite Variable die beiden Unterstützungsarten.

Rund ein Viertel der Befragten (23,9 %) weist zwei sozioökonomische Benachteiligungen auf, bei 11,3 % sind es drei Arten von Benachteiligungen (T 2.1). Bei den Befragten mit unterdurchschnittlichem Haushaltseinkommen sowie Personen, die sich Sorgen machen, ist die Verteilung ziemlich ähnlich: Rund ein Drittel der Betroffenen hat keine weitere sozioökonomische Benachteiligung, während die beiden übrigen Arten von Benachteiligungen bei etwa einem Viertel dieser Befragten vorliegen. Grundsätzlich ist der Anteil der befragten Personen, die Prämienverbilligungen oder Ergänzungsleistungen beziehen, tiefer (26,7 %). In etwas unter der Hälfte der Fälle (43,1 %) liegen zugleich die beiden anderen sozioökonomischen Benachteiligungen vor (Angabe nicht dargestellt).

Die einzelnen Befragtengruppen sind in unterschiedlichem Ausmass von den sozioökonomischen Benachteiligungen, die den Indikator bilden, betroffen (T 2.2). Alle drei sozioökonomischen Benachteiligungen sind häufiger vorhanden bei Frauen, Personen mit Migrationshintergrund, Einzelternhaushalten, Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und Personen, die in der Stadt leben. Diese Ungleichheiten finden sich auch in den verschiedenen Armutsmessungen des BFS wieder (Armutquote, Armutgefährdungsquote und Quote materieller Deprivation, BFS, 2022).

**T 2.1 Prozentuale Zusammensetzung des Indikators «Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen», Schweiz, 2020**

	Verteilung	Unterdurchschnittliches Einkommen	Prämienverbilligungen KVG oder Ergänzungsleist.	Macht sich immer oder meistens Sorgen
<b>Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen</b>				
0	28,8	0,0	0,0	0,0
1	36,0	48,0	14,6	37,4
2	23,9	89,5	40,5	69,7
3	11,3	100,0	100,0	100,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>50,1</b>	<b>26,7</b>	<b>41,2</b>

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

Betrachtet man die Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen, scheinen die über 65-Jährigen weniger häufig betroffen zu sein als jüngere Personen. Gemäss der Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) des BFS (2020) sind Personen im Rentenalter im Vergleich zur Bevölkerung im erwerbsfähigen

gen Alter deutlich stärker von Armut betroffen, wenn diese anhand des Einkommens gemessen wird. Personen im Rentenalter befinden sich aber signifikant weniger häufig in einer Situation materieller Deprivation und sind erheblich zufriedener mit ihrer finanziellen Situation. Das lässt sich dadurch erklären, dass ältere Personen weniger ausgeben und häufiger über finanzielle Reserven verfügen (BFS, 2020). Nicht in der Lage zu sein, innerhalb eines Monats unerwartete Ausgaben von 2500 Franken zu tätigen,

gilt in der Regel als guter Indikator für ökonomische Vulnerabilität. Die SILC-Daten zeigen, dass Personen ab 65 Jahren (10,4 %) weniger häufig als Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren (20,1 %) von diesem Risiko betroffen sind. Die Verteilung der Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen nach Altersgruppen in der vorliegenden Studie entspricht damit den Beobachtungen, die basierend auf den Indikatoren für materielle Deprivation des BFS gemacht wurden.

**T 2.2 Zusammensetzung in % der verschiedenen soziodemografischen Befragten Gruppen nach Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen, Schweiz, 2020**

Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen	Total	Geschlecht		Altersgruppe			
		Frauen	Männer	18–34 Jahre	35–49 Jahre	50–64 Jahre	65+ Jahre
0	28,8	26,5	31,0	26,0	30,8	33,8	23,7
1	36,0	36,1	36,1	30,8	34,7	34,8	44,8
2	23,9	25,1	22,6	28,7	21,2	22,3	23,5
3	11,3	12,3	10,2	14,5	13,2	9,1	8,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen	Bildungsniveau			Migrationsstatus		
	Obligatorische Schule	Sekundarstufe II	Tertiärstufe	Ohne Migrationshintergrund	Migrantinnen/Migranten der 2. Gen.	Migrantinnen/Migranten der 1. Gen.
0	13,0	28,7	40,5	32,4	26,4	22,0
1	36,7	35,6	37,5	37,1	37,6	33,3
2	30,4	25,1	14,8	22,2	23,2	27,7
3	19,8	10,6	7,2	8,2	12,8	17,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen	Haushaltszusammensetzung		Urbanisierungsgrad			Sprachregion		
	Einelternehaushalt	Andere	Stadt	Agglomeration	Land	CH-DE	CH-F	CH-I
0	15,6	29,4	27,3	29,7	31,5	30,4	25,4	21,9
1	26,5	36,4	33,5	39,5	33,5	37,3	33,4	31,5
2	28,1	23,7	24,5	21,3	25,4	22,3	27,4	29,2
3	29,8	10,5	14,7	9,5	9,6	10,0	13,8	17,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

# 3 Benachteiligungserfahrungen von Patientinnen und Patienten

## Dimension Nr. 1 Finanzieller Zugang zur Gesundheitsversorgung



### Indikator «Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus Kostengründen»

Während der letzten 12 Monate, haben Sie ...

1. ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keinem Arzt (zu keiner Ärztin) gegangen? ODER
2. wegen der Kosten einen medizinischen Test, eine Behandlung oder Nachuntersuchung, die vom Arzt (von der Ärztin) empfohlen wurde, nicht gemacht? ODER
3. wegen der Kosten ein verschriebenes Medikament nicht abgeholt oder nicht so viel genommen wie vorgeschrieben?

Die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung ist eine zentrale Dimension der gesundheitlichen Chancengleichheit. Sie kann durch unterschiedlich geartete Faktoren eingeschränkt sein (siehe Ergänzung unten). In der Schweiz mit ihrer sehr hohen Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten (OECD, 2021) ist die Frage der finanziellen Zugänglichkeit der Versorgung besonders kritisch. Diese Dimension wird hier mit dem Indikator «Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus Kostengründen» gemessen. Dieser Indikator wird durch mindestens eine positive Antwort auf eine der oben erwähnten Fragen gebildet. Auf den Versorgungsbedarf wird nicht ausdrücklich eingegangen. Die finanziellen Gründe werden direkt genannt. Aufgrund dieser beiden Merkmale ist dieser Indikator vom Indikator der Entbehrungen von Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen (BFS, 2017; Merçay, 2018) zu unterscheiden, der als Indikator für Armut verwendet wird.

*Unter den vulnerabelsten Gruppen hat knapp die Hälfte aus Kostengründen auf Gesundheitsleistungen verzichtet*

2020 erklärten 23,3 % aller Befragten, in den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf Gesundheitsleistungen (z. B. Arztbesuch, Nachuntersuchung oder Medikamenteneinnahme) verzichtet zu haben.

Die **Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen** hat einen grossen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass ein Verzicht auf Leistungen angegeben wird: Nur 15,2 % der Personen ohne sozioökonomische Benachteiligung erklären, eine Leistung nicht in Anspruch genommen zu haben. Bei den Befragten mit allen drei Arten von Benachteiligungen erreicht dieser Anteil 46,7 %. Eine prekäre finanzielle Lage birgt somit ein hohes Risiko, dass auf Gesundheitsleistungen verzichtet wird.

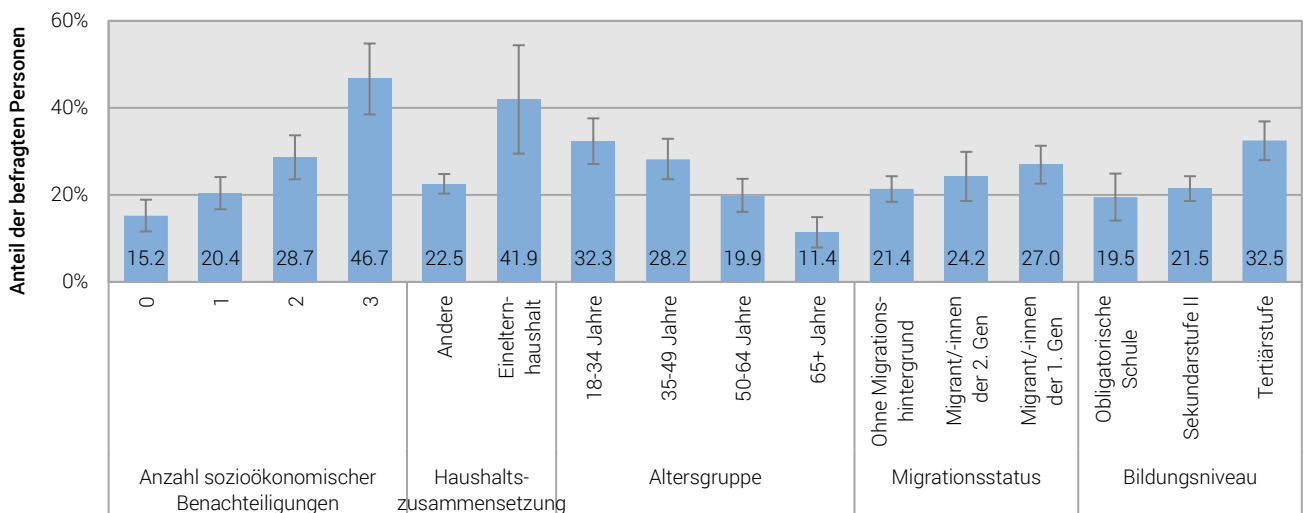
Mit 41,9 % weisen Personen in **Einelternhaushalten** einen besonders hohen Anteil von Personen auf, die auf eine Gesundheitsleistung verzichtet haben. Im Vergleich dazu beträgt die Verzichtsrate der befragten Personen, die in anderen Haushaltstypen leben, 22,5 %.

Auch je nach **Altersgruppe** werden unterschiedliche Angaben zum Verzicht auf Gesundheitsleistungen gemacht. Rund 30 % der Befragten im Alter von 18 bis 34 Jahren sowie von 35 bis 49 Jahren geben an, aus Kostengründen Leistungen nicht in Anspruch genommen zu haben. In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen sinkt dieser Anteil auf knapp 20 % und bei den Personen ab 65 auf etwas über 10 %. Hier müsste insbesondere geprüft werden, inwieweit sich diese Resultate durch die Höhe der jährlichen Franchise erklären lassen. Tatsächlich wählen ältere Personen, insbesondere Personen ab 65, wahrscheinlich wegen der höheren Gesundheitskosten tendenziell eine tiefere Franchise als jüngere Personen.<sup>4</sup> Sie reduzieren damit die Kosten, für die sie direkt aufkommen müssen.

Im Übrigen ist ein **Geschlechtereffekt** – allerdings nur bei **älteren Befragten** – zu beobachten: In den beiden Altersgruppen ab 50 beträgt der Anteil der Männer, die auf Gesundheitsleistungen verzichten, 20,3 %. Bei den Frauen sind es 11,9 % (signifikanter

<sup>4</sup> 2016 hatten 25,9 % der Befragten im Alter von 18 bis 34 Jahren eine Franchise von 2000 oder 2500 Franken. Bei der Altersgruppe 35–49 Jahre lag dieser Anteil bei 32,7 %, bei den 50- bis 64-Jährigen bei 22,0 % und bei den Personen ab 65 bei 11,7 % (Merçay, 2016).

### G 3.1 Hat aus Kostengründen (in den letzten 12 Monaten) auf Gesundheitsleistungen verzichtet, nach bestimmten sozioökonomischen und demografischen Merkmalen, Schweiz, 2020



n=2284

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

Unterschied, Daten nicht abgebildet). In der Literatur sind die Geschlechtereffekte auf den Verzicht und die Inanspruchnahme von Leistungen nicht eindeutig. Insgesamt nehmen Frauen häufiger als Männer Gesundheitsleistungen in Anspruch – aufgrund ihrer spezifischen Bedürfnisse in Bezug auf die reproduktive Gesundheit oder weil sie Symptomen mehr Beachtung schenken und ein aktiveres Nachfrageverhalten aufweisen (BAG, 2008). Allerdings wurde auch beobachtet, dass Frauen häufiger aus ökonomischen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichten (z. B. Guessous et al., 2012). Basierend auf den Daten der IHP-Befragung 2020 wurde festgestellt, dass sich im Falle mehrerer sozioökonomischer Benachteiligungen bei den über 50 Jährigen der Anteil von Männern und der Anteil von Frauen, die eine Behandlung auslösen, angleichen.

**Migrantinnen und Migranten der ersten Generation** geben ebenfalls tendenziell häufiger an, auf Gesundheitsleistungen verzichtet zu haben (27,0 %). Dieses Resultat scheint allerdings eher auf die sozioökonomische Lage sowie die Altersstruktur dieser Gruppe von befragten Personen zurückzuführen zu sein. So beträgt der Anteil der Befragten mit zwei oder drei sozioökonomischen Benachteiligungen, die aufgrund der Kosten keine Behandlung in Anspruch genommen haben, unabhängig vom Migrationsstatus rund 35 % (Daten nicht abgebildet).

Eine weitere Auffälligkeit betrifft das **Bildungsniveau**. Rund ein Drittel der befragten Personen mit einem Bildungsabschluss auf tertiärer Stufe erklärt, aus Kostengründen auf eine medizinische Leistung verzichtet zu haben. Bei den übrigen Gruppen von

Befragten sind es rund 20 %. Die Rolle des Bildungsniveaus variiert je nach Migrationsstatus: Migrantinnen und Migranten (der ersten und der zweiten Generation zusammengenommen) mit einem tertiären Bildungsabschluss berichten häufiger (38,5 %) auf Gesundheitsleistungen zu verzichten, als Migrantinnen und Migranten mit Bildungsabschluss obligatorische Schule oder Sekundarstufe II (22,0 %). Bei den befragten Personen ohne Migrationshintergrund unterscheidet sich die Häufigkeit des Verzichts nach Bildungsniveau weniger stark (26,5 % vs. 20,5 %).

