



OBSAN BERICHT

04/2021

Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung

Cornel Kaufmann, Zora Föhn, Andreas Balthasar



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

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

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autoren

- Dr. Cornel Kaufmann, (Interface Politikstudien Forschung Beratung GmbH)
- Zora Föhn, Prof. Dr. Andreas Balthasar (Universität Luzern, Departement für Gesundheitswissenschaften und Medizin)

Begleitgruppe

- Dr. phil. Samuel Allemann, PharmaSuisse, Swiss Young Pharmacists Group
- Stephan Bachmann, SPO Patientenorganisation
- Dr. med. Monika Diebold, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan
- Dr. med. et phil. Stefan Essig, Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care Luzern
- Annette Grünig, Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
- Dr. phil. Renata Josi, Curafutura
- Roswitha Koch, Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen SBK
- Dr. med. Carlos Quinto, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
- René Schaffert, Competence Network for Health Workforce der Hochschulen Gesundheit
- Dr. phil. Björn Uhlmann, Bundesamt für Gesundheit BAG
- Petra Wittwer-Bernhard, OdaSanté

Dank

Wir danken allen, die diese Studie mit Förderbeiträgen ermöglicht haben, sowie den Mitgliedern der Begleitgruppe für ihre fachliche Unterstützung. Ein besonderer Dank gilt dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium.

Projektleitung Obsan

Monika Diebold

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 04/2021

Zitierweise

Kaufmann, C., Föhn, Z. & Balthasar, A. (2021). *Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung* (Obsan Bericht 04/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

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

Originaltext

Deutsch

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

iStock.com/MatjazSlanic

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2021

Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2104

ISBN

978-2-940670-14-7



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

Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung

Autorinnen/Autoren Cornel Kaufmann, Zora Föhn, Andreas Balthasar

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2021

UNIVERSITÄT
LUZERN

I N T E R F A C E

Schafft Wissen | Entre science et pratique



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



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
Bundesamt für Gesundheit BAG

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3	3.2.6 Mitwirkung bei der Entscheidung über die Behandlung	39
		3.2.7 Koordinationsperson	40
		3.2.8 Zuteilung der Koordinationsperson	42
Zusammenfassung	4	3.3 Kombinierte Präferenzen für Modelle der ambulanten Grundversorgung	43
Résumé	6	3.3.1 Gesamtbevölkerung	43
		3.3.2 Unterschiede zwischen Personen mit und ohne chronische/r Erkrankung	46
		3.3.3 Unterschiede zwischen den Altersgruppen	48
		3.3.4 Regionale Unterschiede	50
		3.3.5 Unterschiede zwischen den Geschlechtern	50
		3.3.6 Unterschiede in Abhängigkeit von der Internetnutzung	50
		3.3.7 Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen	52
1 Einleitung	8	3.4 Welche Präferenzen hat die Bevölkerung hinsichtlich längerfristigen Trends der medizinischen Grundversorgung?	52
1.1 Momentane Situation und Trends in der ambulanten Gesundheitsversorgung	8	3.4.1 Sensoren	52
1.2 Inhalt dieser Studie	9	3.4.2 Zukünftige Pflege	52
1.3 Wissenschaftliche Einbettung dieser Studie	10	3.4.3 Organisation des Gesundheitssystems	53
1.3.1 Zukünftige Versorgungsmodelle	10		
1.3.2 Präferenzen hinsichtlich Aspekte zukünftiger Versorgungsmodelle	11	4 Diskussion und Fazit	54
1.3.3 Unterschiede nach soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen und Situationen der Patientinnen und Patienten	15	4.1 Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse aus der Befragung	54
1.4 Aufbau der Studie	17	4.1.1 Bedeutung unterschiedlicher Merkmale für die zukünftige ambulante Grundversorgung	54
		4.1.2 Was wünschen sich die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen?	56
2 Methodik und Design	18	4.1.3 Konsequenzen aus der Erhebung für die Gestaltung der ambulanten Versorgung	58
2.1 Bevölkerungsbefragung	18	4.2 Limitationen	60
2.1.1 Erhebungsmethode	18	4.2.1 Ist ein Blick in die Zukunft zweckmässig?	60
2.1.2 Verteilung der Stichprobe	19	4.2.2 Ist ein Discrete-Choice-Experiment nicht zu anspruchsvoll?	60
2.1.3 Inhalt der Befragung	20	4.2.3 Sind die Leitideen der integrierten Versorgung in 20 Jahren nicht veraltet?	61
2.2 Beschreibung des Discrete-Choice-Experiments	20	4.3 Ausblick	61
2.2.1 Grundlagen des Ansatzes	20		
2.2.2 Ausarbeitung des DCE in der vorliegenden Untersuchung	21	5 Literaturverzeichnis	62
2.2.3 Statistische Auswertungsmethoden	23		
3 Resultate	26	6 Anhang	68
3.1 Zufriedenheit mit der medizinischen Grundversorgung	26	6.1 Situationen des Discrete-Choice-Experiments	68
3.1.1 Generelle Zufriedenheit	26	6.2 Zufriedenheit und Vertrauen nach Untergruppen	69
3.1.2 Zufriedenheit spezifischer Gruppen der Bevölkerung	26	6.3 Verteilungen der Merkmale	74
3.1.3 Exkurs: Vertrauen ins Gesundheitssystem und Veränderungen durch die Covid-19-Pandemie	28	6.4 Regression der Merkmale	85
3.1.4 Zwischenfazit	29	6.5 Regressionen Discrete-Choice-Experiment	97
		6.6 Zukunftsszenarios	110
3.2 Präferenzen hinsichtlich einzelner Merkmale der Grundversorgung	30		
3.2.1 Erste Kontaktstelle	30		
3.2.2 Art der ersten Kontaktaufnahme	31		
3.2.3 Hauptverantwortliche Behandlungsperson	33		
3.2.4 Öffnungszeiten	35		
3.2.5 Kontinuität der Behandlung	37		

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurses
BAG	Bundesamt für Gesundheit
chnw	Competence Network Health Workforce
DCE	Discrete-Choice-Experiment
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
ZHAM&CC	Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care
MPA	medizinische Praxisassistentinnen und Praxisassistenten
MPK	medizinische Praxiskoordinatorinnen und Praxiskoordinatoren
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdaSanté	Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit
OR	Odds Ratio
SBK-ASI	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SLHS	Swiss Learning Health Systems
SPO	Schweizerische Patientenorganisation
WTP	Willingness to pay

Zusammenfassung

Hintergrund und Inhalt der Studie

Die ambulante Grundversorgung nimmt in der medizinischen Versorgung eine sehr wichtige Rolle ein. Mit Blick in die Zukunft zeichnet sich jedoch die Notwendigkeit substanzieller Veränderungen ab. Ursachen dafür sind auf der einen Seite der steigende Bedarf an ambulant erbrachten medizinischen Leistungen. Dieser wird insbesondere ausgelöst durch die medizinisch-technischen Entwicklungen sowie den steigenden Anteil älterer Menschen. Andererseits ist ein wachsender Mangel an Gesundheitsfachpersonen absehbar, weil deren Durchschnittsalter aktuell relativ hoch ist. Es zeichnet sich ab, dass mehr Fachleute aus dem Gesundheitsbereich ausscheiden als eintreten.

Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030 sieht vor, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Zentrum der Ausgestaltung des zukünftigen schweizerischen Gesundheitssystems stehen. Momentan ist allerdings noch wenig darüber bekannt, welche Bedürfnisse und Präferenzen die Patientinnen und Patienten hinsichtlich die zukünftige Ausgestaltung der ambulanten Grundversorgung haben. Die vorliegende Studie der Universität Luzern und von Interface Politikstudien Forschung Beratung soll diese Wissenslücke schliessen. Sie ist im Rahmen des universitären Forschungsprojekts «Health2040» entstanden.

Inhalt der Studie

Die Studie geht vertieft auf die Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich die Ausgestaltung zukünftiger Modelle der ambulanten Grundversorgung ein. Untersucht wird insbesondere, welche Merkmale der ambulanten Grundversorgung der Bevölkerung in Zukunft besonders wichtig sind. Unter anderem geht es um die Präferenz hinsichtlich unterschiedlicher Zugänge zur Grundversorgung (z.B. Hausärztin/Hausarzt, Apothekerin/Apotheker, Pflegefachperson oder App), unterschiedlicher Behandlungspersonen sowie unterschiedlicher Arten zur Sicherstellung der Koordination zwischen den Gesundheitsfachpersonen.

Neben den generellen Bedürfnissen der Schweizer Bevölkerung interessieren auch die Präferenzen von Personen mit oder ohne chronischer Erkrankung, unterschiedlicher Altersgruppen sowie von Personen, die in unterschiedlichen Regionen der Schweiz leben. Zudem wird differenziert, ob die Behandlung aufgrund eines akuten gesundheitlichen Problems oder im Zusammenhang mit einer Routineuntersuchung notwendig ist.

Methodisches Vorgehen

Die Studie basiert auf einer durch die Autorin und Autoren durchgeführten Bevölkerungsbefragung. Insgesamt wurden mehr als 12'000 Personen, basierend auf dem Stichprobenrahmen des Bundesamts für Statistik, ausgewählt und per Einladungsschreiben motiviert, an der Online-Befragung teilzunehmen. 5353 Personen haben an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 44,3%. Die Stichprobe repräsentiert die Schweizer Bevölkerung insgesamt sehr gut.

Zentraler Bestandteil der Befragung bildet ein Discrete-Choice-Experiment (DCE) zur Messung der Präferenzen gegenüber unterschiedlichen Merkmalen von Versorgungsmodellen respektive deren Ausprägungen. Für die Auswertung wurden uni- und bivariate deskriptive Analysen vorgenommen. Je nach Skala der abhängigen Variable wurden ordinale oder multinomiale logistische Regressionen geschätzt. Für die Analyse des DCE wurde ein Conditional Logit berechnet. Für ausgewählte Ergebnisse des DCE wurde die Zahlungsbereitschaft untersucht.

Resultate

Welche Bedeutung misst die Schweizer Bevölkerung ausgewählten Merkmalen der zukünftigen ambulanten Versorgung bei?

- Von den geprüften Merkmalen wird der Kontinuität der Behandlung die grösste Bedeutung zugesprochen. Geprüfte Modelle der ambulanten Gesundheitsversorgung, die sicherstellen, dass die Behandlungsperson die gesundheitliche Vorgeschichte der Patientin respektive des Patienten kennt und Einblick in das Patientendossier hat, wurden systematisch bevorzugt. Dies gilt sowohl für den Fall einer Routineuntersuchung, wie auch in einer Situation mit einem akuten Gesundheitsproblem.
- Für die Bevölkerung ist es ebenfalls sehr wichtig, dass sie in die Entscheidungsfindung über notwendige (Folge-)Behandlungen einbezogen wird. Auch dieses Ergebnis gilt unabhängig davon, ob es sich um ein akutes Gesundheitsproblem oder um eine Routineuntersuchung handelt.
- Die Befragung untersuchte auch, welche Bedeutung die Bevölkerung dem fachlichen Hintergrund der hauptverantwortlichen Behandlungsperson in einem zukünftigen ambulanten Versorgungsmodell beimisst. Unterschieden wurde zwischen Hausärztin/Hausarzt; Fachärztin/Facharzt; Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, und zwar entweder allein oder

unter Zuschaltung einer Hausärztin/eines Hausarztes per Videotelefonie. Zwar bevorzugen die Befragten mehrheitlich eine Hausärztin oder einen Hausarzt als hauptverantwortliche Behandlungsperson. Diesem Merkmal kommt aber gegenüber den Merkmalen Kontinuität und Entscheidung über die Behandlung eine etwas geringere Wichtigkeit zu.

- Für alle befragten Gruppen haben Merkmale der ambulanten Gesundheitsversorgung, wie Öffnungszeiten oder Optionen zur Kontaktaufnahme (z.B. per Telefon oder per App), im Vergleich zu den Merkmalen Kontinuität der Behandlung, Entscheidung über die Behandlung und hauptverantwortliche Behandlungsperson eine vergleichsweise kleine Relevanz.

Was wünschen sich die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen?

- Die Präferenzen von Personen mit chronischer Krankheit im Hinblick auf die Ausgestaltung zukünftiger ambulanter Gesundheitsversorgungsmodelle unterscheiden sich nur in wenigen Aspekten deutlich von der restlichen Bevölkerung. Einer dieser Aspekte betrifft die überdurchschnittliche Präferenz für eine Hausärztin oder einen Hausarzt als erste Kontaktperson sowie als Untersuchungs- und Behandlungsperson. Generell ist der fachliche Hintergrund der Behandlungsperson für Personen mit einer chronischen Erkrankung, insbesondere bei einem akuten Gesundheitsproblem, von überdurchschnittlicher Relevanz. Auch ist für diese Personengruppe die Koordination der Leistungserbringer von besonders grosser Bedeutung. Bevorzugt wird eine Koordination durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt. Allerdings ist die Personengruppe mit einer chronischen Erkrankung auch offen gegenüber einer Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss in der Funktion der Koordinationsperson. Zudem ist sie auch überdurchschnittlich offen gegenüber Modellen, bei welchen eine Pflegefachperson den Erstkontakt übernimmt.
- Die Erhebung zeigt, dass sich die Präferenzen der Personen in den Landesteilen unterscheiden: So zeigen sich Personen aus dem Tessin oder aus der Westschweiz etwas zurückhaltender gegenüber einigen Neuerungen, die aktuell Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen sind, als Personen aus der Deutschschweiz. Dazu zählen beispielsweise die Nutzung einer App für den Erstkontakt oder der Einsatz von Pflegefachpersonen als Behandlungs- und Untersuchungspersonen. Hingegen sind Personen aus dem Tessin oder aus der Westschweiz offener gegenüber der Vorstellung, dass Sensoren Daten zum Gesundheitszustand direkt an Gesundheitsfachpersonen weiterleiten. Personen aus der französischsprachigen Schweiz können sich auch eher vorstellen, eine Apothekerin oder einen Apotheker als Koordinationsperson bei einem akuten Gesundheitsproblem anzusprechen als Personen aus der Deutschschweiz. Personen aus der Westschweiz und dem Tessin äussern zudem eine grössere Präferenz für längere Öffnungszeiten als Personen aus der Deutschschweiz. Weiter sind Personen aus der Westschweiz und dem Tessin offener gegenüber der Option, dass die Koordinationsperson von der Krankenversicherung zugewiesen wird.
- Es überrascht nicht, dass jüngere Personen verschiedenen gesundheitspolitischen Neuerungen, die aktuell diskutiert werden, offener gegenüberstehen. So haben sie weniger starke Präferenzen für die Hausärztin beziehungsweise den

Hausarzt als Erstkontakt als Untersuchungs-, Behandlungs- und auch Koordinationsperson. Alternativen, wie beispielsweise eine App für den Erstkontakt, eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss für die Behandlung oder die Apothekerin respektive der Apotheker als Koordinationsperson, stossen eher auf Interesse. Weiter haben die jüngeren Personen eine grössere Präferenz für längere Öffnungszeiten und digitale Angebote als die restliche Bevölkerung. Zudem zeigt sich, dass Zukunftsmodelle der ambulanten Grundversorgung, die den Präferenzen der jüngeren Bevölkerung entsprechen, nicht teurer sein sollten als die Versorgung heute. Die junge Bevölkerung ist besonders preissensibel.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Erhebung für die Gestaltung der zukünftigen ambulanten Versorgung?

Die befragte Bevölkerung stellt sich die zukünftige Gesundheitsversorgung in vielerlei Hinsicht sehr ähnlich vor wie die heutige. Dies kann möglicherweise auch durch den «Status Quo Bias» erklärt werden. Umso interessanter ist die festgestellte Offenheit gegenüber Untersuchungs-, Behandlungs- und Koordinationspersonen mit einem anderen Ausbildungshintergrund als Ärztin oder Arzt. Wichtiger als der fachliche Hintergrund der Untersuchungs-, Behandlungs- und Koordinationspersonen ist den befragten Personen, dass auch in Zukunft sichergestellt ist, dass sie als Patientinnen und Patienten über ihre Behandlung mitentscheiden können und dass sichergestellt ist, dass die Behandlungsperson die gesundheitliche Vorgeschichte kennt oder mindestens Einblick in das Patientendossier hat. Zudem hat die Befragung deutlich gemacht, dass die Bevölkerung auch in Zukunft stark auf die Entwicklung der Kosten der ambulanten Gesundheitsversorgung achten wird.

Résumé

Cadre et portée de l'étude

La médecine ambulatoire de premier recours joue un rôle essentiel dans la prise en charge médicale. Son avenir s'annonce néanmoins marqué par la nécessité de profonds changements. Ceux-ci s'imposent, d'une part, en raison de la demande croissante de soins fournis en ambulatoire, une hausse engendrée notamment par les progrès médico-techniques et par le vieillissement de la population. D'autre part, force est de s'attendre à voir la pénurie de professionnels de la santé s'aggraver, puisque leur âge moyen est actuellement assez élevé. Il apparaît en outre que les personnes qui quitteront les professions de la santé seront plus nombreuses que celles qui choisiront de les exercer.

Dans sa stratégie 2020-2030 en matière de politique de la santé, le Conseil fédéral prévoit que le système suisse de la santé s'organisera à l'avenir à partir des besoins des patients. Pour l'heure, on ne connaît toutefois guère les besoins et les préférences de ces derniers quant à la future organisation de la médecine ambulatoire de premier recours. Réalisée par l'Université de Lucerne et par Interface Politikstudien Forschung Beratung dans le cadre du projet de recherche universitaire Health2040, la présente étude vise à combler cette lacune.

Portée de l'étude

L'étude analyse en détail les préférences de la population quant à la structure de futurs modèles pour la médecine ambulatoire de premier recours. Elle analyse en particulier les aspects considérés comme les plus importants dans la définition des modèles du futur. Il s'agit entre autres d'identifier les préférences parmi les moyens d'accéder à la médecine de premiers recours (médecins de famille, pharmaciens, personnel infirmier ou application mobile), de même que parmi les professionnels responsables du traitement et les divers modèles de coordination entre les différents professionnels de la santé.

L'étude s'intéresse non seulement aux besoins de la population en général, mais aussi aux préférences des personnes souffrant ou ne souffrant pas de maladies chroniques, des différents groupes d'âge et des régions de la Suisse. Elle distingue de plus si le traitement est requis en raison d'un problème aigu de santé ou si sa nécessité est apparue lors d'un contrôle de routine.

Approche méthodologique

L'étude se fonde sur un sondage réalisé auprès de la population. Se basant sur le cadre d'échantillonnage de l'Office fédéral de la statistique, les auteurs ont sélectionné plus de 12 000 personnes, qu'ils ont invitées, par une lettre écrite, à participer au sondage en ligne. Au final, 5353 personnes ont participé au sondage, ce qui correspond à un taux de retour de 44,3%. Dans l'ensemble, l'échantillon est très représentatif de la population suisse.

Le sondage se fondait sur l'expérience des choix discrets (*discrete choice experiment*, DCE), utilisée ici pour mesurer les préférences pour différentes caractéristiques de modèles de soins ou leurs principaux aspects. Pour exploiter les données, on a eu recours à des analyses descriptives univariées et bivariées ont été réalisées. Selon l'échelle de la variable dépendante, les estimations ont porté sur des régressions logistiques ordinales ou multinomiales. Un logit conditionnel a été calculé pour analyser la DCE. La volonté de payer des prestations a été analysée pour certains résultats de la DCE.

Résultats

Quelle importance la population suisse accorde-t-elle à certaines caractéristiques de la future médecine ambulatoire de premier recours?

- Parmi les caractéristiques faisant l'objet du sondage, c'est la continuité du traitement qui recueille le plus de suffrages. Les personnes interrogées ont systématiquement accordé la préférence à des modèles de médecine ambulatoire de premier recours qui garantissent que la personne responsable du traitement connaît l'anamnèse du patient et qu'elle a accès à son dossier médical. Cela vaut aussi bien pour un contrôle de routine qu'en cas de problème de santé aigu.
- La population estime également très important d'être impliquée dans le choix du traitement requis et d'éventuels traitements ultérieurs. Les résultats obtenus s'appliquent eux aussi indifféremment à un contrôle de routine qu'à un problème de santé aigu.
- Le sondage a aussi examiné la place que la population réserve aux compétences professionnelles du principal responsable du traitement dans un futur modèle de médecine ambulatoire de premier recours. Dans ce domaine, il a distingué les professionnels ci-après: médecin de famille, médecin spécialiste, personnel soignant diplômé du degré tertiaire, soit seul soit

sous la supervision d'un médecin de famille en visiophonie. Les personnes interrogées préfèrent certes en majorité que le responsable du traitement soit un médecin de famille. Elles accordent toutefois un peu moins d'importance à cette caractéristique qu'à la continuité du traitement et à la codécision.

- Au sein de tous les groupes interrogés, les caractéristiques telles que l'horaire d'ouverture ou les options proposées pour contacter le service (par téléphone ou via une application, p. ex.) revêtent une importance assez faible par rapport aux caractéristiques telles que la continuité du traitement, la participation au choix du traitement et le responsable du traitement.

Quels sont les souhaits des différents groupes de population?

- Les préférences exprimées par les personnes atteintes d'une maladie chronique et le reste de la population ne diffèrent nettement que sur quelques aspects. L'un de ces aspects réside dans la préférence supérieure à la moyenne que les personnes atteintes d'une maladie chronique accordent au médecin de famille, aussi bien pour un premier contact que pour effectuer des examens et fournir le traitement. Ces personnes réservent également une place plus grande que la moyenne aux compétences professionnelles de la personne responsable du traitement, en particulier lorsqu'elles sont confrontées à un problème de santé aigu. À leurs yeux, la coordination entre les prestataires revêt aussi une importance particulière. Elles préfèrent par ailleurs que cette coordination soit assurée par un médecin de famille. Les personnes de ce groupe ne s'en montrent pas moins ouvertes à l'idée qu'un professionnel de la santé titulaire d'un CFC assure la coordination des soins. Elles sont par ailleurs davantage ouvertes que la moyenne à des modèles où le premier contact est assuré par un professionnel des soins infirmiers.
- Le sondage a montré que les préférences de la population varient selon la région: la population du Tessin ou de Suisse romande s'avère un peu plus réservée que celle de Suisse alémanique face à certaines innovations qui font actuellement l'objet de débats en matière de politique de la santé. Ces innovations consistent par exemple à utiliser une application pour établir un premier contact ou à confier examens et traitements à du personnel infirmier. Au Tessin et en Suisse romande, les gens se montrent par contre plus ouverts à l'idée que des données sur leur état de santé obtenues au moyen de capteurs soient transmises directement aux professionnels de la santé. Les Suisses romands s'imaginent aussi plus facilement que les Suisses alémaniques qu'un pharmacien puisse coordonner les soins en cas de problème de santé aigu. Les personnes vivant en Suisse romande et au Tessin font de plus état d'une grande préférence pour des horaires d'ouverture plus étendus que les personnes de Suisse alémanique. En Suisse romande et au Tessin, on accepterait en outre plus facilement que la personne chargée de la coordination soit désignée par l'assurance-maladie.
- Il n'est pas surprenant de constater que les jeunes sont plus réceptifs à diverses innovations actuellement envisagées en politique de la santé. Ils privilégient ainsi moins le médecin de famille dans le rôle de personne de premier contact, de même que pour effectuer les examens et prodiguer le traitement ou

assurer la coordination des soins. Ils s'intéressent aussi à d'autres solutions, comme celles où le premier contact se fait via une application, où un professionnel des soins infirmiers diplômé du degré tertiaire applique le traitement et où un pharmacien assure la coordination des soins. Les jeunes font état d'une préférence plus marquée que le reste de la population pour des horaires d'ouverture plus étendus et pour les moyens numériques. Il apparaît aussi que les futurs modèles de médecine ambulatoire de premier recours qui correspondent aux préférences de la jeune population ne devraient pas s'avérer plus onéreux que les modèles actuels. La jeune population se montre en effet particulièrement sensible aux prix.