Möglicherweise spielt auch die Höhe der Franchise eine Rolle. Personen mit höherem Bildungsabschluss entscheiden sich im Vergleich zu Personen mit tieferem Bildungsabschluss häufiger für eine hohe oder für die maximale Franchise.<sup>5</sup> Zu hinterfragen wäre auch die Rolle der Gesundheitskompetenz beim Verzicht und bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Einerseits könnte eine höhere Gesundheitskompetenz ermöglichen, die eigenen Gesundheitsbedürfnisse besser zu erkennen und das System besser zu verstehen, und damit dazu führen, dass ein grösserer Versorgungsbedarf wahrgenommen wird. Andererseits wurde ein Zusammenhang zwischen einer hohen Gesundheitskompetenz und einer geringeren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen festgestellt (De Gani et al., 2021). Diese Mechanismen könnten dazu beitragen, dass Personen mit höherem Bildungsabschluss häufiger über einen wahrgenommenen Verzicht berichten.

<sup>5</sup> 2016 hatte ein Drittel der befragten Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss eine Franchise von 2000 oder 2500 Franken, während es bei den Befragten mit höchstem Abschluss auf Sekundarstufe II 24,3 % bzw. ohne nachobligatorische Ausbildung 10 % waren (Merçay, 2016).

Möglicherweise wird das finanzielle Argument auch eher angegeben, wenn es zusammen mit anderen Verzichtsründen genannt wird.<sup>6</sup> Beispielsweise bejahen 87,9 % der Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe auch mindestens einen der elf weiteren abgefragten Gründe für einen Verzicht (siehe unten). Bei den Befragten ohne nachobligatorische Ausbildung sind es 70,6 % (Daten nicht abgebildet).

Zudem kann auch eine Verzerrung der Stichprobe nicht ausgeschlossen werden, da in den Erhebungen von 2010 und 2016 kein solcher Effekt des Bildungsniveaus festgestellt wurde. Die Rolle des Bildungsniveaus beim Verzicht auf Gesundheitsleistungen sollte deshalb durch weiterführende Analysen geklärt werden.

#### **Zeitliche Entwicklung: Verzicht auf Gesundheitsleistungen seit 2016 stabil, aber neuer Effekt des Bildungsniveaus 2020**

2020 haben 23,3 % der Befragten angegeben, aus Kostengründen auf Gesundheitsleistungen verzichtet zu haben, während es 2016 22,5 % waren: Die Ergebnisse betreffend den finanziellen Zugang zur Versorgung sind über diesen Zeitraum somit konstant geblieben. 2010 hatte der Anteil der Personen, die auf eine Leistung verzichteten, bei 10,3 % gelegen. Allerdings ist es bei einem sensiblen Thema wie dem Verzicht auf Gesundheitsleistungen schwierig, dieses Resultat mit den Ergebnissen der nachfolgenden Befragungen zu vergleichen, da die Erhebungsart modifiziert wurde. Eine Konstante seit 2010 besteht darin, dass bei jüngeren Altersgruppen häufiger ein Verzicht beobachtet wird. Demgegenüber ist die besonders hohe Verzichtsrate der Befragten mit einem tertiären Bildungsabschluss eine Besonderheit der Ergebnisse der Erhebung 2020.

#### **Regionale Unterschiede: Häufigerer Verzicht auf Gesundheitsleistungen in der Romandie**

Bei den sechs untersuchten Qualitätsindikatoren zeigen sich hauptsächlich beim Thema des finanziellen Zugangs grosse Unterschiede zwischen den Sprachregionen. Mit einem Anteil von 26,2 % verzichteten die Befragten in der französischsprachigen Schweiz am häufigsten auf Gesundheitsleistungen. In der Deutsch- und in der rätoromanischen Schweiz ist dieser Anteil etwas tiefer (22,7 %). Hingegen geben in der italienischsprachigen Schweiz 16,0 % der befragten Personen an, Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch genommen zu haben. Zum Vergleich: Auch beim Indikator der Entbehrungen von Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen (SILC-Erhebung des BFS), dessen Ansatz viel restriktiver ist, liegt die Romandie vor den übrigen Sprachregionen: 2020 waren 1,3 % der Befragten in der Westschweiz betroffen, 1,1 % in der italienischsprachigen Schweiz und 0,1 % in der Deutsch- und in der rätoromanischen Schweiz. Sowohl in der IHP- als auch in der SILC-Befragung bleiben die Resultate für die italienischsprachige Schweiz zwischen den einzelnen Erhebungen weniger stabil. Es ist deshalb

schwierig, Schlussfolgerungen zur Situation in dieser Sprachregion zu ziehen.

Weiter verzichteten 26,3 % der befragten Personen in städtischen Gebieten auf Gesundheitsleistungen, in ländlichen Gebieten sind es 19,4 % (Agglomeration: 23,8 %). In diesem Zusammenhang wäre interessant zu untersuchen, ob beispielsweise die Versorgungsdichte einen Einfluss auf den Leistungsbedarf hat. Im Übrigen schliesst Beltran (2017) darauf, dass das im ländlich-landwirtschaftlichen Umfeld vorherrschende kulturelle Modell Autonomie, Schmerzresistenz sowie einer geringen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einen hohen Stellenwert einräumt.

#### **Ergänzung: «Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus nicht finanziellen Gründen»**

Sind Sie wegen einem der folgenden Gründe nicht zum Arzt (zur Ärztin) gegangen oder haben auf eine medizinische Behandlung verzichtet? Sie haben verzichtet, weil ...

- a ... Sie abwarten wollten, ob das gesundheitliche Problem von selbst verschwinden würde;
- b ... Sie nicht weitere Kosten im Gesundheitswesen für die Allgemeinheit verursachen wollten;
- c ... Sie Angst davor hatten, was der Arzt (die Ärztin) Ihnen sagen könnte;
- d ... Ihnen das Vertrauen in Ärzte (Ärztinnen), Krankenhäuser, Untersuchungen oder allgemein in Behandlungen fehlt;
- e ... Sie keinen guten Arzt (keine gute Ärztin) kennen;
- f ... Sie Mühe haben, in einer Landessprache zu kommunizieren;
- g ... Sie keinen Termin bekommen haben;
- h ... Sie aus beruflichen Gründen keine Zeit hatten;
- i ... Sie wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen keine Zeit hatten;
- j ... Sie sich nicht dorthin begeben konnten;
- k ... Sie keine medizinische Behandlung benötigt haben.

Neben Einschränkungen finanzieller Art können weitere Gründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen angegeben werden. Am häufigsten erwähnt wird der Wunsch, abwarten zu wollen, ob das Problem von selbst verschwinden würde (64,0 %). 45,7 % der Befragten waren der Auffassung, dass sie keine medizinische Behandlung benötigten. Als dritthäufigster Grund wurde genannt, keine weiteren Kosten im Gesundheitswesen für die Allgemeinheit verursachen zu wollen (25,0 %).<sup>7</sup>

Diese drei Erklärungen werden unabhängig von den sozioökonomischen und demografischen Merkmalen der befragten Personen am häufigsten abgegeben. Die Variationen zwischen den untersuchten Gruppen sind minim.

<sup>6</sup> Im Fragebogen werden die befragten Personen zunächst zum Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus Kostengründen befragt. Im zweiten Schritt werden elf weitere Gründe für einen Leistungsverzicht abgefragt.

<sup>7</sup> Für eine Präsentation der übrigen Verzichtsfaktoren, siehe Pahud (2020).



Unterschiede zeigen sich vor allem in der Häufigkeit der übrigen Verzichtgründe (G 3.2). Zu den auffälligsten Ergebnissen gehört, dass Befragte mit drei sozioökonomischen Benachteiligungen im Vergleich zu Personen mit weniger oder keinen Benachteiligungen häufiger berichten, dass sie keinen guten Arzt oder keine gute Ärztin kennen (15,3 %) oder dass ihnen das Vertrauen in Ärzte und Ärztinnen, Krankenhäuser, Untersuchungen oder allgemein in Behandlungen fehlt (15,3 %). Mit der Anzahl der Benachteiligungen nimmt auch der Anteil der Personen zu, die als Verzichtgrund angeben, keinen Termin bekommen zu haben (7,0 % der Befragten mit drei sozioökonomischen Benachteiligungen). Fehlendes Vertrauen wird tendenziell häufiger von Befragten, die in einem Einelternhaushalt leben, genannt (14,4 %). Diese geben tendenziell auch häufiger an, wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen keine Zeit zu haben (10,5 %).

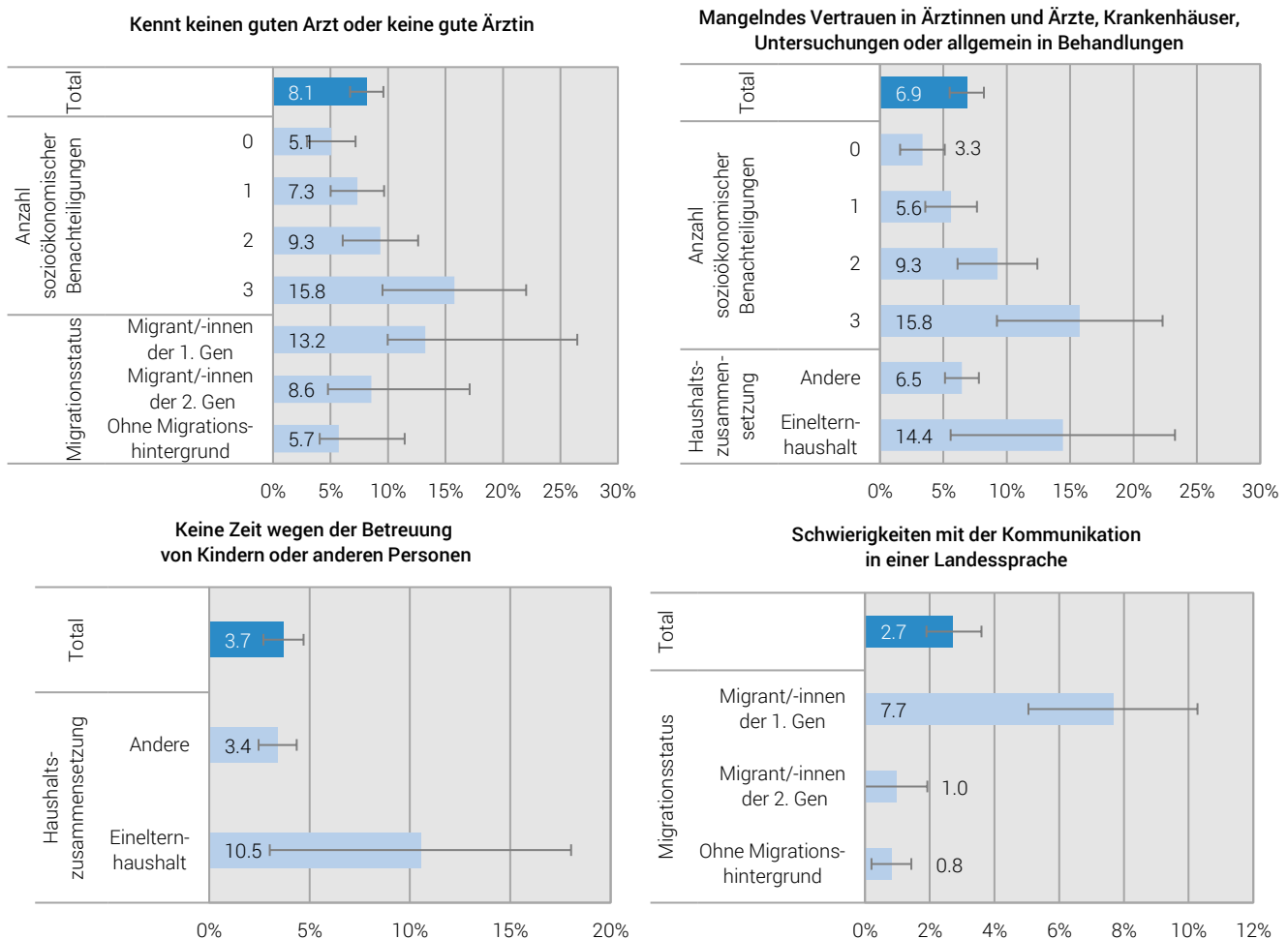
Bei Migrantinnen und Migranten der ersten Generation ist der Anteil der Personen, die erklären, keinen guten Arzt oder keine gute Ärztin zu kennen (13,2 %), höher als bei Personen ohne Migrationshintergrund (5,7 %) und 7,7 % erwähnen, dass es schwierig

ist, in einer Landessprache zu kommunizieren. Dieses letzte Resultat ist eine konservative Schätzung, da die allophonen Personen (d. h. fremdsprachige Personen, die nicht in der Lage sind, sich in einer der gängigen Landessprachen zu verständigen) in der nur in den Amtssprachen verfügbaren Befragung mit Sicherheit unterrepräsentiert sind.