Quelles sont les conséquences du sondage sur l'organisation du futur modèle de médecine ambulatoire de premier recours?

La population interrogée s' imagine que la future médecine ambulatoire de premier recours ressemblera à maints égards au modèle actuel. Cette attitude peut notamment s'expliquer par le «biais du statu quo». Il est d'autant plus intéressant de constater que les personnes interrogées ne sont pas opposées à l'idée de confier les examens médicaux, les traitements et la coordination de la prise en charge à une personne possédant une autre formation que celle de médecin. Les réponses révèlent en effet que la population accorde moins d'importance aux compétences professionnelles de cette personne qu'à d'autres critères, à savoir la possibilité pour le patient de participer, à l'avenir aussi, à la décision concernant le traitement et au fait que le professionnel responsable du traitement connaisse son anamnèse ou qu'il ait au moins accès à son dossier. Le sondage a également souligné que la population continuera de suivre de près l'évolution des coûts de la médecine ambulatoire de premier recours.

1 Einleitung

1.1 Momentane Situation und Trends in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Die ambulante Grundversorgung widmet sich den wichtigsten Gesundheitsproblemen der Bevölkerung. Sie ist daher für die meisten Menschen der erste Kontaktpunkt im Gesundheitssystem. Fast 95% aller gesundheitlichen Probleme werden in der Schweiz in der Grundversorgung gelöst (Tandjung et al., 2015). Daher ist es naheliegend, dass die Alma-Ata-Deklaration der WHO der ambulanten Grundversorgung eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsversorgung zuweist (WHO, 1978).

Es zeichnet sich jedoch ab, dass die ambulante Grundversorgung in der Schweiz in den nächsten Jahren Veränderungen erfahren muss. Verantwortlich dafür ist *erstens* die soziodemografische Entwicklung der Bevölkerung. Der Anteil der über 64-Jährigen wird sich gemäss Schätzungen des Bundesamts für Statistik (BFS) bis im Jahr 2040 um knapp 30% auf 24,4% erhöhen.¹ Mit der alternden Bevölkerung wird auch die Prävalenz chronischer Krankheiten zunehmen (Obsan, 2015).

Mit dem steigenden Anteil der älteren Bevölkerung wird auch der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen im ambulanten Setting zunehmen. Diese Entwicklung wird noch verstärkt durch die generelle Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen, kürzere Krankenhausaufenthalte sowie die tendenzielle Abnahme der Bedeutung von pflegenden Angehörigen (Bannwart & Dubach, 2016; GDK & BAG, 2012).

Ein *zweiter Faktor*, der Veränderungen in der ambulanten Grundversorgung mit sich bringen wird, hängt mit dem Bedarf an Gesundheitsfachpersonen zusammen. Die FMH-Ärzttestatistik 2019 zeigt, dass 34% der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung 60-jährig oder älter sind (Hostettler & Kraft, 2020). Auch andere Gesundheitsberufe sind von Überalterung betroffen (Hahn et al., 2013). Es wird davon ausgegangen, dass bis 2030 ein signifikanter Anteil an Gesundheitsfachpersonen aufgrund von Pensionierung fehlen wird. Diese Lücke kann durch die sich in Ausbildung befindenden Personen nicht geschlossen werden. (Merçay et al., 2016). Es droht ein Personalmangel in der ambulanten Grundversorgung.

Der *dritte Faktor*, der die Ausgestaltung ambulanter Dienstleistungen beeinflussen wird, steht im Zusammenhang mit der aktu-

ellen fachlichen Vorstellung optimaler medizinischer und pflegerischer Versorgung. In diesem Zusammenhang wird oft das Stichwort der koordinierten Versorgung erwähnt, definiert als «Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern» (Giger et al., 2018). Seit einigen Jahren werden vor diesem Hintergrund Kompetenzprofile bestehender Berufsgruppen in der ambulanten Gesundheitsversorgung überarbeitet und neue Profile geschaffen (Hahn et al., 2013; Künzi et al., 2013). Ein Beispiel dafür ist die Entstehung von weiterführenden Ausbildungsangeboten für Pflegende auf Masterstufe, die den Abschluss als Pflegeexpertin/Pflegeexperte APN (Advanced Practice Nursing) erlauben (www.apn-ch.ch). Das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe von 2006 und das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe, das 2020 in überarbeiteter Form in Kraft getreten ist, verfolgen die Ziele, die Qualität der Aus- und Weiterbildung zu fördern und die Kompetenzen in der Zusammenarbeit zwischen den Berufen zu stärken. Dadurch sollen die Gesundheitsfachpersonen auf die zukünftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung vorbereitet werden.

Vierter wichtiger Faktor, der den Wandel der ambulanten Grundversorgung initiiert, sind die medizinisch-technischen Entwicklungen. Der Einsatz neuer Technologien wird die ambulante Grundversorgung verändern. Stichworte in diesem Zusammenhang sind zum Beispiel E-Health, M-Health und elektronisches Patientendossier. Bereits heute zeigt sich, dass der Erstkontakt sowie der Entscheid über die Notwendigkeit eines Arztbesuches und die Zuweisung zu einer Behandlungsperson zunehmend online erfolgt (Pahud, 2020a). Bis anhin verläuft diese Entwicklung zwar noch verhalten, die Covid-19-Pandemie hat sie jedoch beschleunigt (Taylor et al., 2020). Dazu kommt, dass die Digitalisierung die Zusammenarbeit und den Austausch zwischen den Leistungserbringenden erleichtert, was dazu beitragen kann, die interprofessionelle Zusammenarbeit entlang des Patientenpfads und die integrierte Versorgung zu optimieren (BAG, 2021). Die Digitalisierung kann aber auch dazu beitragen, die Patientinnen und Patienten besser in die Behandlung einzubeziehen, indem diese zum Beispiel laufend gesundheitsrelevante Daten sammeln und an ihre Hausärztin/ihren Hausarzt weiterleiten (Becker, 2018). Gleichzeitig gehen diese Möglichkeiten einher mit einer wachsenden Erwartung der Patientinnen und Patienten an die ambulante

¹ Diese Angaben basieren auf dem Referenzszenario. Bei dem hohen und tiefen Szenario schwankt der Anteil der über 64-Jährigen zwischen 24,0 und 24,9%.

Grundversorgung, wie etwa nach sofortiger Behandlung, ausge dehnten Öffnungszeiten und dem Einsatz neuester diagnostischer und therapeutischer Instrumente (GDK & BAG, 2012).

Die ambulante Grundversorgung wird sich also weiterentwickeln müssen, wenn sie auch langfristig in der Lage sein soll, die Bedürfnisse der Bevölkerung nach einer qualitativ guten medizinischen Versorgung für alle sicherzustellen. Der Bundesrat hat den diesbezüglichen Handlungsbedarf erkannt und sich zum Ziel gesetzt, zeitgemässe ambulante Versorgungsangebote zu fördern (BAG, 2019). Die Strukturen, Prozesse und Leistungen des Gesundheitswesens sollen so weiterentwickelt werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen gerecht werden sowie die Potentiale der medizinisch-technischen Entwicklungen nutzen. Als wichtig wird in diesem Zusammenhang insbesondere der Ausbau der koordinierten Versorgung, das heisst der abgestimmten und integrierten Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten entlang des ganzen Behandlungspfades erachtet (Giger et al., 2018).² Im Zentrum dieser Entwicklung sollen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stehen (BAG, 2019).

Vor diesem Hintergrund ist es überraschend, dass aktuell relativ wenig darüber bekannt ist, wie sich die Patientinnen und Patienten der Schweiz die zukünftige ambulante Grundversorgung vorstellen. Wissen darüber ist aber entscheidend, wenn Patientenbeteiligung und Patientenzentrierung wichtige Elemente gesundheitspolitischer Strategien darstellen sollen. Politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sollten über Informationen darüber verfügen, wie eine Versorgung aussehen soll, die «respektvoll gegenüber der Patientin beziehungsweise dem Patienten ist und auf individuelle Präferenzen, Bedürfnisse und Werte eingeht und bei der alle klinischen Entscheidungen von den Werten der betroffenen Patientinnen und Patienten geleitet» wird (Institute of Medicine, 2001). Damit die Patientenzentrierung auch bei der Erarbeitung zukünftiger Versorgungsmodelle gelingen kann, müssen politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger einerseits die Einstellung der Patientinnen und Patienten zu wichtigen Elementen der ambulanten Gesundheitsversorgung kennen. Weiter sollten sie aber auch über Wissen zu Präferenzen, Bedürfnissen und Werten der Gesamtbevölkerung hinsichtlich der Ausgestaltung zukünftiger Modelle der ambulanten Grundversorgung verfügen.

Beides ist aktuell nur bedingt der Fall. Eine 2017 durchgeführte Literaturanalyse hat deutlich gemacht, dass gegenwärtig kaum Angaben zu Präferenzen von Patientinnen und Patienten zu möglichen Entwicklungen der Grundversorgung vorhanden sind (Balthasar et al., 2017). Die wenigen verfügbaren Studien fokussieren überdies auf einzelne Merkmale neuer Versorgungsmodelle beziehungsweise sehr spezifische Patientinnen- und Patienten-Gruppen. Die meisten verfügbaren Studienresultate stammen aus den USA, Kanada, Grossbritannien, Neuseeland und Austra-

lien – alles Länder, deren Gesundheitssysteme sich nur sehr beschränkt mit jenem der Schweiz vergleichen lassen. Vor diesem Hintergrund ist der Bedarf an einer fundierten Studie zu Präferenzen der Schweizer Bevölkerung bezüglich der zukünftigen ambulanten Grundversorgung unumstritten.

Entsprechend hat das Departement für Gesundheitswissenschaften und Medizin der Universität Luzern gemeinsam mit Interface Politikstudien in Luzern ein Forschungsprojekt mit dem Titel «Health2040» lanciert, um Einstellungen und Präferenzen der Schweizer Bevölkerung im Hinblick auf die künftige ambulante medizinische Grundversorgung zu ermitteln. Die Studie wurde durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und curafutura finanziell unterstützt.

1.2 Inhalt dieser Studie

Im Fokus der Forschung stehen Fragen nach der Zufriedenheit und nach dem Vertrauen der Bevölkerung in das heutige ambulante Gesundheitssystem sowie nach den Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich der Ausgestaltung zukünftiger Modelle der ambulanten Grundversorgung. Diese Fragen werden nicht nur für die Gesamtbevölkerung, sondern auch für spezifische Gruppen beantwortet.

Unter ambulanter Versorgung werden medizinische Leistungen verstanden, die keiner formalen Aufnahme in eine stationäre Institution und keinen Aufenthalt über Nacht bedürfen (Sager et al., 2010; Schäfli et al., 2004). Bei der Grundversorgung handelt es sich um Leistungen, die erfahrungsgemäss von einem Grossteil der Bevölkerung oder von bestimmten Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen werden. Sie sollten daher in ausreichendem Umfang allen Bevölkerungsgruppen, unabhängig von ihrem Wohnort, ohne grosse Hürden zugänglich sein. Ausgeklammert werden entsprechend stationäre Behandlungen sowie Leistungen, die nur vereinzelt beansprucht oder nur in konzentrierter Form angeboten werden (BAG, 2011).

Der Schwerpunkt der Untersuchungen liegt bei den Präferenzen der Schweizer Bevölkerung hinsichtlich der Ausgestaltung zukünftiger Modelle der ambulanten Grundversorgung. Angesprochen werden in erster Linie der Zugang zur Grundversorgung, die Art der Konsultation sowie die Koordination der Leistungen für Patientinnen und Patienten durch Gesundheitsfachpersonen. Zusätzlich werden auch die Präferenzen bezüglich technologischer Trends, der Weiterentwicklung der Pflege und der Steuerung der politischen Verantwortung in die Analyse einbezogen. Eine Literaturrecherche und qualitative Interviews bildeten die Grundlage für die repräsentative Online-Befragung bei der volljährigen Schweizer Bevölkerung.

² Diesem Thema hat sich etwa das Projekt «Koordinierte Versorgung» des BAG angenommen. Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html> (Zugriff am 28.06.2021).

1.3 Wissenschaftliche Einbettung dieser Studie

In diesem Abschnitt wird die vorliegende Studie in den wissenschaftlichen Kontext eingebettet: Im ersten Abschnitt werden wichtige Aspekte aus der Literatur zu zukünftigen Versorgungsmodellen aufgegriffen. Im zweiten Abschnitt stehen Patientenpräferenzen hinsichtlich verschiedener Aspekte der (zukünftigen) ambulanten Grundversorgung im Zentrum.

1.3.1 Zukünftige Versorgungsmodelle

Aufgrund der in der Einleitung genannten Herausforderungen wird sich die ambulante Grundversorgung in Zukunft verändern. Zur Diskussion stehen neue vernetzte Versorgungsmodelle, wie sie in Frankreich zum Beispiel als interdisziplinäre medizinische Versorgungszentren (Maisons de santé pluridisciplinaires), in den USA als Patient Centered Medical Homes, in Deutschland als Primärversorgungspraxen und in Finnland als multiprofessionelle Gesundheitszentren zu finden sind (GDK & BAG, 2012). Auch in der Schweiz gibt es Beispiele solcher Ansätze, wie etwa Gesundheitszentren, Gesundheitsregionen oder Ärztenetzwerke (Djalali et al., 2015; Schusselé Filliettaz, 2017). Diesen Ansätzen gemeinsam ist, dass sie eine Vernetzung zwischen den Leistungserbringenden anstreben: von der Prävention bis hin zur palliativen Begleitung. Dadurch wird die Kontinuität der Versorgung sichergestellt, was der Qualitätsentwicklung dient und dazu beiträgt, die Kosten zu optimieren. Ziel ist die Entwicklung hin zu einer integrierten (oder koordinierten) Versorgung. Laut GDK kann die integrierte Versorgung als das zugrundeliegende Konzept der neuen Versorgungsmodelle verstanden werden (GDK & BAG 2012).

Wie die Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» der GDK und des BAG im Jahr 2012 festgestellt hat, bilden die folgenden acht Leitideen die allgemeine Grundlage dieser Modelle (GDK & BAG, 2012):

- (Sekundär-)Prävention und Empowerment
- Optimierter Zugang zur Versorgung
- Evidenzbasierte Behandlungsrichtlinien
- Bessere Integration und Koordination
- Erhöhte Verbindlichkeit und Kontinuität
- Erhöhte Transparenz
- Patientenorientierte Versorgung und Selbstmanagement
- Qualität und Patientensicherheit

Diese acht Leitideen können als Grundlage neuer Versorgungsmodelle verstanden werden. Sie dienen deshalb auch als Ausgangspunkt für die vorliegende Untersuchung. Allerdings sprechen die Leitlinien zu evidenzbasierten Behandlungsrichtlinien sowie zur Qualität und Patientensicherheit primär Gesundheitsfachpersonen an, so dass diese in der vorliegenden Erhebung der Präferenzen der Bevölkerung nicht direkt integriert werden. Dasselbe

gilt für die Leitidee der (Sekundär-)Prävention und des Empowerments, die nicht in erster Linie das Setting (Zugang, Konsultation und Koordination) betreffen, auf das die Untersuchung fokussiert. Die weiteren fünf Leitlinien betreffen Aspekte wie die Organisation des Zugangs zur ambulanten Grundversorgung, die Art der Konsultation sowie die Koordination patientenbezogener Leistungen durch Gesundheitsfachpersonen. Es ist davon auszugehen, dass die Bevölkerung diesbezüglich Präferenzen hat, die in die Gestaltung der zukünftigen ambulanten Grundversorgung einfließen sollten. Auf diese für die Untersuchung relevanten fünf Leitideen wird daher im Folgenden näher eingegangen.

Optimierter Zugang zur Versorgung

Die Arbeitsgruppe von GDK und BAG, die sich mit neuen Versorgungsmodellen für die medizinische Grundversorgung befasst hat, geht davon aus, dass der Zugang zur Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen weiterentwickelt werden muss (GDK & BAG, 2012). Ausschlaggebend dafür sind insbesondere neue Lebensgewohnheiten sowie dass sich abzeichnende technologische Potenzial. Die Arbeitsgruppe erwähnt zum Beispiel die Ausweitung der Öffnungszeiten, den Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechnologien wie Telemedizin oder Health Tracking Apps, das Angebot medizinischer Telefondienste oder die Verbesserung der Versorgung an Schnittstellen verschiedener Leistungserbringer. Sie weist allerdings auch darauf hin, dass eine angebotsinduzierte Nachfragesteigerung ohne medizinische und/oder pflegerische Notwendigkeit vermieden werden sollte (GDK & BAG, 2012). Diese Untersuchung fokussiert bei dieser Leitidee auf die Präferenz der Patientinnen und Patienten bezüglich der Aspekte «Öffnungszeiten» und «Einsatz neuer Kommunikationstechnologien» im Zusammenhang mit dem Erstkontakt mit dem ambulanten Grundversorgungssystem sowie während der eigentlichen Konsultation.

Bessere Integration und Koordination

Die Verbesserung der Koordination und der Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern ist die zweite Leitidee, deren Bedeutung für die Bevölkerung die vorliegende Untersuchung nachgeht. Durch eine verstärkte interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit soll die Arbeit an Schnittstellen verbessert und Ineffizienz vermieden werden. Die konkrete Form der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen sowie die Modalitäten der finanziellen Vergütung sind für die Patientinnen und Patienten von sekundärer Relevanz. Was diese jedoch direkt betrifft, ist ein allfälliger Einsatz von Case Managern (auch Koordinationspersonen genannt), die den Behandlungsprozess koordinieren und steuern (GDK & BAG, 2012). Die Untersuchung fokussiert zur Analyse der Präferenzen hinsichtlich Integration und Koordination daher die Rolle der Koordinationsperson. Abgeklärt werden insbesondere die Präferenz der Patientinnen und Patienten bezüglich des beruflichen Hintergrunds dieser

Person sowie die Rolle, welche die Krankenversicherung bei deren Zuteilung übernehmen soll.

Erhöhte Verbindlichkeit und Kontinuität der Behandlung

Um die Verbindlichkeit und die Kontinuität in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, soll eine primäre Leistungserbringerin beziehungsweise ein primärer Leistungserbringer die Patientinnen und Patienten umfassend betreuen und sie bei ihrem Weg durch das Gesundheitssystem unterstützen. Bei dieser Leitidee steht nicht wie bei der Leitidee der verbesserten Integration und Koordination der Prozess der Zusammenarbeit im Fokus, sondern die spezifische Kenntnis des Patientendossiers sowie der Bedürfnisse und Behandlungen der Patientinnen und Patienten. Diese Rolle könnte für klinische diagnostische und therapeutische Bedürfnisse grundsätzlich von einer Hausärztin beziehungsweise einem Hausarzt und bei pflegerischen Bedürfnissen von einer Pflegefachperson übernommen werden. Bei Patientinnen und Patienten mit spezifischen Diagnosen könnte aber auch eine Fachärztin beziehungsweise ein Facharzt die primäre Leistungserbringerin, den primären Leistungserbringer darstellen. Die Idee ist es, eine langfristige Beziehung zwischen der Fachkraft des Gesundheitswesens und den Patientinnen und Patienten aufzubauen. Dadurch sollen die Schnittstellen und die Qualität der Versorgung optimiert werden (GDK & BAG, 2012). Diese Untersuchung fokussiert bei dieser Leitidee auf die Präferenz der Patientinnen und Patienten bezüglich Kontinuität der Gesundheitsfachperson sowie deren fachlichen Hintergrund.

Erhöhte Transparenz

Die Arbeitsgruppe von GDK und BAG sieht vor, dass sich neue Versorgungsmodelle auch durch erhöhte Transparenz und Qualitätskontrolle charakterisieren (GDK & BAG, 2012). Dazu sollen primäre Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer Einblick in alle von den Patientinnen und Patienten in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen erhalten. Sekundäre Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sollen Zugang zu ausgewählten, für sie relevanten Informationen des Patientendossiers bekommen. Beides soll jedoch nur mit dem Einverständnis der Patientin oder des Patienten erfolgen. Um die Transparenz der Leistungserstellung zu erleichtern, sollen IT-gestützte Informations- und Wissenssysteme eingesetzt werden (GDK & BAG, 2012). Die Untersuchung fokussiert diesbezüglich auf die Frage, welchen Gesundheitsfachpersonen Patientinnen und Patienten Einblick in ihr Patientendossier gewähren wollen.

Patientenorientierte Versorgung und Selbstmanagement

Die Orientierung der Versorgung an den Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten ist eine weitere Leitidee, die gemäss Arbeitsgruppe der GDK und des BAG zukünftige Mo-

delle auszeichnen sollen. Dies bedeutet nicht, dass jedes Patientenbedürfnis befriedigt werden soll. Vielmehr sollten Patientinnen und Patienten verstärkt in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Medizinische und pflegerische Entscheidungen sollen gemeinsam von Patientinnen beziehungsweise Patienten und Gesundheitsfachpersonen nach dem Modell des «shared decision-making» getroffen werden. Ausserdem sollen Patientinnen und Patienten stärker als heute in ihren eigenen Versorgungsprozess einbezogen werden. Sie sollen Fähigkeiten zur Verbesserung ihres Selbstmanagements und ihrer Selbsthilfe erlernen und praktizieren. Auch sollen sie zunehmend beurteilen können, in welchen Fällen sie sich selbst versorgen können (GDK & BAG, 2012).

Der verstärkte Einbezug der Patientinnen und Patienten in die Versorgung ist ein Anliegen, das in den neunziger Jahren in Form der Vision der patientenzentrierten Versorgung entworfen wurde (Delbanco et al., 2001). Je nach Blickwinkel unterscheidet sich das Verständnis von patientenzentrierter Versorgung: Aus ethischer Sicht kann die Orientierung der Gesundheitsversorgung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten unabhängig von den Gesundheitsergebnissen gerechtfertigt werden (Epstein & Street, 2011). Aus medizinischer und auch aus ökonomischer Sicht erweist sich dagegen eine konsequente Orientierung der Leistungen an den Präferenzen der Patientinnen und Patienten als nicht angebracht. Oft wollen Patientinnen und Patienten nämlich nicht das, was aus gesundheitlicher Optik angemessen ist. Das Verschreiben nicht zweckmässiger Medikamente oder Therapien entspricht nicht dem Anliegen der Patientenzentrierung (Epstein & Street, 2011). Unabhängig von der exakten Definition oder Sichtweise verfolgt Patientenzentrierung das Anliegen, die Versorgung aus der Krankheits-, Behandlungs- und Arztzentrierung zu lösen. Zentrale Elemente umfassen die Beziehung und die Kommunikation der Gesundheitsfachpersonen mit der Patientin oder dem Patienten sowie deren Einbezug in die Entscheidungsfindung und die Behandlung (Wagner et al., 2005). Die vorliegende Untersuchung fokussiert in diesem Zusammenhang auf die Präferenzen der Patientinnen und Patienten bezüglich des Aspekts der (gemeinsamen) Entscheidungsfindung.