Verglichen mit den Männern verzichteten die Frauen häufiger auf Gesundheitsleistungen, weil sie keinen guten Arzt oder keine gute Ärztin kennen (Frauen: 9,3 %, Männer: 7,0 %), weil sie Angst haben, was der Arzt oder die Ärztin ihnen sagen könnte (Frauen: 9,5 %, Männer: 6,9 %), oder weil sie wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen keine Zeit haben (Frauen: 4,9 %, Männer: 2,4 %).

Im Vergleich zu den übrigen Altersgruppen erwähnten junge Menschen im Alter von 18 bis 34 Jahren häufiger fehlende Zeit aus beruflichen Gründen (25,3 %), die Angst vor den Ergebnissen (12,0 %) oder die Tatsache, dass sie keinen guten Arzt oder keine gute Ärztin kennen (11,6 %) oder kein Vertrauen haben (10,7 %).

**G 3.2 Hat keinen Arzt oder keine Ärztin aufgesucht oder hat auf Gesundheitsleistungen verzichtet, verschiedene nicht finanzielle Gründe (in den letzten 12 Monaten), nach bestimmten sozioökonomischen und demografischen Merkmalen, 2020**



n=2271

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

## Dimension Nr. 2 Kontinuität und Koordination der Versorgung



### Indikator «Widersprüchliche Angaben von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten oder von medizinischem Personal»

Wenn Sie an die letzten zwei Jahre denken, wenn Sie Betreuung für ein medizinisches Problem bekommen haben, ist es da je passiert, dass Sie widersprüchliche Angaben von verschiedenen Ärzten (von verschiedenen Ärztinnen) oder von medizinischem Personal bekommen haben?

Die Versorgungsqualität hängt zu einem gewissen Teil von der Kontinuität und guten Koordination der Behandlungskette entlang des klinischen Patientenpfads ab. Lücken in der Koordination der Versorgung können sich auf verschiedenen Stufen ergeben. Der gewählte Indikator bezeichnet den Anteil der Befragten, die angeben, widersprüchliche Informationen von verschiedenen Ärztinnen oder Ärzten oder von medizinischem Personal erhalten zu haben, als sie in den letzten zwei Jahren Betreuung für ein Gesundheitsproblem in Anspruch genommen haben.

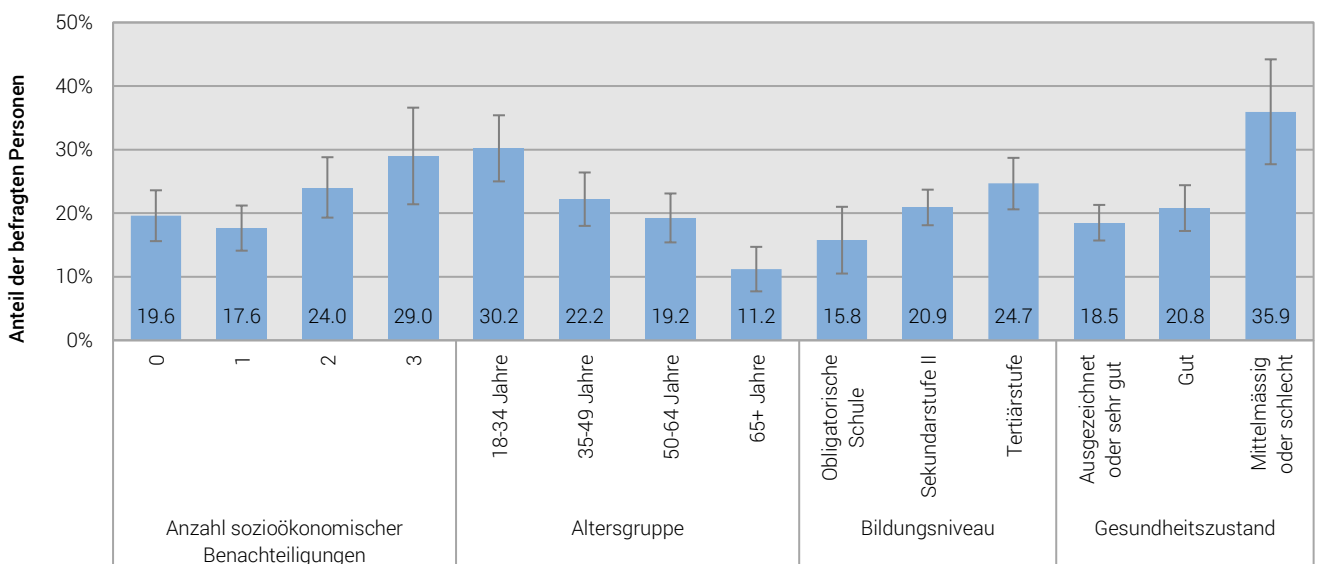
*Eindeutige Informationen als zentrales Element der Kommunikation mit den gesundheitlich am stärksten beeinträchtigten Patientinnen und Patienten*

In der IHP-Erhebung werden verschiedene Koordinationsprobleme abgefragt. So geben 8,6 % aller befragten Personen an, es sei in den letzten zwei Jahren vorgekommen, dass die Testresultate oder die medizinischen Unterlagen zum vorgesehenen Behandlungstermin noch nicht bereit gewesen sind. Zudem wurde bei 12,7 % ein medizinischer Test angeordnet, den sie als überflüssig erachteten, weil er schon gemacht worden war. Das am häufigsten genannte Koordinationsproblem betrifft den Erhalt widersprüchlicher Angaben von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsfachpersonen. Etwa eine von fünf befragten Personen berichtet von einer solchen Erfahrung (20,9 %). Dieser Indikator wird hier verwendet, um die Dimension «Kontinuität und Koordination» der Versorgungsqualität zu untersuchen.

Im Zusammenhang mit der **Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen** lassen sich Chancenungleichheiten erkennen. 29,0 % der befragten Personen mit drei Arten von Benachteiligungen erklären, widersprüchliche Angaben erhalten zu haben. Bei den Befragten ohne Benachteiligungen sind es 19,6 %.

Die **Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen** berichtet besonders häufig, widersprüchliche Angaben bekommen zu haben (30,2 % sämtlicher Befragten dieser Altersgruppe, G 3.3). Bei den 18- bis 34-Jährigen, die in den letzten zwei Jahren bei einem Spezialisten oder einer Spezialistin waren (46,3 % der Befragten dieser Altersgruppe), haben gar 49,9 % widersprüchliche Angaben erhalten. Bei den befragten Personen ab 65, die einen Spezialisten oder

### G 3.3 Hat widersprüchliche Angaben von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten und von medizinischem Personal erhalten, nach bestimmten sozioökonomischen und demografischen Merkmalen, Schweiz, 2020



n=2284

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023



eine Spezialistin aufgesucht haben (64,7 % der Befragten dieser Altersgruppe, Daten nicht dargestellt), beträgt dieser Anteil 16,3 %. Hier kann festgestellt werden, dass die jüngeren Befragten weniger häufig einen Hausarzt oder eine Hausärztin oder ein Gesundheitszentrum haben, das sie normalerweise aufsuchen. Diese Variable wurde aber getestet, ohne dass ein Effekt auf das Risiko, Koordinationsprobleme festzustellen, beobachtet wurde.

Im Übrigen scheint dieser Alterseffekt nur befragte Personen ohne Migrationshintergrund oder Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation zu betreffen. Von den Migrantinnen und Migranten der ersten Generation erklären über alle Altersgruppen hinweg rund 20 %, widersprüchliche Angaben erhalten zu haben.

Befragte mit einem **tertiären Bildungsabschluss** berichten tendenziell häufiger von Koordinationsproblemen. Wie beim Verzicht auf Gesundheitsleistungen könnte der Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz und deren Anwendung zur Erkennung von Koordinationsproblemen untersucht werden.

Personen, die ihre **Gesundheit als mittelmässig oder schlecht** beschreiben, erwähnen häufiger, widersprüchliche Informationen erhalten zu haben (35,9 %), als Personen mit einem guten (20,8 %) oder sehr guten (18,5 %) Gesundheitszustand. Zum einen hat eine grössere Zahl von Gesundheitsproblemen in der Regel zur Folge, dass mehr Kontakte zu einer grösseren Zahl von Leistungserbringern bestehen. Dadurch steigt das Risiko, dass die erhaltenen Angaben nicht immer übereinstimmen. Zum anderen zeigt dieses Resultat, wie wichtig eine klare Kommunikation mit den gesundheitlich besonders stark beeinträchtigten Patientinnen und Patienten ist.

Frauen schliesslich berichten häufiger als Männer von Koordinationsproblemen. Dieser Unterschied war in den Häufigkeiten, die sich aus den Antworten ergaben, kaum ersichtlich (22,8 % gegenüber 19,0 %, Daten nicht dargestellt). Er wird aber durch die multivariaten Analysen belegt, in denen für alle betrachteten Einflussfaktoren kontrolliert wird.

#### **Zeitliche Entwicklung: Erwähnung widersprüchlicher Angaben nimmt zu**

Der Anteil der Befragten, die vom Erhalt widersprüchlicher Angaben von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten oder von medizinischem Personal berichten, ist von 17,2 % 2010 auf 19,3 % 2016 und 25,3 % 2020 angewachsen. Vor allem bei der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen ist dieser Indikator (von 23,5 % 2010 auf 37,9 % im Jahr 2020) angestiegen, aber auch bei Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss (von 18,8 % 2010 auf 30,8 % 2020). Bereits 2010 wurden Unterschiede je nach Altersgruppe festgestellt. 2020 haben sich diese aber noch verstärkt. Wie beim finanziellen Zugang zur Gesundheitsversorgung geben Befragte mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe erst in der Erhebung 2020 häufiger an, widersprüchliche Angaben erhalten zu haben.

### Dimension Nr. 3 Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder mit der behandelnden Ärztin



#### Indikator «Konsultationsdauer, Patienteneinbezug und Verständlichkeit der Ausführungen»

Wenn Sie Betreuung oder eine Behandlung brauchen, wie häufig kommt es vor, dass der Arzt (oder die Ärztin) oder das medizinische Personal, zu dem Sie normalerweise gehen, (Antworten «immer» oder «häufig») ...

A2. ... genügend Zeit für Sie aufbringt? UND

A3. ... Sie in dem Umfang, in dem Sie möchten, in die Entscheidungen über die Betreuung und Behandlung miteinbezieht? UND

A4. ... Ihnen Dinge auf einfach verständliche Weise erklärt

Eine gute Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und behandelnden Ärztinnen oder Ärzten ist ein zentraler Indikator für die Qualität der medizinischen Versorgung. Generell begünstigt eine klare und wirksame Kommunikation die Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten. Zudem trägt sie dazu bei, die Patientinnen und Patienten in ihrer Rolle zu stärken, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Eine gute Kommunikation ermöglicht ihnen, informierte Entscheidungen über ihre Gesundheitsversorgung zu treffen. Bei den hier präsentierten Indikatoren handelt es sich um die Indikatoren, welche die OECD verwendet, um das Erleben der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung abzubilden (2019). Nur Befragte, die einen Arzt oder eine Ärztin oder ein Gesundheitszentrum haben, zu dem sie normalerweise gehen (93,0 % aller Befragten), haben diese Fragen beantwortet.

#### Unzufriedenheit der jüngeren Befragten mit der Konsultationsdauer und der Migrantinnen und Migranten mit ihrem Einbezug

Insgesamt ist die grosse Mehrheit der Befragten, die einen Arzt oder eine Ärztin oder ein Gesundheitszentrum haben, das sie normalerweise aufsuchen, der Ansicht, dass der Arzt oder die Ärztin oder das medizinische Personal immer oder häufig genügend Zeit für sie aufbringt (86,0 %), sie genügend in die Entscheidungen über die Betreuung und Behandlung miteinbezieht (83,3 %) und Dinge auf einfach verständliche Weise erklärt (91,5 %). Diese drei Kriterien sind für 74,2 % der Befragten mit einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Gesundheitszentrum, das sie normalerweise aufsuchen, erfüllt.

In erster Linie zeigt sich, dass der Indikator keine bedeutenden Unterschiede bei der Beurteilung der Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten je nach sozioökonomischer

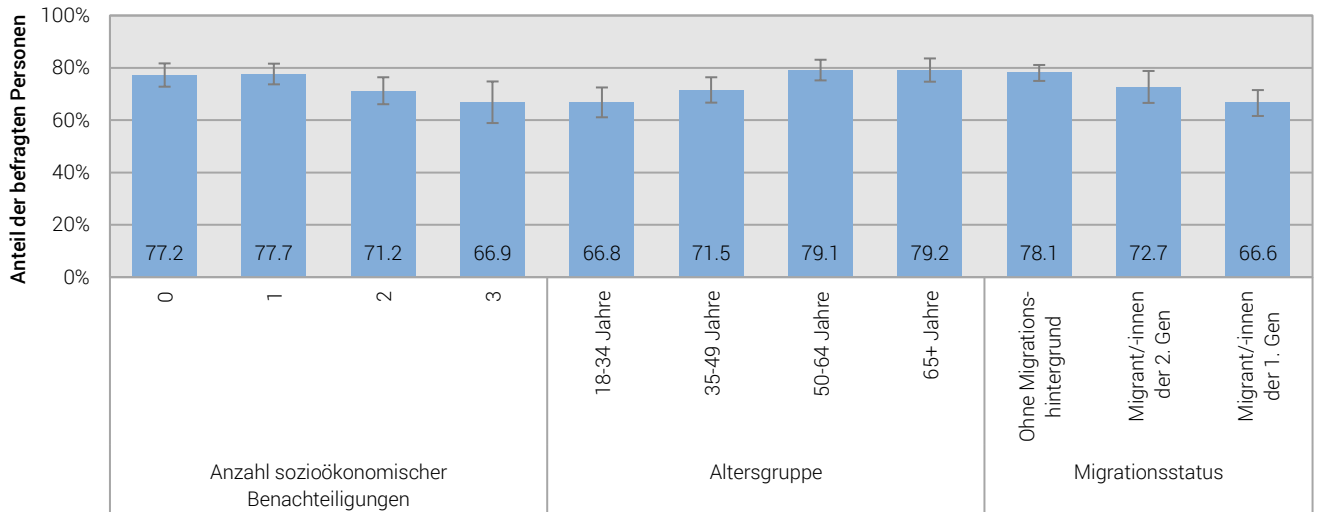
Lage der Befragten (Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen, Bildungsniveau) aufweist. Beim spezifischen Thema des Patienteneinbezugs (Item A2) zeigen sich die **Befragten mit drei sozioökonomischen Benachteiligungen** jedoch weniger positiv als die übrigen Befragten (78,7 % gegenüber rund 85 %, Daten nicht dargestellt). Der Effekt sozioökonomischer Benachteiligung scheint im Übrigen geschlechtsabhängig zu sein. Bei den Männern liegt der Anteil der Befragten ohne oder mit nur einer Benachteiligung, die eine gute Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin angeben (drei Kriterien erfüllt), bei 81,4 %. Bei den männlichen Befragten mit zwei oder drei sozioökonomischen Benachteiligungen sinkt dieser Anteil auf 66,6 %. Bei den Frauen berichten unabhängig von der Anzahl sozioökonomischer Benachteiligungen rund 75 %, dass die Kommunikation mit dem Arzt oder der Ärztin gut ist.