1.3.2 Präferenzen hinsichtlich Aspekte zukünftiger Versorgungsmodelle

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit den Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung bezüglich der Ausgestaltung der zukünftigen ambulanten Grundversorgung. Als Präferenzen werden Vorlieben der Bevölkerung für spezifische Merkmale der Grundversorgung bezeichnet. Diesbezüglich unterscheiden sich Präferenzen von Erwartungen, Erfahrungen oder Zufriedenheit (Cheraghi-Sohi et al., 2006).

Eine internationale Literaturanalyse zu den verfügbaren Informationen bezüglich Präferenzen von Patientinnen und Patienten gegenüber neuen Versorgungsmodellen wurde von Balthasar et al. 2017 durchgeführt und 2019 aktualisiert. Im Folgenden gehen wir auf Erkenntnisse ein, die in Zusammenhang mit den drei über-

geordneten Themen «Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung», «Organisation der Konsultation» sowie «Koordination der Patientinnen und Patienten durch Gesundheitsfachpersonen» stehen. Die Literaturanalyse hat ergeben, dass sich bisherige Untersuchungen oft nur mit einzelnen Organisationsmerkmalen der ambulanten Grundversorgung befassen, auf bestimmte Gruppen von Akteuren sowie Patientinnen und Patienten fokussierten oder die Zufriedenheit (und nicht die Präferenz) mit bestehenden Merkmalen untersuchten. Zudem gibt es für die Schweiz nur eine begrenzte Anzahl von Studien, welche die Ermittlung von Präferenzen für Gesundheit und Gesundheitsversorgung zum Ziel haben (Boes et al., 2016; Fischer et al., 2018; Kaufmann et al., 2017; Telser & Zweifel, 2002, 2006). Keine dieser Studien aus der Schweiz analysierte Präferenzen für spezifische organisatorische Merkmale von ambulanten Gesundheitsversorgungsmodellen.

Zugang

Der niederschwellige Zugang ist ein Schlüsselement zukünftiger Versorgungsmodelle (Djalali & Rosemann, 2015). Heute sind es meist Hausärztinnen und Hausärzte, die die Rolle des ersten Kontaktpunkts in der ambulanten Gesundheitsversorgung übernehmen (Trageser et al., 2019). Im Konzept der integrierten Versorgung wird davon ausgegangen, dass neue Anlaufstellen wie Apotheken, Gesundheitsfachpersonen oder Apps die bestehenden Strukturen ergänzen könnten (Schweizerischer Gemeindeverband, 2019). Es wird erwartet, dass zukünftig der Erstkontakt mit der ambulanten Grundversorgung heterogener ausgestaltet sein wird als heute: Zum einen durch den Einbezug weiterer Gruppen von Gesundheitsfachpersonen und zum anderen durch die verstärkte Nutzung technologischer Hilfsmittel.

Bereits heute bewähren sich Apothekerinnen und Apotheker in der Schweiz bei gewissen Anliegen als erste Anlaufstelle von Patientinnen und Patienten. Eine Untersuchung von gfs.bern aus dem Jahr 2020 untersuchte das Vertrauen in verschiedene Akteure des Gesundheitswesens als Erstanlaufstelle bei Krankheiten mit normalem Verlauf. Die Befragung ergab, dass 90% der Bevölkerung die Apotheken als Erstanlaufstelle als eher bis sehr vertrauenswürdig einschätzen. Bei den Hausärztinnen und Hausärzten sind es 94% (gfs.bern, 2020). Die Befragung zeigt ausserdem auf, dass Apothekerinnen und Apotheker bei 20% der Befragten heute die Hauptansprechpersonen sind, wenn es um Auskünfte zu leichten Gesundheitsstörungen wie Erkältungen, Kopfschmerzen oder Verdauungsstörungen geht. Die Apothekerinnen und Apotheker wurden in diesem Zusammenhang schweizweit am meisten genannt, häufiger noch als Ärztinnen und Ärzte (17%). Diese Erkenntnisse decken sich mit Studien aus Australien und den USA. Diese zeigen eine hohe Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, sich bei kleineren Beschwerden in Apotheken beraten zu lassen und kleinere Untersuchungen in Apotheken durchführen zu lassen. Diese Bereitschaft ist bei stärkeren Symptomen oder grösseren körperlichen Abklärungen nicht vorhanden (Feehan et al., 2017; Naik-Panvelkar et al., 2012). Eine Studie aus Schottland ergibt, dass Patientinnen und Patienten zwar zufrieden sind mit den Angeboten der Apotheken, eine Mehrheit aber

dennoch eine Hausärztin oder einen Hausarzt bevorzugt, insbesondere bei schwerwiegenden und langwierigen Gesundheitsanliegen. Die Befragten äusserten, dass sie die Räumlichkeiten und Umgebung von Apotheken für private Gesundheitsberatungen als nicht geeignet ansehen (Gidman & Cowley, 2013).

Neben Hausärztinnen und Hausärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern sind auch andere Berufsgruppen, wie beispielsweise Advanced Practice Nurses (APN), Advanced Practice Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, medizinische Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (MPA) beziehungsweise Praxiskoordinatorinnen und Praxiskoordinatoren (MPK), Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss oder Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss, als erste Ansprechpersonen für Gesundheitsanliegen ambulanter Natur denkbar (Bishop et al., 2013; Giewer, 2016; Künzi et al., 2007; Sottas et al., 2019). Fachpersonen dieser Berufsgruppen übernehmen schon heute erweiterte Rollen innerhalb von innovativen ambulanten Versorgungsmodellen, wie beispielsweise die Beratung, körperliche Untersuchung mit diagnostischen Überlegungen und Behandlung von chronisch Kranken im Praxissetting und bei Hausbesuchen (Gysin et al., 2019; Sottas et al., 2019). Es gibt bisher wenig Forschung über die Einstellung von Patientinnen und Patienten zur Übernahme dieser Aufgaben der ambulanten Versorgung durch unterschiedliche nicht-ärztliche Berufsgruppen. Auf Studien zur Einstellung von Patientinnen und Patienten gegenüber der Übernahme medizinischer Aufgaben durch Pflegefachperson mit Hochschulabschluss wird im Abschnitt zum Thema «Konsultation» näher eingegangen. Eine international angelegte Literaturanalyse kommt zum Schluss, dass Pflegefachkräfte mit entsprechender Ausbildung bei der Übernahme von ärztlichen Funktionen beim Erstkontakt bei allen Patientengruppen sowie beim Erstkontakt in dringenden Situationen während oder ausserhalb der Sprechzeiten gleiche Versorgungsqualität erzielen wie Ärztinnen und Ärzte (Laurant et al., 2018).

Der grösste Teil der Literatur zur Einstellung von Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Formen des Erstkontakts in der ambulanten Gesundheitsversorgung hat sich bisher auf den Einsatz elektronischer Hilfsmittel konzentriert. Dafür werden verschiedene Begriffe verwendet, wie beispielsweise E-Konsultation, E-Kommunikation, E-Health oder Self-Triage. Alle diese Begriffe stehen für den Einsatz von Technologie beim Kontakt von Patientinnen und Patienten mit Gesundheitsfachpersonen oder als Ergänzung zu einer Face-to-Face-Begegnung. Zu den erwarteten Vorteilen, die in den Untersuchungen zum Einsatz solcher Technologien genannt wurden, gehören die Erleichterung des Zugangs zur Versorgung, die Verbesserung der Patientenbeteiligung, die Steigerung der Effizienz und der Kosteneffektivität, die Erhöhung der Bequemlichkeit, insbesondere für Patientinnen und Patienten in ländlichen Gebieten, sowie die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse. Elektronische Hilfsmittel wurden dabei für allgemeine Beratungen zu Gesundheitsproblemen sowie für Verschreibungen, Triage, Bewältigungsstrategien für psychische Störungen wie Depressionen oder die Bereitstellung von elektronisch erhaltenen Lektionen und Tipps genutzt (Bauer et al., 2018;

Bello et al., 2017; Chang et al., 2017; Molleda et al., 2017; Verzantvoort et al., 2018). Die Literatur zeigt, dass der Einsatz elektronischer Hilfsmittel für den Erstkontakt von den Patientinnen und Patienten generell positiv aufgenommen wurde. Diese Arten des Zugangs wurden vor allem wegen der kürzeren Wartezeiten, des Wegfalls von Fahrtzeiten sowie der Möglichkeit des Zugangs zur Gesundheitsversorgung auch ausserhalb der Öffnungszeiten geschätzt.

Es wurden jedoch auch Bedenken geäussert, beispielsweise hinsichtlich des Datenschutzes und der Sicherheit der Patientendaten (Bauer et al., 2018; Bello et al., 2017; Chang et al., 2017; Molleda et al., 2017; Verzantvoort et al., 2018). Eine weitere Sorge, die in der Literatur genannt wird, sind potenzielle Probleme für Gruppen, wie beispielsweise ältere Menschen, die im Durchschnitt weniger technikaffin sind als jüngere Generationen, oder für Menschen, welche die Mehrheitsprache nicht beherrschen (Chang et al., 2017). Für die Schweiz konnte 2020 gezeigt werden, dass es für 55% der Befragten ein Bedürfnis ist, per E-Mail, SMS oder WhatsApp mit Gesundheitsfachpersonen zu kommunizieren, und zwar auch zu Themen, die über das Verschreiben von Rezepten oder das Vereinbaren von Terminen hinausgehen. 45% der Befragten gaben an, dass die Möglichkeit, über das Internet die Notwendigkeit einer Behandlung zu klären, bei der Arztwahl sehr wichtig oder wichtig ist (gfs.bern, 2020). In der vorliegenden Untersuchung soll die Frage geklärt werden, wie telefonische Lösungen und Online-Lösungen als Erstkontakt bei der Schweizer Bevölkerung ankommen und ob diesbezüglich Unterschiede nach Alter oder Wohnregion zu finden sind. Auch soll die Frage geklärt werden, wie gut die Bevölkerung verschiedene Gesundheitsprofessionen als Erstkontakt bei gesundheitlichen Problemen akzeptiert.

Zu den Präferenzen von Patientinnen und Patienten bezüglich Öffnungszeiten von Gesundheitsversorgungseinrichtungen gibt es international verschiedene Studien. Interessanterweise lassen sich daraus keine klaren Präferenzen erkennen. Vier Studien aus England kommen auf unterschiedliche Ergebnisse. Eine erste Studie mit HIV-Patienten zeigt, dass verlängerte Öffnungszeiten präferiert werden (Miners et al., 2017). Eine zweite englische Studie mit potenziellen Krebs-Patientinnen und -Patienten weist dagegen darauf hin, dass die Öffnungszeiten keine statistisch signifikante Rolle bei der Wahl der Hausärztin beziehungsweise des Hausarztes einnehmen (Whitaker et al., 2017). In einer dritten, gross angelegten Studie zur Zufriedenheit mit Hausärztinnen und Hausärzten zeigt sich ein leichter Zusammenhang zwischen den Öffnungszeiten und der Zufriedenheit mit dem Arztbesuch (Cowling et al., 2018). Die vierte Studie aus England weist auf regionale Unterschiede in der Zufriedenheit mit den Öffnungszeiten hin. Personen aus den Stadtzentren waren weniger zufrieden mit den klassischen Öffnungszeiten, als solche aus anderen Wohnregionen (Thornton et al., 2017). Eine Studie aus Dänemark lässt dagegen erkennen, dass Patientinnen und Patienten verlängerte Öffnungszeiten bevorzugen. Zusätzlich wiesen die Patientinnen und Patienten die höchste Zufriedenheit auf, wenn die Konsultation ausserhalb der üblichen Öffnungszeiten persönlich (anstelle von telefonisch) stattfand (Tranberg et al., 2018). In einer Schweizer

Studie gaben 2018 8% der Patientinnen und Patienten an, dass sie die Öffnungszeiten ihrer Arztpraxis als zu eingeschränkt wahrnehmen (Selby et al., 2018). Eine 2019 durchgeführte Befragung zeigt ausserdem, dass lediglich ein Viertel der Befragten für eine Prämienreduktion bereit wären, länger auf einen Termin bei ihrer Hausärztin beziehungsweise ihrem Hausarzt zu warten (Trageser et al., 2019). Ausserdem zeigt die Studie auf, dass für Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer die spontane Verfügbarkeit einer der relevantesten Faktoren für die Wahl einer Grundversorgungspraxis darstellt. Zu den Präferenzen der Schweizer Bevölkerung bezüglich (verlängerter) Öffnungszeiten sind bislang keine Analysen bekannt. Entsprechend wird dies Thema der vorliegenden Untersuchung sein. Zudem wird analysiert, welche Relevanz dieses Merkmal bei der Wahl eines Gesundheitsversorgungsmodelles hat.