66,8 % der **Befragten im Alter von 18 bis 34 Jahren** weisen alle drei Kriterien des Indikators «gute Kommunikation» auf, während der Anteil in der Altersgruppe ab 50 fast 80 % beträgt. Ein besonders kritischer Punkt ist die Frage der Zeit, die für die Patientinnen oder Patienten aufgebracht wird: 79,1 % der 18- bis 34-jährigen Befragten geben an, das medizinische Personal habe genügend Zeit für sie aufgebracht. Bei den Personen ab 50 sind es rund 90 % (Daten nicht dargestellt).

**Migrantinnen und Migranten der ersten Generation** weisen weniger häufig alle drei Kriterien einer guten Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten auf (66,6 %), verglichen mit den Befragten ohne Migrationshintergrund, für die alle drei Kriterien einer guten Kommunikation erfüllt sind (78,1 %). Migrantinnen und Migranten der ersten Generation bewerten vor allem die Verständlichkeit der Erklärungen als weniger gut (76,4 % gegenüber 85,8 % bei Personen ohne Migrationshintergrund, Daten nicht dargestellt).

Der oben erwähnte Alterseffekt ist bei den Befragten mit Migrationshintergrund tendenziell besonders ausgeprägt. Bei Letzteren (erste und zweite Generation zusammengenommen) beträgt der Anteil der Befragten, die eine gute Kommunikation mit dem Arzt oder der Ärztin angeben, bei den 18- bis 34-Jährigen 59,6 % und bei den Personen ab 65 80 %. Bei den Personen ohne Migrationshintergrund liegt das Resultat je nach Altersgruppe zwischen 72,8 % (18–34 Jahre) und 84,3 % (50–64 Jahre) (Daten nicht dargestellt). Gleichermassen weisen junge Befragungsteilnehmende (18–34 Jahre) mit zwei oder drei sozioökonomischen Benachteiligungen weniger häufig alle drei Kriterien für eine gute Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten auf (58,6 %) als junge Befragte ohne oder mit nur einer sozioökonomischen Benachteiligung (72,0 %). Bei den höheren Altersgruppen ist der Einfluss der sozioökonomischen Benachteiligungen kleiner. Junge Migrantinnen und Migranten und junge Personen mit mehreren sozioökonomischen Benachteiligungen gehören also zu den Gruppen, die besonders stark vom Risiko einer als ungenügend beurteilten Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin betroffen sind.

**G 3.4 Gute Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin (3 Kriterien), nach bestimmten sozioökonomischen und demografischen Merkmalen, Schweiz, 2020**



n= 2117 (in der Analyse berücksichtigt werden nur Befragte, die einen Arzt oder eine Ärztin oder ein Gesundheitszentrum haben, das sie normalerweise aufsuchen)

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

**Zeitliche Entwicklung: Häufigkeit einer guten Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin seit 2010 konstant**

Unter den Befragten, die einen Arzt oder eine Ärztin oder ein Gesundheitszentrum haben, das sie normalerweise aufsuchen, ist der Anteil, der alle drei Kriterien einer guten Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin aufweist, zwischen 2010 und 2020 bei rund 75 % geblieben (74,2 % 2020) und kann damit als stabil betrachtet werden. In Bezug auf die Benachteiligungserfahrungen ist der Unterschied zwischen Migrantinnen und Migranten der ersten Generation (66,6 %) und Befragten ohne Migrationshintergrund (78,1 %) 2020 besonders auffällig. Ein ähnlicher Unterschied wurde bereits 2016 beobachtet (63,6 % gegenüber 76,4 %).

## Dimension Nr. 4 Erhaltene Unterstützung



**Indikator «Hat voll und ganz so viel Unterstützung wie nötig von Gesundheitsfachpersonen bekommen, um mit seinen (ihren) Gesundheitsproblemen besser umgehen zu können»**

Gesundheitsfachpersonen können auf unterschiedliche Weise Unterstützung für die Patientinnen und Patienten leisten. Der Austausch mit Gesundheitsfachpersonen kann beispielsweise für eine emotionale Unterstützung sorgen, indem Bedenken ausgeräumt werden. Es kann zudem Unterstützung bei der Behandlungsplanung oder bei administrativen und sozialen Angelegenheiten angeboten werden. Ein patientenzentrierter Ansatz bedeutet auch, dass die angemessene psychosoziale Unterstützung bereitgestellt wird. Der hier verwendete Indikator unterscheidet nicht zwischen den verschiedenen Arten der Unterstützung. Er betrifft nur Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung (49,3 % der Befragten).

### *Lücken in der Unterstützung der Personen mit sozioökonomischen Schwierigkeiten und mit Migrationshintergrund*

Von den Befragten, die mindestens eine chronische Erkrankung angegeben haben, sind 57,0 % der Meinung, von den Gesundheitsfachpersonen «voll und ganz» so viel Unterstützung wie nötig erhalten zu haben, um besser mit ihren Gesundheitsproblemen umgehen zu können. Für 36,2 % wurde die nötige Unterstützung teilweise, für 6,8 % nicht geboten.

Dieser Indikator zeigt bedeutende Abweichungen zwischen den verschiedenen Befragtengruppen auf. Ein **deutlicher sozioökonomischer Gradient** ist erkennbar: Von den Befragten mit chronischer Erkrankung und ohne sozioökonomische Benachteiligungen sind 69,1 % der Meinung, voll und ganz so viel Unterstützung wie nötig erhalten zu haben. Bei den Befragten mit allen drei Arten von Benachteiligungen beträgt dieser Anteil noch 39,8 %.

Von den Befragten mit einer chronischen Erkrankung berichten diejenigen, die in **Einelternerhaushalten** leben, deutlich weniger häufig als die übrigen, die nötige Unterstützung bekommen zu haben (26,6 % gegenüber 58,1 %). Trotz der erheblichen Unsicherheit der Resultate – aufgrund der geringen Zahl von betroffenen Personen in der Stichprobe – ist dieser Vulnerabilitätsfaktor hier offenkundig.

Bedeutende Unterschiede zeigen sich auch beim Effekt des **Migrationsstatus**: Von den Befragten mit einer chronischen Erkrankung erklären 65,3 % der Personen ohne Migrationshintergrund, dass sie so viel Unterstützung wie nötig erhalten haben. Bei Migrantinnen und Migranten der ersten Generation beträgt dieser Anteil 37,1 % (Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation: 55,9 %). Denkbar ist, dass Migrantinnen und Migranten oder von sozioökonomischen Schwierigkeiten betroffene Perso-

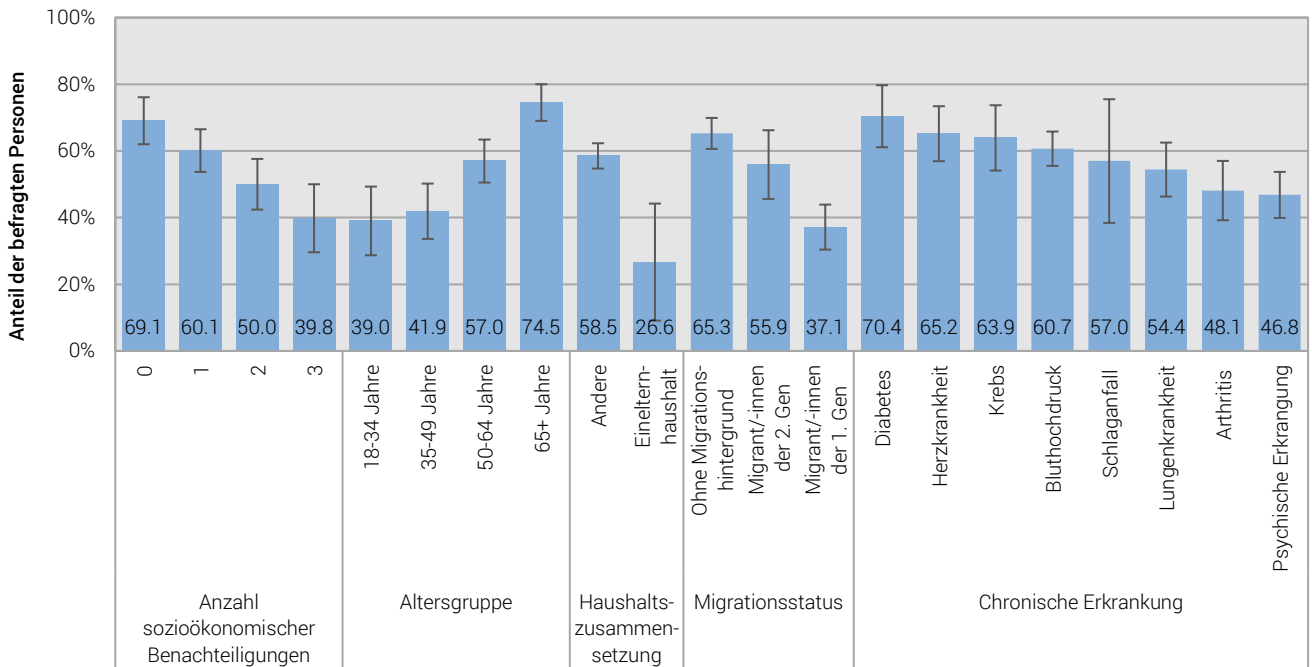
nen mit spezifischen Problemen, beispielsweise mit der sprachlichen Verständigung oder dem finanziellen Zugang, konfrontiert sind und das Gesundheitssystem nicht immer auf die Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist.

Ein stark ausgeprägter Gradient ist auch über die **Altersgruppen** hinweg zu beobachten. Von den Personen mit einer chronischen Erkrankung sind rund 40 % der unter 50-Jährigen der Meinung, voll und ganz so viel Unterstützung wie nötig erhalten zu haben. Bei den Befragten im Alter von 50 bis 64 Jahren liegt dieser Anteil bei 57,0 %, bei den Personen ab 65 bei 74,5 %. Rund ein Drittel der befragten Personen unter 50 Jahren gibt eine chronische Erkrankung (34,8 %) an. In den meisten Fällen handelt es sich um eine psychische Erkrankung (15,7 %) und um Asthma oder eine Lungenkrankheit (11,3 %, Daten nicht dargestellt). 73,3 % der Befragten ab 65 leiden an einer chronischen Erkrankung, am häufigsten an Bluthochdruck (50,8 %) und Herzkrankheiten (23,9 %).

Die Effekte aus der sozioökonomischen Stellung, dem Migrationsstatus und dem Alter kumulieren sich tendenziell. Bei den unter 50-jährigen Migrantinnen und Migranten der ersten Generation beispielsweise gibt ein besonders tiefer Anteil der Personen mit chronischen Erkrankungen an, voll und ganz so viel Unterstützung wie nötig erhalten zu haben (21,3 %). Auch bei Migrantinnen und Migranten der ersten Generation mit zwei oder drei sozioökonomischen Benachteiligungen berichten nur 29,2 %, voll und ganz so viel Unterstützung wie nötig bekommen zu haben (Daten nicht abgebildet). Die jungen Migrantinnen und Migranten der ersten Generation und Migrantinnen und Migranten mit sozioökonomischen Benachteiligungen sind also zwei Gruppen, die besonders stark vom Risiko betroffen sind, von Gesundheitsfachpersonen nicht so viel Unterstützung wie nötig zu erhalten, um besser mit ihren Gesundheitsproblemen umgehen zu können.

Die Wahrnehmung der erhaltenen Unterstützung unterscheidet sich auch nach den betreffenden Erkrankungen. Grundsätzlich ist der Anteil der Befragten, die angeben, voll und ganz so viel Unterstützung wie nötig erhalten zu haben, bei **Personen mit Diabetes** (70,4 %) besonders hoch und bei Personen mit **Arthritis** (48,1 %) sowie bei Personen mit einer **psychischen Erkrankung** (46,8 %) deutlich tiefer. Hingegen hängt der Anteil der Befragten, die aus ihrer Sicht so viel Unterstützung wie nötig erhalten haben, kaum davon ab, ob sie eine chronische Erkrankung (57,2 %) oder mehrere Erkrankungen (59,7 %) haben. Aufgrund des Stichprobenumfangs ist es nicht möglich, die Antworten der Befragten nach chronischer Erkrankung und nach sozioökonomischen und demografischen Merkmalen zu vergleichen.

**G 3.5 Hat voll und ganz so viel Unterstützung wie nötig von den Gesundheitsfachpersonen erhalten, um besser mit den eigenen Gesundheitsproblemen umgehen zu können, nach bestimmten sozioökonomischen und demografischen Merkmalen, Schweiz, 2020**



n= 1099 (in der Analyse berücksichtigt werden nur Befragte mit einer chronischen Erkrankung)

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

**Zeitliche Entwicklung:** 2016 wurde die Frage nach der von den Gesundheitsfachpersonen erhaltenen Unterstützung, um besser mit den eigenen Gesundheitsproblemen umgehen zu können, nur den Befragten mit Asthma, Diabetes, einer Herzkrankheit oder Bluthochdruck gestellt. Damals waren 62,4 % der Meinung, voll und ganz so viel Unterstützung wie nötig erhalten zu haben. Wird dieselbe Befragtenbasis für 2020 angewendet, beträgt dieser Anteil 57,4 %, ohne signifikanten Unterschied (gegenüber 57,0 %, wenn sämtliche Befragten mit einer chronischen Erkrankung berücksichtigt werden).

## Dimension Nr. 5 Patientensicherheit



### Indikator «Vom Patienten oder von der Patientin festgestellte medizinische Fehler»

In den letzten 2 Jahren, ...

... ist Ihnen je ein falsches Medikament oder eine falsche Dosierung von einem Arzt (von einer Ärztin), einer Pflegefachperson, einem Spital oder Apotheker (einer Apothekerin) gegeben worden?

ODER

... hat es da Momente gegeben, als Sie gedacht haben, dass ein medizinischer Fehler bei Ihrer Behandlung oder Betreuung gemacht wurde?

Die Arbeiten zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen befassen sich insbesondere mit medizinischen Fehlern, da diese von organisatorischen Mängeln (z. B. Koordinationsproblemen zwischen den Leistungserbringern) zeugen und zu Verschwendung in der Gesundheitsversorgung führen können (OECD, 2017). Die von den Patientinnen und Patienten angegebenen medizinischen Fehler geben keinen Aufschluss über das objektive Auftreten dieser Ereignisse. Zudem definieren Patientinnen und Patienten einen medizinischen Fehler nicht zwingend gleich wie Gesundheitsfachpersonen. Als Indikator für die Patientenerfahrung betrachtet kann die Melderate von medizinischen Fehlern auf mangelnde Information und Kommunikation zurückzuführen sein. Sie kann auch mit der Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, Fehler zu erkennen oder das System zu hinterfragen, zusammenhängen.

*Unterschiede in der Melderate medizinischer Fehler: Inzidenzunterschiede oder Ungleichheiten bei der Fähigkeit, Fehler zu erkennen?*

Insgesamt berichtet rund eine von zehn befragten Personen (11,8 %) von einem medizinischen Fehler bei der Verabreichung von Medikamenten oder in einem anderen Bereich in den letzten zwei Jahren. Wie beim Verzicht auf Gesundheitsleistungen wird dieser Indikator unabhängig davon gebildet, ob ein Versorgungsbedarf vorliegt oder Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen wurden.

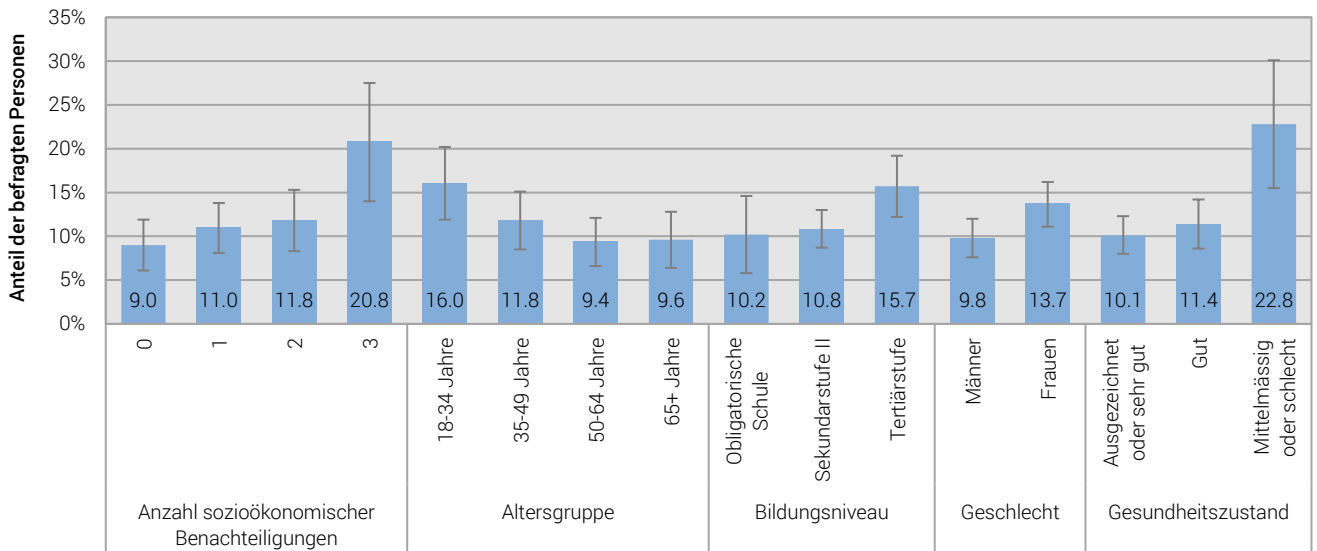
Die Häufigkeit der vermeldeten medizinischen Fehler ist je nach Befragten-Gruppe sehr unterschiedlich: Am häufigsten berichten Personen mit **drei sozioökonomischen Benachteiligungen** von medizinischen Fehlern (20,8 %), gefolgt von Personen mit einem **tertiären Bildungsabschluss** (15,7 %), **Frauen** (13,7 %) sowie Personen im **Alter von 18 bis 34 Jahren** (16,0 %). Dieser Alterseffekt beschränkt sich jedoch auf Personen ohne Migrationshintergrund (18-34 n. s.: 18,7 % vs. 65+ n. s.: 7,6 %). Von den Migrantinnen und Migranten der ersten oder zweiten Generation geben über alle Altersgruppen hinweg rund 12 % an, einen medizinischen Fehler festgestellt zu haben.

Für die Migrantinnen und Migranten der ersten oder zweiten Generation zusammengenommen hat das Bildungsniveau einen Einfluss darauf, ob sie einen medizinischen Fehler festgestellt haben (18,4 % mit tertiärem Bildungsabschluss berichten von medizinischen Fehlern, verglichen mit 10,0 % mit Abschluss obligatorische Schule oder Sekundarstufe II). Bei den Befragten ohne Migrationshintergrund spielt das Bildungsniveau hingegen praktisch keine Rolle.

Weiterführende Analysen sollten klären, inwieweit eine höhere Melderate auf tatsächliche Unterschiede im Auftreten dieser Ereignisse hindeutet, ob sie auf Kommunikationsprobleme mit den Leistungserbringern zurückzuführen oder ob sie Ausdruck einer höheren Sensibilität für die Erkennung von Ereignissen ist, die als Fehler wahrgenommen werden. Diese Mechanismen sind möglicherweise nicht für alle betrachteten Befragten-Gruppen die gleichen.

Im Übrigen geben 22,8 % der Befragten mit einem als **mittelmässig oder schlecht bezeichneten Gesundheitszustand** an, einen medizinischen Fehler festgestellt zu haben. Bei den übrigen Befragten-Gruppen sind es rund 10 %. Es ist effektiv zu erwarten, dass Personen mit schlechterer Gesundheit mehr Gesundheitsleistungen erhalten, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ein Fehler auftritt. Das Risiko von Koordinationsproblemen oder Fehlern steigt ebenfalls mit grösserer Anzahl der beteiligten Leistungserbringer.

**G 3.6 Hat in den letzten zwei Jahren einen medizinischen Fehler festgestellt, nach bestimmten sozioökonomischen und demografischen Merkmalen, Schweiz, 2020**



n=2284

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

**Zeitliche Entwicklung: Von den sozioökonomischen Benachteiligungen abhängige, konstante Rate vermeldeter medizinischer Fehler**

Seit 2010 ist der Anteil der Befragten, die angeben, dass in den letzten zwei Jahren ein medizinischer Fehler vorgefallen ist, mit 11,4 % 2010, 12,6 % 2016 und 11,8 % 2020 stabil geblieben. 2020 berichten die Befragten mit drei sozioökonomischen Benachteiligungen deutlich häufiger als die übrigen befragten Personen von medizinischen Fehlern (20,8 %). Die nach den beiden 2016 verfügbaren Komponenten des Indikators der sozioökonomischen Benachteiligung (Einkommensniveau und Sorge um genügend Geld zum Begleichen der Miete oder Hypothek) ermittelten Resultate deuten ebenfalls darauf hin, dass die Melderate von medizinischen Fehlern nach sozioökonomischen Benachteiligungen konstant ist.



## Dimension Nr. 6 Globale Bewertung der Leistung



### Indikator «Anteil der Befragten, welche die Gesamtleistung des Gesundheitssystems als sehr gut oder gut beurteilen»

Bei der Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme wird in der Regel die gemeinsame Analyse verschiedener Indikatoren zur Gesundheit der Bevölkerung, zu den Resultaten der Gesundheitsversorgung, zur Chancengerechtigkeit oder zur Finanzierung berücksichtigt. Im Rahmen der IHP-Befragung wird bewertet, wie die Befragten die Leistung des Gesundheitssystems gesamthaft beurteilen. Wie die Fragen zur Patientenzufriedenheit ist auch dieser Indikator subjektiver als die fünf übrigen Dimensionen der Patientenerfahrung (finanzieller Zugang, Kontinuität und Koordination, Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin, erhaltene Unterstützung und Patientensicherheit).

Indem dieser Indikator aufzeigt, wie die Bevölkerung die Leistung des Gesundheitssystems wahrnimmt, gibt er dennoch Auskunft über wichtige Aspekte des Vertrauens in das Gesundheitssystem und der Erwartungen an die Verbesserung des Systems.

#### Die Bewertung der Leistung als Abbild der Patientenerfahrung

Mit 88,0 % der Befragten, welche die Leistung als «sehr gut» oder «gut» beurteilten, schnitt die Schweiz bei der Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems 2020 im internationalen Vergleich auf dem ersten Rang ab (Pahud, 2020). Diese Beurteilung wird aber nicht von allen geteilt.

Ein sehr hoher Anteil der Befragten ohne **sozioökonomische Benachteiligung** ist zufrieden mit der Leistung des Gesundheitssystems (93,3 %). Bei den Personen mit drei sozioökonomischen Benachteiligungen ist dieser Anteil tiefer (79,8 %). Ein noch stärkerer sozioökonomischer Gradient zeigt sich bei der Bewertung der medizinischen Betreuung, die in den Arztpraxen erhalten wurde – ein Indikator, der auch für die Messung der Gesamtbewertung der Versorgungsqualität verwendet wird: 79,0 % der Befragten ohne sozioökonomische Benachteiligungen erachten diese als sehr gut oder hervorragend, während dieser Anteil bei den Personen mit drei sozioökonomischen Benachteiligungen 59,2 % beträgt. Für diese beiden Indikatoren stimmt der sozioökonomische Gradient bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Gradienten überein, der für die meisten anderen betrachteten Qualitätsindikatoren beobachtet wird, die direkter auf den Erfahrungen der Befragten basieren.

Aus Sicht des Gesundheitssystems und der Leistungserbringer könnten diese Ergebnisse darauf hindeuten, dass für sozioökonomisch benachteiligte Patientinnen und Patienten zu wenig Zeit und Ressourcen aufgewendet werden. Zudem könnten die Ausbildung des Gesundheitspersonals und die Zusammenarbeit mit den Akteuren aus dem Sozialwesen und aus der Gesundheits-

versorgung verstärkt werden. Aus Patientensicht kann die negativere Bewertung, welche die am stärksten benachteiligten Personen abgeben, mit einem Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem oder dem medizinischen Personal oder mit einer geringeren Gesundheitskompetenz zusammenhängen.

Bei den **Befragten ab 65** erreicht die Zufriedenheit mit der Leistung des Gesundheitssystems 94,9 % und liegt damit höher als bei den jüngeren Altersgruppen. Diese Altersgruppe beurteilt auch die medizinische Versorgung, die sie in Arztpraxen erhalten hat, besonders positiv: 82,0 % erachten sie als hervorragend oder sehr gut. Bei den Befragten im Alter von 18 bis 34 Jahren sind es 63,1 %. Andere Studien haben bereits ergeben, dass das Alter ein wichtiger Prädiktor für die Patientenzufriedenheit ist (Xesfingi & Vozikis, 2016).

**Migrantinnen und Migranten der ersten Generation** beurteilen die Leistung des Gesundheitssystems als weniger gut als Befragte ohne Migrationshintergrund. Sie bewerten auch die erhaltene medizinische Betreuung weniger positiv. An dieser Stelle wird daran erinnert, dass die Migrantinnen und Migranten der ersten Generation bei den anderen Dimensionen der Patientenerfahrung auch die Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und die von diesen erhaltene Unterstützung weniger positiv beurteilen. Denkbar ist insbesondere, dass die sprachlichen und kulturellen Hindernisse oder Barrieren im Zusammenhang mit der Kenntnis des Gesundheits- und Versicherungssystems eine Rolle spielen (De Gani et al., 2021; Stotzer et al., 2006).