Konsultation

Ein sich abzeichnender Trend für zukünftige Versorgungsmodelle ist das Entstehen neuer Rollenbilder von Gesundheitsfachpersonen (PwC, 2020). Wie bereits beschrieben wurde, wird zukünftig eine Knappheit von Hausärztinnen und Hausärzten erwartet, insbesondere in ländlichen Regionen. Damit es aufgrund dieser Entwicklung zu keiner Versorgungslücke kommt, gibt es Bestrebungen, gewisse Aufgaben, die aktuell typischerweise von einer Hausärztin oder einem Hausarzt oder von Fachärztinnen und Fachärzten übernommen werden, an andere Gesundheitsfachpersonen zu delegieren. Häufig wird in diesem Zusammenhang von Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten APN (Advanced Practice Nursing) gesprochen. Pflegenden mit einer entsprechenden akademischen Weiterqualifikation, die in der Grundversorgung tätig sind, wurden bereits in verschiedenen Ländern eingeführt (international als «Nurse Practitioners» bezeichnet). Die Schweiz befindet sich diesbezüglich noch in der Entwicklungsphase (Gysin et al., 2019).

Internationale Studien zur Einstellung von Patientinnen und Patienten zu verschiedenen beruflichen Hintergründen der behandelnden beziehungsweise untersuchenden Gesundheitsfachperson fokussieren oft auf die Rolle von Pflegefachpersonen. Diese Personen übernehmen in der Regel typische Konsultationstätigkeiten der ambulanten Gesundheitsversorgung, wie zum Beispiel das Erfragen der Gesundheitsgeschichte der Patientinnen und Patienten, das Stellen von Diagnosen, das Verschreiben von Medikamenten, die Überweisung an eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt sowie die Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Risiken und Nebenwirkungen geplanter Behandlungen (Barratt & Thomas, 2019; Courtenay et al., 2017; Eriksson et al., 2018; Grohmann et al., 2017; Leach et al., 2018; Thornton et al., 2017; Wong et al., 2018). Die verfügbaren Untersuchungen zeigen unter anderem auf, dass ein hoher Prozentsatz der Patientinnen und Patienten, die von einer speziell qualifizierten Pflegefachperson betreut wurden, mit der Betreuung zufrieden war. Hervorgehoben wurde insbesondere die gute Kommunikation. Die befragten Patientinnen und Patienten waren in der Regel der Mei-

nung, dass diese Pflegefachpersonen über ausreichende medizinische Kenntnisse verfügten (Barratt & Thomas, 2019; Courtenay et al., 2017; Liljeroos & Strömberg, 2019; Wong et al., 2018). Wenn man sie jedoch fragte, ob sie eine Pflegefachperson oder eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt bevorzugen, entschied sich eine Mehrheit der Befragten dennoch für eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt (55–75%, verglichen mit 15–23%, die eine Pflegefachperson wählten). Als Gründe für die Bevorzugung einer Hausärztin beziehungsweise eines Hausarztes wurden meist deren Qualifikation und das höhere Vertrauen in deren Kompetenz genannt. Die erhobenen Präferenzen waren in der Regel auf frühere Erfahrungen und Gewohnheit zurückzuführen. Dies bedeutet, dass Personen, die gute Erfahrungen mit einer Pflegefachperson gemacht hatten, diesbezüglich offener waren als jene, die bisher noch keine solche Erfahrung hatten (Leach et al., 2018; Paddison et al., 2018).

Online-Konsultationstechnologien mit Videotelefonie sind auch in der Schweiz zunehmend verfügbar. Es ist denkbar, dass sie in Zukunft eine gewichtigere Rolle übernehmen. Vor 2020 werden diese Hilfsmittel allerdings noch selten genutzt (Edwards et al., 2017; Greis et al., 2018). Gemäss einer internationalen Literaturrecherche aus dem Jahr 2016 zeigten sich Patientinnen und Patienten mit Verschreibungen und Konsultation, die online via Videotelefonie stattfanden, mehrheitlich zufrieden. Geschätzt wurde insbesondere die damit einhergehende Bequemlichkeit. Ausnahmen fanden sich vor allem bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen, die eine Untersuchung am Körper erforderten. In diesen Fällen wurden persönliche Kontakte bevorzugt (Bashhur et al., 2016). Vor diesem Hintergrund soll in der vorliegenden Untersuchung abgeklärt werden, ob Konsultationen durch Hausärztinnen und Hausärzte (persönlich oder per Videotelefonie), andere Fachärztinnen und Fachärzte oder durch Pflegefachpersonen von der Bevölkerung präferiert werden und welche Bedeutung diesem Aspekt bei der Organisation von zukünftigen ambulanten Grundversorgungsmodellen zukommen soll.

Ein wichtiges Element der Konsultation ist auch der Einbezug der Patientinnen und Patienten in den Entscheidungsprozess (Schneider et al., 2006). Die verfügbare Literatur zeigt, dass «shared decision making» von Gesundheitsfachperson sowie von Patientinnen und Patienten im Allgemeinen geschätzt wird. Es kann auch aufgezeigt werden, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung zu verbesserten Kenntnissen der Patientinnen und Patienten über Krankheit, Behandlung und Medikation beiträgt. Dies führt dazu, dass Patientinnen und Patienten sicherer sind im Umgang mit ihrer Krankheit und sich von der behandelnden Person besser verstanden fühlen (Abu Al Hamayel et al., 2018; Bernhardsson et al., 2017; Halperin et al., 2018; O'Malley et al., 2017; Snell et al., 2017). In einer Online-Befragung, die in der Deutschschweiz durchgeführt wurde, zeigte sich, dass zwei Drittel der Befragten es bevorzugten, in den Entscheidungsprozess

miteinbezogen zu werden (Trageser et al., 2019). Allerdings finden sich ausländische Studien zum Thema, die darauf hinweisen, dass der Einbezug in die Entscheidungsfindung nicht für alle Gruppen der Bevölkerung gleich relevant ist. So legen beispielsweise ältere Patientinnen und Patienten mehr Wert auf autonome Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten als jüngere Patientinnen und Patienten (Trageser et al., 2019). Hingegen bevorzugten chronisch kranke Personen signifikant häufiger, von Gesundheitsfachpersonen in die Entscheidungsfindung miteinbezogen zu werden (Braun & Marstedt, 2014). In der vorliegenden Studie wird einerseits untersucht, ob sich diese Gruppenunterschiede auch in der Schweiz belegen lassen. Andererseits wird auf die Frage nach der Relevanz des Einbezuges der Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung bei der Gestaltung zukünftiger ambulanter Grundversorgungsmodellen eingegangen.

Auch die Führung eines elektronischen Patientendossiers wird im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung diskutiert. Indem verschiedene Gesundheitsfachpersonen die Möglichkeit haben, die Patientendaten einzusehen, kann die Versorgung durch unterschiedliche Leistungserbringer besser abgestimmt werden. Allerdings stellt dieser Datenaustausch auch hohe Anforderungen an den Datenschutz. Geklärt werden muss insbesondere die Frage, wer welchen Zugang zu Daten von Patientinnen und Patienten haben soll (BAG, 2019).³ Eine Untersuchung aus der Schweiz ergab 2020, dass über 90% der Befragten bereit sind, Hausärztinnen und Hausärzten zur Diagnose Einsicht in ihre Daten und in die Liste der verschriebenen Medikamente zu gewähren. Für weitere behandelnde Ärztinnen und Ärzte sind die Prozentzahlen etwas tiefer. Sie liegen aber dennoch bei über 80%. Der Anteil der Befragten, der weiteren Gesundheitsfachpersonen Einblick gewähren möchte, liegt bei rund 60% (gfs.bern, 2020). Eine Studie aus den USA ergab, dass 61% der Befragten damit einverstanden waren, ihre Daten mit all ihren Gesundheitsfachpersonen zu teilen. Hingegen waren die Bedenken gross, dass Dritte persönliche Daten online speichern würden (Bauer et al., 2017). In der Literatur werden insbesondere die Effizienz der Versorgung sowie die Zuverlässigkeit und die Verfügbarkeit von Informationen zur Krankheitsgeschichte und zu einzunehmenden Medikamenten durch verschiedene beteiligte Gesundheitsfachpersonen als Gründe genannt, die aus Sicht der Patientinnen und Patienten für das elektronische Patientendossiers sprechen (Feehan et al., 2017; Kooienga & Singh, 2017; Miners et al., 2017).

Ein weiteres Merkmal der Organisation von Konsultationen ist die Kontinuität der behandelnden Gesundheitsfachpersonen. In einer Umfrage aus den Vereinigten Staaten aus dem Jahr 2000 gaben 63% der Befragten an, dass sie es vorziehen, eine einzige reguläre Ärztin beziehungsweise einen einzigen regulären Arzt zu haben. 85% der Befragten waren bereit, drei oder vier Tage zu warten, um ihre reguläre Ärztin oder ihren regulären Arzt zu sehen (Lewis et al., 2000). Diverse Studien zeigten, dass personelle Kontinuität nicht nur für die Patientenzufriedenheit, sondern auch für

³ Überlegungen dazu flossen in das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier ein. Grundsätzlich hat die Patientin oder der Patient die Möglichkeit, gewissen Gesundheitsfachpersonen ein Zugriffsrecht zu erteilen oder zu entziehen (vgl. dazu Art. 9 EPDG).

die Qualität der Versorgung wichtig sind (Fan et al., 2005; Hjortdahl & Borchgrevink, 1991; Hjortdahl & Laerum, 1992). Dieser Erkenntnis steht die Tatsache gegenüber, dass in den letzten Jahren immer mehr Walk-in-Praxen entstanden sind, bei denen kein Termin vereinbart werden muss und entsprechend eine Kontinuität der Gesundheitsfachperson nicht gewährleistet oder ange-dacht ist.

Dieser Bericht wird daher die Frage beantworten, wie die Bevölkerung die personelle Kontinuität gegenüber der leichten Zugänglichkeit gewichtet. Zudem wird aufgezeigt, welche Bedeutung der Tatsache beigemessen wird, dass die Gesundheitsfachperson Einblick in die Krankengeschichte hat. Dabei wird nicht nur nach Bevölkerungsgruppen, sondern auch nach Situationen mit akuten Beschwerden und mit einer anstehenden Routineuntersuchung unterschieden.