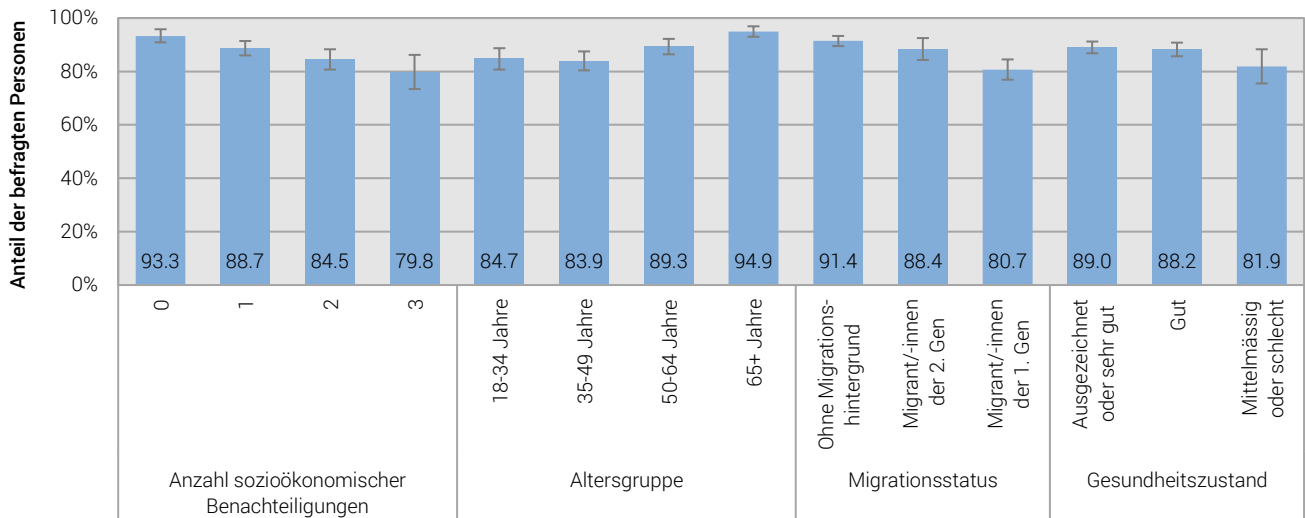
Migrationsstatus und sozioökonomische Benachteiligungen kumulieren sich bei der Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems. 95,6 % der Befragten ohne Migrationshintergrund und ohne sozioökonomische Benachteiligung beurteilen die Leistung des Gesundheitssystems als gut oder sehr gut, während es bei den Befragten ohne Migrationshintergrund mit drei sozioökonomischen Benachteiligungen 82,8 % sind. Bei den Personen mit Migrationshintergrund betragen diese Anteile 88,9 % bzw. 77,5 %.

Im Übrigen sind diejenigen Befragten, die ihre **Gesundheit als mittelmässig oder schlecht** beurteilen, mit der Leistung des Gesundheitssystems tendenziell unzufriedener. Dieser Zusammenhang wurde bereits in zahlreichen Studien festgestellt (z. B. Crow et al., 2002). Basierend auf den hier durchgeführten Analysen ist auch davon auszugehen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen häufiger in einer Situation sind, in der sie ungünstige Erfahrungen (z. B. Koordinationsprobleme oder medizinischer Fehler) machen.

Interessant ist auch, dass das **Bildungsniveau** der Befragten kaum Einfluss auf ihre Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems hat, obwohl bei mehreren Messungen der Patientenerfahrung ein Bildungsabschluss auf tertiärer Stufe mit weniger positiven Resultaten assoziiert war. Aus methodischer Sicht wurde bereits beobachtet, dass die Indikatoren der Zufriedenheit tendenziell ein partielles und optimistisches Bild der Situation ergeben. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die gestellte Frage nicht direkt auf konkrete Situationen bezieht (Grøndahl, 2012). Es kann auch vermutet werden, dass Befragte mit einem höheren Bildungsniveau über ein besseres Verständnis der Grenzen des Gesundheitssystems verfügen können.



**G 3.7 Bezeichnet die Gesamtleistung des Gesundheitssystems als «sehr gut» oder «gut», nach bestimmten sozioökonomischen und demografischen Merkmalen, Schweiz, 2020**



n=2284

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

**Regionale Unterschiede und zeitliche Entwicklung: Bewertung der Versorgungsqualität positiver, mit Ausnahme der italienischsprachigen Schweiz**

Da die Gesamtleistung des Gesundheitssystems 2020 erstmals evaluiert wurde, ist ein zeitlicher Vergleich für diesen Indikator nicht möglich. Hingegen kann die allgemeine Bewertung der Qualität der medizinischen Versorgung für 2016 und 2020 untersucht werden. Dieser Indikator kann als einer der Aspekte betrachtet werden, welche die Gesamtleistung des Gesundheitssystems ausmachen. Zwischen 2016 und 2020 ist der Anteil der Befragten, der die Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut betrachtet, von 65,7 % auf 73,9 % angestiegen (signifikanter Unterschied).

Diese Tendenz betraf aber nicht alle Befragtengruppen im selben Umfang. Bei den Befragten aus der Deutsch- und rätoromanischen Schweiz nahm diese positive Bewertung (Beurteilung der Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut) von 68,2 % auf 76,3 % zu. Das Gleiche gilt für die Westschweiz (Anstieg von 58,0 % auf 69,1 %). Bei den Befragten aus der italienischsprachigen Schweiz war die Entwicklung eher gegenteilig (Abnahme von 66,2 % auf 62,4 %). In der Schweiz fand die Befragung zwischen dem 5. März und 4. Mai 2020 statt. In diesem Zeitraum war der Kanton Tessin besonders stark von der Covid-19-Pandemie betroffen, welche die Schweiz damals erreichte. 2016 hingegen hatten die Befragten aus dem Kanton Tessin am häufigsten die Meinung geäußert, dass für ein besseres Funktionieren des Gesundheitssystems nur kleine Änderungen nötig sind (68,8 % gegenüber rund 57,0 % bei den Befragten der übrigen Sprachregionen). Im Üb-

rigen zeigt eine andere, Anfang 2021 durchgeführte repräsentative Studie, dass in der französischsprachigen Schweiz 77 % und in der italienischsprachigen Schweiz 60 % der Befragten erklärten, dass die Covid-19-Krise einen positiven Einfluss auf ihre Wahrnehmung des Gesundheitswesens hatte. Demgegenüber hatten in der Deutschschweiz nur 31 % der Befragten eine solche positive Wahrnehmungsverschiebung festgestellt (Bieri et al., 2021).

Die Verbesserung der Beurteilung der Versorgungsqualität ins Positive ist hauptsächlich auf Personen ohne Migrationshintergrund zurückzuführen. 2016 unterschieden sich die Resultate nicht signifikant nach Migrationsstatus. 2020 hingegen liegt der Anteil der Befragten, welche die Qualität der medizinischen Versorgung als hervorragend oder sehr gut bezeichnen, bei Migrantinnen und Migranten der ersten Generation (67,0 %) tiefer als bei Personen ohne Migrationshintergrund (78,0 %, signifikanter Unterschied).

# 4 Diskussion

## 4.1 Wichtigste Resultate

Die Analyse der Daten der IHP-Befragung 2020 hat wichtige Erkenntnisse in Bezug auf die Benachteiligungserfahrungen bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz ergeben. Dieser befragungsgestützte Ansatz macht deutlich, dass die Patientensicht für das Verständnis der Versorgungserfahrung grundlegend ist und die Ansätze ergänzt, die auf administrativen Routinedaten basieren.

Die in dieser Studie aufgezeigten Benachteiligungserfahrungen wurden in jeder der untersuchten Dimensionen der Versorgungsqualität festgestellt. Besonders stark ausgeprägt sind sie beim Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus Kostengründen sowie bei der Unterstützung, welche die Befragten mit einer chronischen Erkrankung durch die Gesundheitsfachpersonen erhalten haben. Auch im Zusammenhang mit aufgetretenen unerwünschten Ereignissen sind – wenn auch in geringerem Ausmass – Benachteiligungen auszumachen: Diese betreffen (von den Patientinnen und Patienten vermeldete) medizinische Fehler sowie widersprüchliche Angaben, die von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten und von medizinischem Personal erhalten wurden. Schliesslich werden die Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und die Gesamtleistung des Gesundheitssystems gesamthaft positiv, aber von den einzelnen Befragten unterschiedlich bewertet.

Für jeden der untersuchten Qualitätsindikatoren wird ein **sozioökonomischer Gradient** beobachtet: Personen mit mehreren **sozioökonomischen Benachteiligungen** berichten grundsätzlich von negativeren Erfahrungen und geben negativere Beurteilungen ab als Befragte ohne oder mit wenigen sozioökonomischen Benachteiligungen. Besonders ausgeprägt ist dieser Effekt bei der Unterstützung, die Befragte mit mindestens einer chronischen Erkrankung erhalten haben, und beim Verzicht auf Gesundheitsleistungen aufgrund der Kosten. Personen mit mehreren sozioökonomischen Benachteiligungen geben ebenfalls häufiger an, keine Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen zu haben, weil sie keinen guten Arzt oder keine gute Ärztin kennen und ihnen das Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Untersuchungen oder Behandlungen fehlt.

Beim **Migrationsstatus** zeigt sich, dass Migrantinnen und Migranten der ersten Generation die Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten weniger positiv beurteilen. Das betrifft insbesondere die Verständlichkeit der Informationen und die Unterstützung, die sie für einen besseren Umgang mit Gesundheitsproblemen im Fall chronischer Erkrankungen erhalten

haben. Bei diesen beiden Qualitätsdimensionen berichten vor allem die jungen Migrantinnen und Migranten von den negativsten Erfahrungen mit ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder mit medizinischem Personal. Bei den Erfahrungen betreffend die Koordination und Sicherheit der Versorgung scheint der Alterseffekt bei Migrantinnen und Migranten weniger stark zu sein. Dies weist darauf hin, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund weiterhin eine wichtige Zielgruppe für die Verbesserung der Versorgungsqualität bilden. Beim Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus Kostengründen scheint der Migrationsstatus im Vergleich zur sozioökonomischen Situation eine geringere Rolle zu spielen. Hingegen verzichten Migrantinnen und Migranten der ersten Generation häufiger auf Gesundheitsleistungen, weil sie sprachliche Schwierigkeiten antreffen oder keinen guten Arzt oder keine gute Ärztin kennen. Diesen Resultaten entsprechend bewerten Migrantinnen und Migranten der ersten Generation die Leistung des Gesundheitssystems und die Qualität der Versorgung in Arztpraxen weniger gut.

Zu Personen, die in **Einelternhaushalten** leben, liegen aufgrund der kleinen Anzahl der betreffenden Befragten in repräsentativen Stichproben wenige Ergebnisse vor. Es scheint sich allerdings um eine Gruppe zu handeln, die ein besonders grosses Risiko aufweist, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten. Der Zugang zur Versorgung wird hauptsächlich durch Kostengründe eingeschränkt. Ebenfalls erwähnt werden aber mangelnde Zeit wegen der Betreuung von Kindern und fehlendes Vertrauen in das Gesundheitssystem. Personen in Einelternhaushalten mit mindestens einer chronischen Erkrankung erklären auch, für den Umgang mit ihrem Gesundheitsproblem weniger häufig voll und ganz so viel Unterstützung erhalten zu haben, wie sie nötig gehabt hätten.

Für jeden der Qualitätsindikatoren zeigt sich auch ein **Alters-effekt**. Die Resultate sind bei jüngeren Altersgruppen grundsätzlich nachteiliger als bei älteren Altersgruppen. Am stärksten war dieser Effekt für die von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen erhaltenen widersprüchlichen Angaben (Dimension Kontinuität und Koordination der Versorgung) und für die erhaltene Unterstützung bei Befragten mit mindestens einer chronischen Erkrankung. In Anbetracht dieses Altersgradienten sollte versucht werden, die Bedürfnisse und Erwartungen der jüngeren Altersgruppen an das Gesundheitssystem noch genauer zu untersuchen.

Interessant ist auch die Feststellung, dass Befragte mit einem höheren **Bildungsniveau** die Koordination zwischen Gesundheitsfachpersonen als weniger gut beurteilen. Besonders spürbar ist der Bildungseffekt bei den Befragten mit Migrationshintergrund,

die häufiger von medizinischen Fehlern berichten und eher auf Gesundheitsleistungen verzichten, wenn sie einen Bildungsabschluss auf Tertiärstufe haben. Eine mögliche Erklärung könnte darin bestehen, dass sich diese Personen besser im Gesundheitssystem orientieren können und deshalb in manchen Fällen vielleicht einen kritischeren Blick darauf haben. Beim Versorgungsverzicht sollte auch die Rolle der Franchise eingehender untersucht werden.

Was die **Geschlechterunterschiede** anbelangt, berichteten Frauen häufiger von medizinischen Fehlern und Koordinationsproblemen. In den Altersgruppen ab 50 scheinen mehr Männer als Frauen aus finanziellen Gründen keine Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Demgegenüber verzichten Frauen häufiger auf Gesundheitsleistungen, weil sie keinen guten Arzt oder keine gute Ärztin kennen, weil sie die Ergebnisse fürchten oder weil sie Angehörige betreuen.

Unterschiede wurden schliesslich auch je nach **selbst eingeschätztem Gesundheitszustand** der Befragten festgestellt. Personen, die ihre Gesundheit als mittelmässig oder schlecht beurteilen, berichten häufiger, widersprüchliche Angaben von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten und von medizinischem Personal erhalten und medizinische Fehler festgestellt zu haben. Da von häufigeren Kontakten mit dem Gesundheitssystem für diese Befragten ausgeht, ist sie diesem Risiko folglich stärker ausgesetzt. Allerdings wird auch beobachtet, dass diese Resultate mit einer weniger positiven Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems einhergehen.

## 4.2 Grenzen der Studie und Perspektiven

Aus der Studie lassen sich wertvolle Erkenntnisse für die Chancengleichheit in Bezug auf die Qualität des Schweizer Gesundheitssystems gewinnen. Die Studie wirft aber auch verschiedene Fragen hinsichtlich der Identifizierung der Zielgruppen und der erklärenden Mechanismen auf.

Bei der **Definition der möglichen Zielgruppen** für Präventions- und Interventionsmassnahmen ist darauf hinzuweisen, dass sich die IHP-Befragung auf den Stichprobenrahmen des BFS abstützt und ausschliesslich in den Amtssprachen (Deutsch, Französisch und Italienisch) zur Verfügung steht. Folglich sind Personen, die nicht in einem Privathaushalt leben (z. B. Personen ohne festen Wohnsitz oder Personen, die in einer Institution leben) oder die keine Amtssprache genügend gut beherrschen, von der Erhebung ausgeschlossen. Ebenso können keine Schlussfolgerungen über Personen im Asylverfahren oder Sans-Papiers gezogen werden, da diese in der Stichprobe nicht oder nur unvollständig enthalten sind.

Zudem sind die vorliegend für die Analyse verwendeten Gruppen relativ allgemein gefasst. Es müssten deshalb spezifische Merkmale identifiziert werden, die eine mangelnde Chancengerechtigkeit bei der Gesundheitsversorgung zur Folge haben. So ist beispielsweise der Migrationsstatus der Befragten bekannt, nicht aber die Aufenthaltsdauer, das Herkunftsland oder der Aufenthaltsstatus.

Auch die Indikatoren des sozioökonomischen Status können verbessert werden, beispielsweise mit einer genaueren Messung des Einkommens oder mit Berücksichtigung des Vermögens. In künftigen Analysen könnten zudem weitere benachteiligungsrelevante Merkmale berücksichtigt werden, etwa die sexuelle Orientierung oder die Geschlechtsidentität. Aus der Perspektive der Intersektionalität sollte im Übrigen das Zusammenspiel dieser verschiedenen Merkmale systematisch erfasst werden. Wirken sie kumulativ oder treten sie in bestimmten Konstellationen in Erscheinung? Mit unseren Analysen konnten diese Fragen teilweise geklärt werden. Um ein detaillierteres Bild der Benachteiligungen bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu erhalten, sind aber noch weitere Untersuchungen nötig, insbesondere anhand grösserer Stichproben.

Die **Mechanismen des Zusammenhangs** zwischen den festgestellten benachteiligungsrelevanten Merkmalen und der Qualität des Gesundheitssystems sollten ebenfalls präzisiert werden. In einer in den USA durchgeführten Studie, in der Patientinnen und Patienten mit niedrigem Einkommen systematisch über schlechtere Erfahrungen mit der Versorgungsqualität berichteten, legen die Forschenden nahe, dass die erklärenden Faktoren sowohl auf der Ebene des Gesundheitssystems und der Leistungserbringer als auch auf Patientenseite liegen (Okunrintemi et al., 2019). Zum einen können diese Mechanismen auf **Seiten des Gesundheitssystems und der Leistungserbringer** mit einer mangelnden Ausrichtung auf die Bedürfnisse aller Patientinnen und Patienten zu verorten sein. Ein Teil der negativen Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung kann durch Diskriminierungserfahrungen der Patientinnen und Patienten erklärt werden. Benachteiligungen beim Zugang oder diskriminierende Behandlungen können das Vertrauen in das Gesundheitssystem schwächen und die Zufriedenheit mit der Versorgung verringern. Diese Erfahrungen können auch zur Folge haben, dass auf Gesundheitsleistungen verzichtet wird (Glover et al., 2017; Krüger et al., 2022; Rivenbark & Ichou, 2020). Wie alle Menschen besitzt auch das Gesundheitspersonal implizite Einstellungen, die dazu führen können, dass es Vorurteile entwickelt und ein diskriminierendes Verhalten gegenüber benachteiligten Gruppen zeigt (Dominicé Dao & Bodenmann, 2018). Das Gesundheitspersonal kann geschult werden, um es für diese zum Teil unbewussten Mechanismen zu sensibilisieren und ihm die Entwicklung von (z. B. transkulturellen) Kompetenzen und Strategien zu ermöglichen, damit eine chancengerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten gewährleistet ist.

Weiter können sprachliche Verständigungsschwierigkeiten zwischen Gesundheitsfachpersonen und allophonen Patientinnen und Patienten die medizinische Betreuung behindern und den Therapieerfolg beeinträchtigen (Genovese et al., 2023; Ortega et al., 2020). Dies zeigt, wie wichtig eine Sensibilisierung der Gesundheitsakteure für die transkulturellen klinischen Besonderheiten ist, und wirft - je nach Situation der einzelnen Patientinnen oder Patienten - die Frage nach einem möglichen und wünschenswerten Einsatz von interkulturell Dolmetschenden auf.

Um den komplexen Bedürfnissen vulnerabler Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, wurden bereits zahlreiche Strukturen geschaffen. Oft könnte die Zusammenarbeit zwischen

den Akteuren aus dem Sozialwesen und aus der Gesundheitsversorgung aber enger sein. Auch das Gesundheitspersonal könnte für den Umgang mit den sozialen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten noch besser ausgebildet und ausgerüstet sein (Bayer-Oglesby et al., 2020; Bodenmann et al., 2018).

Auf **Patientenseite** könnten diese Resultate zum Teil durch die Gesundheitskompetenz zu erklären sein. Bei Personen, denen finanzielle Ressourcen fehlen, die wenig soziale Unterstützung oder Schwierigkeiten mit der Verständigung in einer lokalen Landessprache haben, ist in der Regel auch die Gesundheitskompetenz tiefer (De Gani et al., 2021; Wieber et al., 2022). Das beeinträchtigt insbesondere ihre Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zu orientieren, und könnte eine geringere Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung erklären (Altin & Stock, 2016). Andererseits kann eine hohe Gesundheitskompetenz mit einer fortgeschrittenen Fähigkeit, über für die Gesundheit entscheidende Faktoren und Prozesse nachzudenken, sich kritisch mit Gesundheitsinformationen auseinanderzusetzen und die Komplexität der Dienste besser zu verstehen, in Verbindung gebracht werden (Abel & McQueen, 2020 ; De Gani et al., 2023). Diese Kompetenzen könnten auch einer grösseren Aufmerksamkeit für die Systemschwächen zugrunde liegen und einen Teil der von den Befragten mit hohem Bildungsniveau berichteten Fehler oder Koordinationsmängel erklären.

Wie sich diese Mechanismen – Angebot und Organisation des Gesundheitssystems, Haltungen und Praktiken der Gesundheitsfachpersonen, Ressourcen, Kompetenzen und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten – relativ auswirken, ist sowohl auf individueller als auch auf Systemebene und durch Messung der Wechselwirkung zwischen Person und System noch weiter zu untersuchen.

Die Analyse beinhaltet zudem **Messungen der Patientenerfahrungen** (PREMs). Diese Indikatoren gelten zwar als objektiver als die Messungen der Patientenzufriedenheit. Sie können aber dennoch einen subjektiven Anteil enthalten, der den Vergleich erschwert. Denn es zeigt sich, dass die Bewertung der Qualität des Gesundheitssystems in ihren verschiedenen Komponenten durch die Bedürfnisse, Erwartungen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten beeinflusst wird. Wie diese Erwartungen und Präferenzen je nach Merkmalen der Befragten gebildet werden, ist ein Bereich, der noch wenig erforscht ist. Entsprechende vertiefte Kenntnisse könnten den Forschenden bei der Interpretation der Benachteiligungserfahrungen bei der Gesundheitsversorgung als Leitplanke dienen. Die **Berücksichtigung der Bedürfnisse und Präferenzen der Patientinnen und Patienten** ist im Übrigen ein Kernelement einer patientenzentrierten Versorgung.

Da die Qualitätsziele für sozial benachteiligte Gruppen häufig schwieriger zu erreichen sind (Cookson et al., 2018), ist es besonders wichtig, dass die Dimension der Chancengleichheit in der Analyse der Qualität eines Gesundheitssystems hinreichend berücksichtigt wird. Dafür müssen die bestehenden Datengrundlagen (Befragungen und administrative Routinedaten) künftig spezifische Angaben zur sozioökonomischen Lage, zum Migrationsstatus und zu anderen Benachteiligungsmerkmalen umfassen. Zu diesem Zweck können beispielsweise die Voraussetzungen

geschaffen werden, um diese Informationen durch Datenverknüpfungen zu ergänzen.

Der Beitrag dieser Studie ist auch im Gesamtkontext der Entwicklung der öffentlichen Politik zu betrachten: In Europa (z. B. EuroHealthNet, 2021) und in Kanada hat der generelle Trend, die Chancengleichheit bei der Gesundheitsversorgung als übergreifendes Ziel in die Gesundheitspolitik oder öffentliche Politik im weiteren Sinne (mit dem Ziel der Intersektorialität) aufzunehmen, seine Wirkung bereits gezeigt. Neben dieser Verankerung der Chancengleichheit auf der strategischen Ebene der öffentlichen (Gesundheits-)Politik ist auf die wachsende Aufmerksamkeit der **Gesundheitsakteure** in der Praxis für dieses Thema sowohl in der Schweiz als auch international hinzuweisen. Dies gilt besonders seit der Covid-19-Pandemie. In der Schweiz hat das Ende 2022 neu gebildete Netzwerk *Swiss Health Network for Equity* (ehemals *Swiss Hospitals for Equity*) zum Ziel, das Wissen über die Herausforderungen der gesundheitlichen Chancengleichheit zu vertiefen, den Austausch zwischen den in der Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen, insbesondere Migrantinnen und Migranten, aktiven Schlüsselakteuren zu erleichtern und die Weitergabe von Wissen und guten Praktiken zu fördern.

### 4.3 Schlussfolgerung

Der Beitrag der vorliegenden Studie beruht insbesondere darauf, dass sich die Berücksichtigung der Dimension der Chancengleichheit als sehr aufschlussreich erweist: Während die Schweiz in den internationalen Studien und standardisierten Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Regel sehr gut abschneidet, sind die positiven Ergebnisse aufgrund der vorliegenden Analyse zu differenzieren. Auch in einem insgesamt leistungsfähigen und qualitativ guten Gesundheitssystem kann die Chancengerechtigkeit beim Zugang zum Gesundheitssystem und bei der Qualität der Versorgung stark variieren.

Zudem gilt es zu beachten, dass die Covid-19-Krise die gesundheitlichen Benachteiligungen noch verschärft hat. In diesem Kontext – der auch die Schweiz betrifft – fordert diese Studie zu weiterführenden Analysen auf, um die Faktoren, die der mangelnden Chancengleichheit zugrunde liegen, und die besonderen Merkmale der betroffenen Bevölkerungsgruppen besser zu verstehen. Eine solche Informationsgrundlage wird benötigt, um die Akteure des Gesundheitswesens, die politisch Verantwortlichen und die Leistungserbringer zu sensibilisieren. Nur wenn Probleme der Chancengleichheit mit geeigneten Indikatoren gemessen werden, ist es möglich, ein System auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abzustimmen, und die getroffenen Massnahmen zu beurteilen und zu verbessern, um eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können.