Koordination

Der Bedarf einer stärkeren Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern sowie zwischen Leistungserbringern, Patientinnen und Patienten sowie Kostenträgern ist unbestritten. Dafür sprechen nicht nur Qualitäts-, sondern auch Effizienzüberlegungen. Aus diesem Grund wird der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung bereits seit einigen Jahren hohe Bedeutung zugesprochen. Das BAG hat dazu von 2017 bis 2020 ein Förderprogramm durchgeführt, das wissenschaftliche Grundlagen erarbeitet, Modelle guter Praxis verbreitet und Empfehlungen zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit, unter anderem für die ambulante Versorgung, entwickelt hat (BAG, 2021). Empfohlen wird unter anderem, dass sich die Leistungserbringer weiterhin für die Interprofessionalität einsetzen, diese Zusammenarbeit vorleben und einfordern. Zudem sollen Gemeinden Austauschgefässe bereitstellen, um informelle Beziehungen und das fachliche Vertrauen zwischen den Leistungserbringern zu fördern. Auf nationaler Ebene sollen Optimierungsmöglichkeiten in den Tarif- und Vergütungssystemen identifiziert sowie Lösungsvorschläge erarbeitet und umgesetzt werden. Elektronischen Hilfsmitteln wird für den interprofessionellen Einsatz eine grosse Bedeutung zugesprochen. Daher soll deren Anwendung gefördert werden. Zudem kamen die im Rahmen des Förderprogramms realisierten Untersuchungen zum Schluss, dass spezifische Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit im ambulanten Setting notwendig ist.

Besonders relevant ist die interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Grundversorgung bei der Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (GDK 2019). Bisherige, vorwiegend ausländische Studien zum Thema weisen zum Beispiel auf einen positiven Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Case Managern und der Patientenzufriedenheit hin (Jubelt et al., 2014; Stokes et al., 2015). Gemäss Hudon et al. berichteten Patientinnen und Patienten, die ein Case Management in Anspruch nahmen, über Verbesserungen im Zugang, in der Kommunikation, in der Koordination und in der Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Entscheidungsfindung (Hudon et al., 2015). In der Studie von Hudon et al.

wurde die Koordinationsarbeit von Pflegefachpersonen übernommen. In einer anderen Studie übernahmen Apothekerinnen und Apotheker diese Rolle. Dabei schätzten die Befragten die Informationen über Medikamente, die Hilfe beim Selbstmanagement und bei der Überwachung sowie die Beratung zur Prävention von Krankheiten sowie zum Management chronischer Krankheiten besonders (Hasan et al., 2015). Eine Schweizer Untersuchung ergab 2019, dass die Hälfte der Befragten der Einführung eines Case Managements bei chronischen Krankheiten positiv gegenübersteht (Trageser et al., 2019). Bisher gibt es aber noch keine Evidenz dazu, welche Gesundheitsfachpersonen die Schweizer Bevölkerung für die Übernahme von Koordinationsaufgaben in der ambulanten Gesundheitsversorgung präferiert. Dieser Frage geht deshalb die vorliegende Untersuchung nach. Ausserdem wird untersucht, ob Patientinnen und Patienten die Koordinationsperson von der Krankenversicherung zugewiesen erhalten möchten oder ob sie diese selbst wählen möchten.

1.3.3 Unterschiede nach soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen und Situationen der Patientinnen und Patienten

Unterschiede nach der Wohnregion

Bei der vorliegenden Studie werden unterschiedliche Präferenzen der Bevölkerung in Abhängigkeit von ihrer Wohnregion erwartet. Relevant erscheint insbesondere, ob die Befragten in der Stadt, in der Agglomeration oder auf dem Land wohnen. Zudem gibt es vermutlich Unterschiede zwischen den Landesteilen. Was sagt die Literatur dazu? Über regionale Unterschiede in den Präferenzen für die ambulante medizinische Grundversorgung ist wenig bekannt. Eine Schweizer Studie fand einen deutlichen Stadt-Land-Effekt im medizinischen Angebot und der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Das medizinische Angebot konzentriert sich, mit einigen Ausnahmen, hauptsächlich in städtischen Regionen und die Bevölkerung aus den städtischen Gebieten nimmt medizinische Leistungen deutlich häufiger in Anspruch als Personen aus intermediären und ländlichen Regionen (Sturny & Widmer, 2020). So ist es auch wahrscheinlich, dass sich die Präferenzen für die ambulante Gesundheitsversorgung und deren spezifische organisatorischen Merkmale aufgrund der strukturellen Gegebenheiten (z.B. Fahrdistanzen oder Dichte der Gesundheitsversorger) von Region zu Region unterscheiden. Besonders im föderalen System der Schweiz ist es wichtig, diese Unterschiede zu kennen, damit das Versorgungsangebot diese berücksichtigen kann. Die Bundesverfassung verpflichtet Bund und Kantone nämlich, im ganzen Land für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Schweizer Studien und Statistiken weisen jedoch auf erhebliche Unterschiede in der ambulanten Gesundheitsversorgung hin; nicht nur zwischen städtischen und ländlichen Regionen, sondern auch zwischen den Sprachregionen der deutschen

und französischen Schweiz sowie dem Tessin (z.B. Jordi 2018; Vatter und Rüefli 2014).

Unterschiede nach dem Gesundheitszustand

Es ist auch zu erwarten, dass die Präferenzen für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung in einem Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand stehen. Insbesondere ist anzunehmen, dass Personen, die von einer chronischen Krankheit betroffen sind, spezielle Bedürfnisse haben. Jung et al. (2003) identifizieren in ihrer Studie den Gesundheitszustand als wichtigen Indikator für die Präferenzen der Patientinnen und Patienten gegenüber der medizinischen Grundversorgung. Die Autoren kommen zum Schluss, dass Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand mehr Wert auf persönliche Betreuung, ausreichend Zeit für Gespräche über Gesundheitsprobleme oder kurze Wartezeiten legen als der Durchschnitt. Braun und Marstedt haben gezeigt, dass chronisch kranke Personen signifikant häufiger von Gesundheitsfachpersonen in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden wollen als Personen, die nicht von einer chronischen Krankheit betroffen sind (Braun & Marstedt, 2014). Eine Schweizer Studie zeigt auf, dass es für Personen mit schlechtem Gesundheitszustand vergleichsweise wichtiger ist, eine Ärztin oder einen Arzt als Ansprechperson zu haben. Zudem haben diesen Personen höhere Erwartungen an eine funktionierende Koordination ihrer Versorgung (Trageser et al., 2019).

Einige Studien sind der Frage nachgegangen, ob die Akzeptanz von Gesundheitsinformationstechnologien vom Gesundheitszustand abhängt (Arcury et al., 2020; Chae et al., 2000; Jeannot et al., 2004; Or & Karsh, 2009). Die Ergebnisse sind nicht eindeutig: Während Chae et al. (2000) einen positiven Zusammenhang zwischen einem guten Gesundheitszustand und der Akzeptanz von Informationstechnologien finden, stellen Jeannot et al. (2004) fest, dass Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand eher bereit sind, online nach Gesundheitsinformationen zu suchen. Arcury et al. (2020) fand keinen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der Nutzung des Internets.

Unterschiede nach dem Alter

Eine Übersichtsarbeit von Jung et al. (2003) zeigt, dass sich die Bedürfnisse jüngerer Patientinnen und Patienten deutlich von denjenigen älterer unterscheiden: Jüngere Patientinnen und Patienten legen unter anderem mehr Wert auf technische Aspekte der Versorgung. Andreassen et al., (2007) etwa zeigen, dass jüngere Personen eine grössere Bereitschaft ausweisen, das Internet für Gesundheitszwecke zu nutzen als ältere Personen. Eine systematische Übersichtsarbeit zur Akzeptanz von Gesundheitsinformationstechnologie weist darauf hin, dass die meisten Studien einen signifikanten Zusammenhang von Alter und Akzeptanz von Gesundheitsinformationstechnologie belegen. Jüngere Personen sind generell offener für die Nutzung solcher Technologien als ältere Personen (Or & Karsh, 2009). Verfügbare Untersuchungen,

wie beispielsweise die Studie von Braun und Marstedt (2014), zeigen, dass jüngere Patientinnen und Patienten höhere Präferenzen für ihren Einbezug in die Entscheidungsfindung haben als ältere. Ältere Patientinnen und Patienten legen dagegen mehr Gewicht auf die Kontinuität der persönlichen Beziehung zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt. Der Zusammenhang zwischen der Kontinuität der Versorgung und patientenzentrierter Versorgung und dem Alter zeigt sich auch im Rahmen einer Studie aus der Schweiz. Insbesondere die mittlere Generation schätzt diese beiden Konzepte wichtiger ein als die jüngeren respektive älteren Personen (Droz et al., 2019). Zahlen aus der Schweiz zeigen ebenfalls, dass jüngere Befragte eine höhere Anspruchshaltung gegenüber der Gesundheitsversorgung aufweisen als ältere. Dies zeigt sich etwa darin, dass sie einen grösseren Wert auf eine hohe Qualität der ärztlichen Versorgung und spontane Termine legen als ältere Befragte (Trageser et al., 2019).

Unterschiede nach dem Einkommen

Es kann weiter angenommen werden, dass die Präferenzen bezüglich der ambulanten Gesundheitsversorgung vom Einkommen der Befragten abhängen. Grundlegende Unterschiede beim Gesundheitszustand nach Einkommen sind bekannt. So steht beispielsweise ein niedriges Einkommen in der Schweizer Bevölkerung in einem negativen Zusammenhang mit dem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und in einem positiven Zusammenhang mit dem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Letzteres wird mit den zu erwartenden Kosten erklärt (Spiess & Schnyder-Walser, 2018). Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit niedrigem Einkommen tiefere Krankenversicherungsprämien präferieren, auch wenn damit Einschränkungen beim Zugang zur Grundversorgung verbunden sind. Allerdings bestätigte eine 2019 durchgeführte Schweizer Studie diese Hypothese nicht. Einkommensschwächere Personen waren nicht eher bereit, für eine Prämienreduktion Einschränkungen beim Zugang zur und bei der Qualität der Gesundheitsversorgung zu akzeptieren (Trageser et al., 2019). Allerdings gilt es zu beachten, dass Personen mit niedrigem Einkommen Prämienverbilligungen erhalten. Dies kann deren Präferenzen für ein Versicherungs- und Versorgungsmodell beeinflussen, da Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen die Prämienlast nicht selbst tragen (Kaufmann et al., 2017).

Unterschiede nach dem Geschlecht

Bislang gibt es nur wenige Studien dazu, wie sich die Präferenzen für die ambulante Gesundheitsversorgung zwischen Männern und Frauen unterscheiden. Zwei Arbeiten zeigen jedoch, dass Frauen mehr an gesundheitsbezogenen Informationen interessiert sind als Männer (Ek, 2015; Stewart et al., 2004). Andere Ergebnisse besagen, dass Frauen Telemedizin stärker bevorzugen als Männer (Polinski et al., 2016). Trotz fehlender Evidenz kann vermutet werden, dass die Präferenzen bezüglich der ambulanten

Gesundheitsversorgung mit dem Geschlecht der Befragten zusammenhängen. Dies ist aus mehreren Gründen zu erwarten: Erstens gibt es biologische Unterschiede sowie unterschiedliche Lebenserfahrungen von Männern und Frauen, die gesundheitsrelevant sind (BFS, 2020b). So haben Frauen zwar eine höhere Lebenserwartung bei der Geburt, sie haben aber generell einen schlechteren Gesundheitszustand als Männer. Dies zeigt sich zum Beispiel dadurch, dass mehr Frauen als Männer mit mindestens einer chronischen Krankheit oder einem langfristigen Gesundheitsproblem leben müssen (BFS, 2020b). Zweitens sind neben diesen allgemeinen gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern und den unterschiedlichen Auswirkungen von psychosozialen Belastungen auf die Gesundheit auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Nutzung des Gesundheitssystems zu beobachten. Frauen nehmen Screening- und Präventionsprogramme konsequenter in Anspruch als Männer (Le Talec et al., 2019). Zudem suchen sie häufiger eine Ärztin oder einen Arzt auf. Diese Unterschiede können einerseits durch gesundheitliche Ungleichheiten erklärt werden (BFS, 2018). Andererseits lassen sie sich auch als Folge sozialer Geschlechterrollen interpretieren, die beeinflussen, wie man sich um andere und sich selbst kümmert (BFS, 2020b). Aufgrund von Unterschieden im Gesundheitszustand, in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, in den Lebenserfahrungen und in den sozialen Geschlechterrollen ist davon auszugehen, dass sich auch die Präferenzen bezüglich der ambulanten Gesundheitsversorgung nach dem Geschlecht der Befragten unterscheiden.