# 5 Quellenverzeichnis

- Abel, T., & Benker, R. (2022). Critical health literacy: reflection and action for health. *Health Promotion International*, 37, 1-8. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac114>
- Altin, S.V., & Stock, S. (2016). The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Serv Res*, 16, 450. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
- Arditi, C., & Peytremann-Bridevaux, I. (2021). Giving patients a voice about cancer care: should Switzerland do more to collect patients' experiences of cancer care?. Swiss Learning Health System.
- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., ... & Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71, 522-554.
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N. & Zumbrunn, A. (2020). Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen (Obsan Bericht 11/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Beltran, G. (2017). Explications et modes de justification du renoncement aux soins dans une population ruralo-agricole. Rôles et ajustements d'un modèle de masculinité traditionnelle. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-1, 87-107.
- Bieri U., Ph. Kocher, J., Doriot, A., Seebacher, L. & Muradova, N. (2021). Das Wichtigste in Kürze zum Gesundheitsmonitor 2021. Basel: Interpharma.
- Bodenmann, P., Jackson, Y., Bischoff, T., Vaucher, P., Diserens, E.-A., Madrid, C., Althaus, F., & Wolff, H. (2018). Déterminants sociaux de la santé et précarité : quels rôles pour le médecin ? In P. Bodenmann, Y. Jackson, & H. Wolff (Eds.), *Vulnérabilités, équité et santé* (pp. 21-27). Chêne-Bourg: RMS.
- Boes, S., Kaufmann, C., & Marti, J. (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Brunner L., Eggli Y., Marti J., Moschetti K., Nicolet A., & Spycher J., (2023, demnächst). Réadmissions hospitalières et désavantage socioéconomique en Suisse. Studie im Auftrag des BAG. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2008). Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: BAG
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020-2030 (Santé2030).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2022). Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie). Bern: BAG.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). Finanzielle Entbehrungen in der Gesundheitsversorgung nach Armutsrisiko oder materieller Entbehrung, 2017. Neuenburg: BFS
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). Armut im Alter. Aktualisierung 2020. Neuenburg: BFS
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). Armut und Deprivation. Neuenburg : BFS. Site internet : [Armut und Deprivation | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html?lang=fr&code=1&code2=1&code3=1&code4=1&code5=1&code6=1&code7=1&code8=1&code9=1&code10=1&code11=1&code12=1&code13=1&code14=1&code15=1&code16=1&code17=1&code18=1&code19=1&code20=1&code21=1&code22=1&code23=1&code24=1&code25=1&code26=1&code27=1&code28=1&code29=1&code30=1&code31=1&code32=1&code33=1&code34=1&code35=1&code36=1&code37=1&code38=1&code39=1&code40=1&code41=1&code42=1&code43=1&code44=1&code45=1&code46=1&code47=1&code48=1&code49=1&code50=1&code51=1&code52=1&code53=1&code54=1&code55=1&code56=1&code57=1&code58=1&code59=1&code60=1&code61=1&code62=1&code63=1&code64=1&code65=1&code66=1&code67=1&code68=1&code69=1&code70=1&code71=1&code72=1&code73=1&code74=1&code75=1&code76=1&code77=1&code78=1&code79=1&code80=1&code81=1&code82=1&code83=1&code84=1&code85=1&code86=1&code87=1&code88=1&code89=1&code90=1&code91=1&code92=1&code93=1&code94=1&code95=1&code96=1&code97=1&code98=1&code99=1&code100=1)
- Cookson, R., Asaria, M., Ali, S., Shaw, R., Doran, T., & Goldblatt, P. (2018). Health equity monitoring for healthcare quality assurance. *Social Science & Medicine*, 198, 148-156. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.004>
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. & Thomas, H. (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*, 6, 1-244. <https://doi.org/10.3310/hta6320>
- De Gani, S.M., Beese, A.-S., Guggiari, E., & Jaks, R. (2023, forthcoming). *A concept paper on health literacy*. On behalf of the Swiss Federal Office of Public Health (FOPH), Bern.
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., & Kocher, J. P. (2021). Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zurich: Careum Stiftung; Available from: Health Literacy (admin.ch).
- de Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I., & Stringhini, S. (2022). Forgoing healthcare in Switzerland. Prevalence, determinants, and consequences. Report commissioned by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH.
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17, 1-288.



- Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé*, 170, 1-6.
- Djalali, S. & Rosemann, T. (2015). Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Dominicé Dao, M. & Bodenmann, P. (2018). Ce que l'autre peut susciter chez nous: préjugés, stéréotypes et discrimination dans la pratique clinique. In P. Bodenmann, Y. Jackson, & H. Wolff (Eds.), *Vulnérabilités, équité et santé* (pp. 107-114). Chêne-Bourg: RMS.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, 3, e001570.
- EuroHealthNet (2021). An Economy of Wellbeing for Health Equity. Fostering a transition towards healthier, more inclusive, and sustainable societies. [Policy précis](#).
- Fujisawa, R. and N. Klazinga (2017), "Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016", OECD Health Working Papers, No. 102, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/893a07d2-en>.
- Genovese, E., Page, K. R., Cailhol, J., & Jackson, Y. (2023). Learning from the COVID-19 pandemic response to strengthen undocumented migrant-sensitive health systems: case studies from four countries. *The Lancet Regional Health – Europe*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100601>
- Glover, L.M., Sims, M. & Winters, K. (2017). Perceived discrimination and reported trust and satisfaction with providers in African Americans: The Jackson Heart Study. *Ethnicity & Disease*, 27, 209-216. doi:10.18865/ed.27.3.209
- Grøndahl, V. (2012). *Patients' perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital*. Dissertation. Karlstad: Karlstad University Studies.
- Guessous, I., Gaspoz, J.M., Theler, J.M., & Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine*, 55, 521-527. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.08.005>
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S. & Rudin, M. (2020). Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J. & Hümbelin, O. (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -Verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit. Bern/Winterthur: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Krüger, P., Pfister A., Eder, M., & Mikolasek, M. (2022). Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz. Schlussbericht zuhanden des BAG. Bern: BAG
- 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 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Merçay, C. (2018). Privation ou renoncement aux soins dentaires. Explication des différences de résultats entre les enquêtes SILC et IHP. Situation économique et sociale de la population. Rédaction conjointe Obsan et OFS (SILC). Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OECD / WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. OECD Publishing.
- OECD (2017). Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé. Éditions OCDE, Paris.
- OECD (2019). Measuring What Matters: the Patient-Reported Indicator Surveys Patient-reported indicators for assessing health system performance. Éditions OCDE, Paris.
- OECD (2021). Health Statistics 2021.
- Okunrintemi, V., Khera, R., Spatz, E. S., Salami, J. A., Valero-Elizondo, J., Warraich, H. J., Virani, S. S., Blankstein, R., Blaha, M. J., Pawlik, T. M., Dharmarajan, K., Krumholz, H. M., & Nasir, K. (2019). Association of Income Disparities with Patient-Reported Healthcare Experience. *Journal of general internal medicine*, 34, 884-892. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04848-4>
- Ortega, P., Martínez, G., & Diamond L. (2020). Language and Health Equity during COVID-19: Lessons and Opportunities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 31, 1530-1535. <https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0114>
- Pahud, O. (2020). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich (Obsan Bericht 12/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rivenbark, J. G. & Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>
- Spiess, M. & Schnyder-Walser, K. (2018). Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz – Hintergrunddokument. Bern: socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Spycher, J., Morisod, K., Egli, Y., Moschetti, K., Le Pogam, M.-A., Peytremann-Bridevaux, I., Bodenmann, P., & Marti, J. (2021). Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. New Evidence and Challenges. Report commissioned by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH.

Stotzer, U., Efionayi-Mäder, D., & Wanner, P. (2006). *Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier : analyse des lacunes existantes et recommandations*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.

Vincent, C., & Staines, A. (2019). *Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizerischen Gesundheitswesens*. Bern: BAG.

Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK.

WHO (2023). Health Equity. Retrieved August 9, 2023, from [https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1)

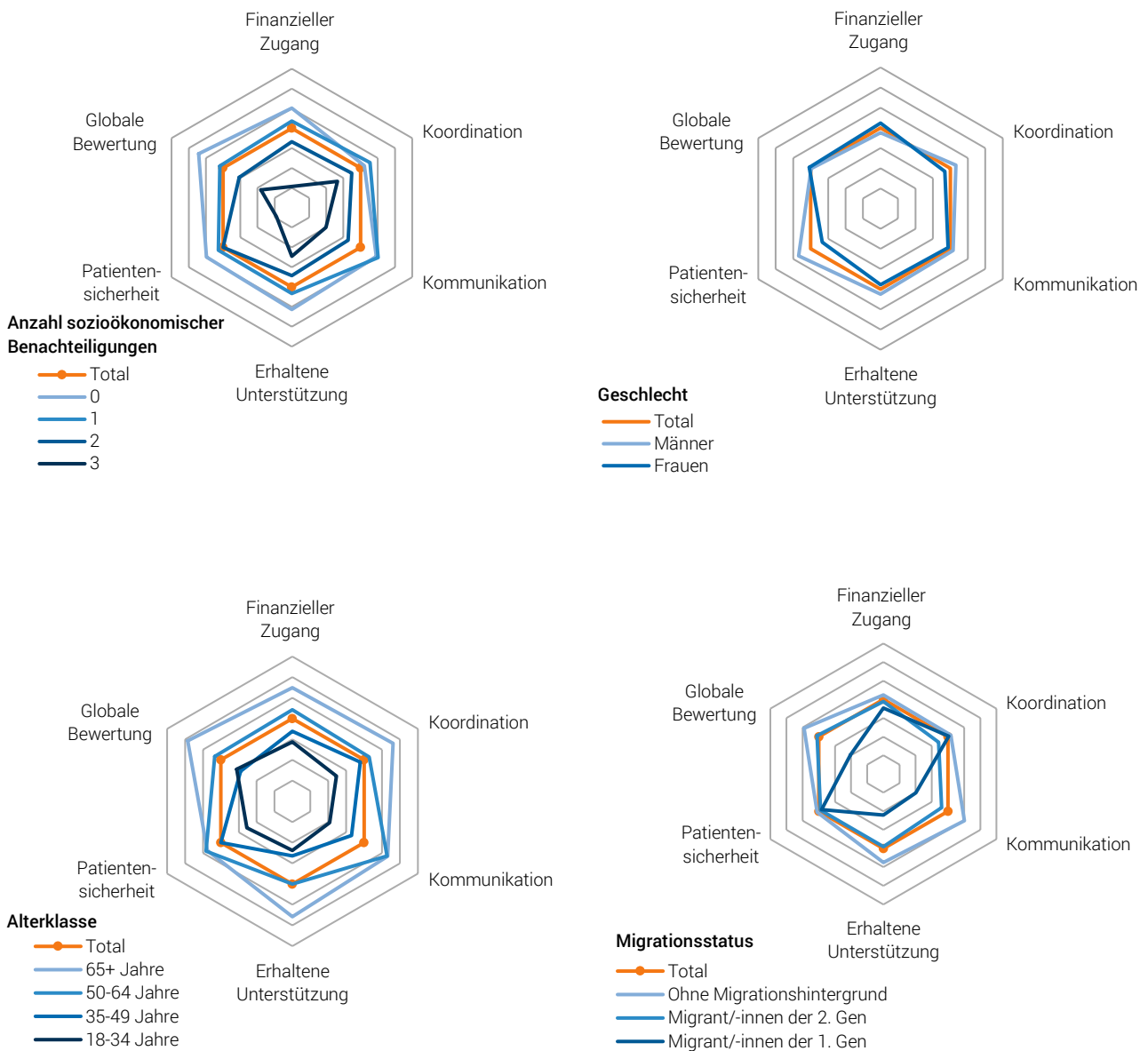
Wieber, F., Ackermann, G., Juvalta, S., & Marti, S. (2022). *Gesundheitskompetenz in herausfordernden Kontexten. Eine Bedarfsanalyse zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Menschen in schwierigen Lebenslagen durch sozialberatende Stellen. Schlussbericht zuhanden der Allianz Gesundheitskompetenz*.

Xesfingi, S. & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Serv Res*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>

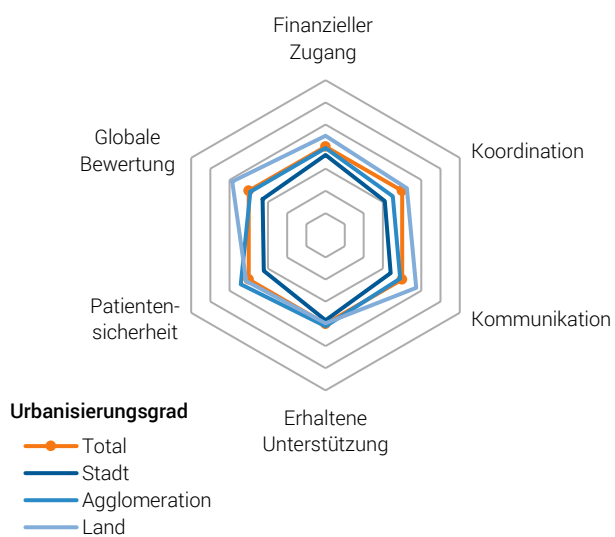
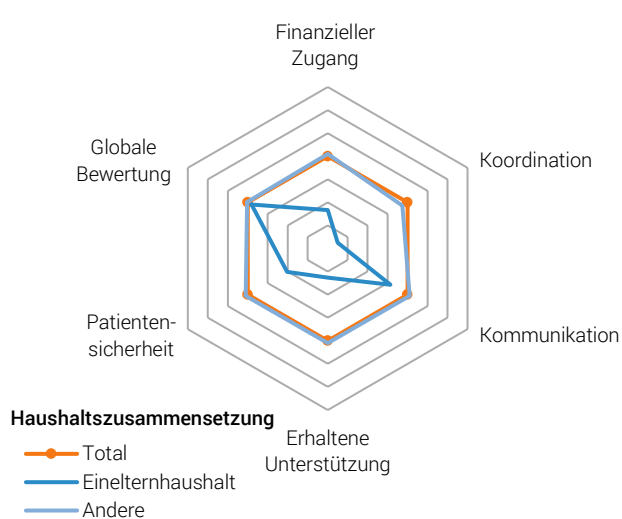
Zumbrunn, A., Bachmann, N., Bayer-Oglesby, L., Joerg, R. & SIHOS Team (2022). Social disparities in unplanned 30-day readmission rates after hospital discharge in patients with chronic health conditions: A retrospective cohort study using patient level hospital administrative data linked to the population census in Switzerland. *PLoS One*, 17, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273342>

# 6 Anhänge

**G 6.1 Qualitätsindikatoren und Konstellation der Benachteiligungen nach bestimmten sozioökonomischen und demografischen Merkmalen, Schweiz, 2020**







Hinweis: Diese Schemata dienen der Illustration. Je näher ein Punkt am Rand des Diagramms liegt, desto positiver ist das Resultat. Die Werte der verschiedenen Indikatoren werden in Form von Indizes ausgedrückt. Auf diese Weise können die verschiedenen Befragten Gruppen miteinander verglichen und im Verhältnis zum Schweizer Mittelwert positioniert werden. Die Daten wurden standardisiert, sodass alle Indikatoren denselben Mittelwert für die Schweiz aufweisen.







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.