Unterschiede nach der Internetnutzung

Es kann davon ausgegangen werden, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Internetnutzung und den Präferenzen für Merkmale der ambulanten Grundversorgung, wie beispielsweise dem Zugang und der Organisation, gibt. Personen, die das Internet häufiger nutzen, legen vermutlich mehr Wert auf technische Aspekte der Gesundheitsversorgung. Auch akzeptieren und präferieren sie digitale Gesundheitsoptionen vermutlich eher als Personen, die das Internet weniger nutzen. Allerdings ist dieser Zusammenhang unseres Wissens bisher nicht wissenschaftlich untersucht worden.

Es ist wahrscheinlich, dass jüngere Menschen das Internet öfter nutzen als ältere Personen, wobei dieser Zusammenhang weniger durch einen Alterseffekt als durch einen Kohorteneffekt⁴ erklärt werden kann. Mit anderen Worten: Ältere Menschen haben eine geringere Präferenz für Technologien (dazu zählt auch die Internetnutzung), weil sie im Durchschnitt weniger mit ihnen vertraut sind. Wenn diese Annahme zutrifft, wird dieser Unterschied in den Präferenzen für die Nutzung neuer Technologien nach Alter in Zukunft abnehmen, wenn auch die älteren Personen mit der Nutzung des Internets aufgewachsen sind.

⁴ Eine Kohorte bezeichnet eine Population, deren Mitglieder im gleichen Zeitraum geboren wurden und somit vergleichbaren epochalen Einflüssen ausgesetzt waren oder sind. Der Kohorteneffekt bezieht sich auf

Unterschiede nach Grund für die Konsultation

Bisherige Untersuchungen zeigen auf, dass die Ursache einer Konsultation die Präferenzen für bestimmte Merkmale des Gesundheitsversorgungsmodells massgeblich beeinflusst (Schneider et al. 2006; Gerard 2015). Gerard et al. (2015) kommt beispielsweise zum Schluss, dass Patientinnen und Patienten mit leichteren Erkrankungen lieber eine Pflegefachperson konsultieren würden als eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt. Wie bereits beschrieben wurde, lassen sich Patientinnen und Patienten bei kleineren Beschwerden gerne in Apotheken beraten und untersuchen. Bei stärkeren Symptomen oder grösseren körperlichen Untersuchungen suchen sie dagegen lieber eine Ärztin oder einen Arzt auf (Feehan et al., 2017; gfs.Bern, 2020; Naik-Panvelkar et al., 2012). Ein ähnliches Muster zeigt sich bei Online-Konsultationen: Patientinnen und Patienten sind mit Online-Konsultationen dann zufrieden, wenn keine Untersuchung am Körper erforderlich ist (Bashshur et al., 2016).

1.4 Aufbau der Studie

Die vorangegangenen Ausführungen haben den Stand der Forschung dargestellt und die untersuchungsleitenden Fragestellungen eingebettet. Im nachfolgenden Kapitel 2 werden die Methodik und das Design der Untersuchung erläutert. Dazu wird zuerst die repräsentative Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern (im Rahmen des Forschungsprojekts Health2040) als Kernstück für die vorliegende Studie beschrieben. Der Fokus wird auf die Beschreibung des Discrete-Choice-Experiments gelegt. Danach werden die für die Analyse verwendeten statistischen Verfahren vorgestellt.

Im Kapitel 3 folgen die Resultate der Auswertung. Die Resultate sind entlang der folgenden vier Themen strukturiert: die Beurteilung der aktuellen Situation der ambulanten Grundversorgung, die Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich einzelner Aspekte zukünftiger ambulanter Grundversorgung, die kombinierten Präferenzen der Bevölkerung für zukünftige Modelle der ambulanten Grundversorgung und schliesslich die Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich längerfristigen Trends der medizinischen Grundversorgung. Bei allen vier Themen werden in einem ersten Schritt die Resultate für die Gesamtbevölkerung dargestellt und in einem zweiten Schritt Analysen nach spezifischen Bevölkerungsgruppen durchgeführt.

Im Kapitel 4 folgen die Diskussion und das Fazit der vorliegenden Studie. Dieses Kapitel diskutiert die Konsequenzen, die aus den Ergebnissen für die Ausgestaltung künftiger Versorgungsmodelle gezogen werden können. Den Abschluss des Berichts bildet der Anhang mit den ausführlichen tabellarischen Darstellungen.

Unterschiede zwischen Individuen verschiedener Generationen, die auf unterschiedliche soziale und umweltbezogene Einflüsse zurückgeführt werden können (Stangl, 2021).

2 Methodik und Design

2.1 Bevölkerungsbefragung

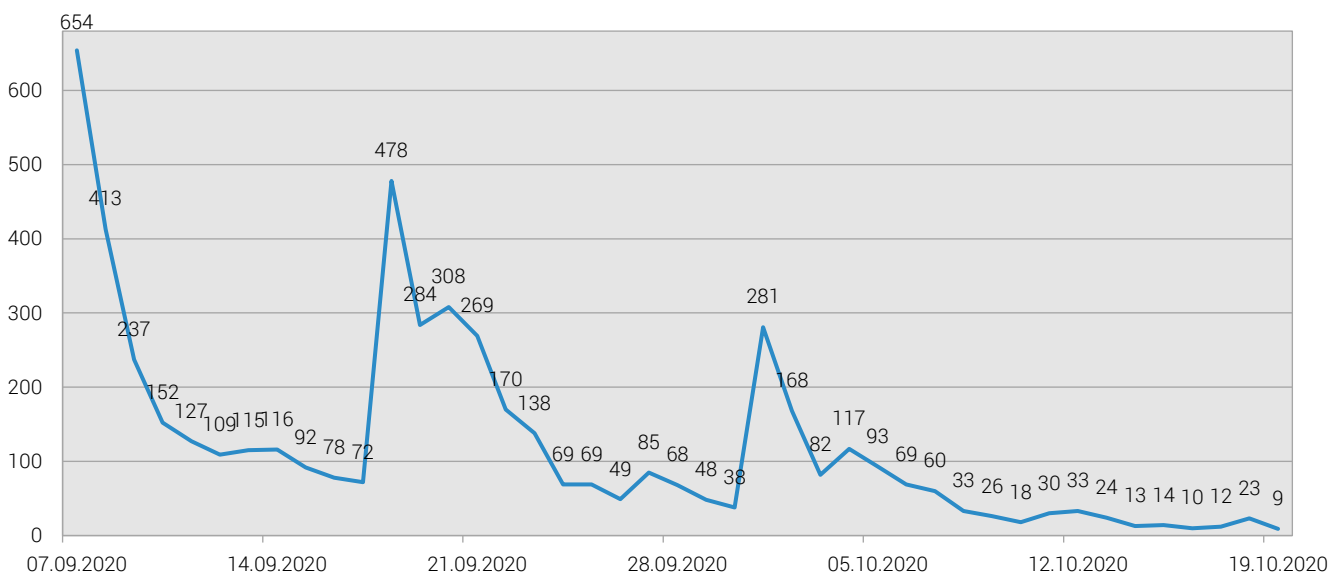
Im Zentrum der vorliegenden Untersuchung steht eine quantitative Befragung der Schweizer Bevölkerung zur ambulanten Grundversorgung (durchgeführt im Rahmen des Forschungsprojekts Health2040 der Universität Luzern). In diesem Abschnitt werden die Methodik und die wesentlichen inhaltlichen Elemente der Befragung beschrieben. Zudem wird auf die Merkmale der Stichprobe eingegangen, die der Befragung zugrunde liegt.

2.1.1 Erhebungsmethode

Die Erhebung fand vom 7. September bis am 19. Oktober 2020 statt. Die Grundlage für die Auswahl der Befragten bildete der Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen des Bundesamts für Statistik. Der Stichprobenrahmen basiert auf dem Einwohnerregister der Gemeinden und der Kantone. Er wird regelmässig aktualisiert. Aus der Grundgesamtheit wurde für das Projekt eine Stichprobe von 12'097 Individuen der volljährigen Bevölkerung gezogen. Die Stichprobe deckt alle Sprachregionen ab.

Um zu aussagekräftigen Ergebnissen für die italienischsprachige Schweiz zu gelangen, wurde das Sample für diese Sprachregion vergrössert. Entsprechend waren 61% der Stichprobe aus dem deutschsprachigen Teil, 22% aus dem französischsprachigen Teil und 17% aus dem italienischsprachigen Teil der Schweiz. Alle 12'097 Individuen wurden durch das BAG per Post zur Online-Befragung eingeladen. Das Einladungsschreiben beinhaltete einen Link zur Befragung sowie ein personalisiertes Passwort, mittels dessen sich die Personen zur Befragung einwählen konnten. Für die Abwicklung der Befragung war das Kompetenzzentrum für Sozialwissenschaften FORS zuständig. Elf Tage nach dem Versand des Einladungsschreibens wurde all jenen Teilnehmenden, die bis dahin die Befragung noch nicht abgeschlossen hatten, ein Erinnerungsschreiben zugestellt. Eine zweite Erinnerung folgte nach weiteren 23 Tagen. Die Befragung fand ausschliesslich online statt. Die Forschung zeigt, dass Online-Umfragen in Ländern, in denen das Internet breit genutzt wird, auch für ältere Menschen eine gute Alternative zu schriftlichen Umfragen darstellen (Kelfve et al., 2020).

G 2.1 Rücklauf der Befragung über die Zeit (Anzahl Antworten pro Tag)



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Nach Abschluss der Befragung sind 5353 Antworten eingegangen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 44,3%. Der Rücklauf über die Zeit hinweg wird in der Grafik G 2.1 illustriert. Nach Ausschluss der Befragten, welche die Umfrage in weniger als zehn Minuten ausgefüllt haben (358 Befragte)⁵, derjenigen, die die Umfrage nicht abgeschlossen haben (157 Befragte) und jener, die eine Frage der zu untersuchenden Variablen nicht beantwortet haben⁶ (568 Befragte), basiert die bereinigte Stichprobe auf 4269 Antworten.

Ein grosser Teil der nachfolgend dargestellten Ergebnisse soll die Meinung der volljährigen Schweizer Bevölkerung darstellen und deshalb auf einem für diese Bevölkerungsgruppe repräsentativen Sample basieren. Aufgrund des Oversamplings der italienischsprachigen Bevölkerung musste für diesen Zweck aus den Antworten ein Subsample von 161 Personen italienischsprachigen Schweiz gezogen werden. Die Auswertungen, die sich auf die gesamte Schweiz beziehen, beruhen daher auf einem Sample von 3780 Personen. Deren Verteilung entspricht nach Sprachregion annähernd der Verteilung der Gesamtbevölkerung gemäss Erhebung der ständigen Wohnbevölkerung nach Alter, Kantonen, Bezirke und Gemeinden des BFS von 2019: 69,5% der Befragten stammen aus der deutschsprachigen Schweiz (BFS: 70,2%), 26,3% aus der französischsprachigen Schweiz (BFS: 25,5%) und 4,3% aus der italienischsprachigen Schweiz (BFS: 4,3%). Für die Analysen von Unterschieden zwischen den Sprachregionen wurde das gesamte Sample mit 4269 Personen verwendet. Dieses grosse Sample besteht aus 61,5% der Befragten aus der deutschsprachigen Schweiz, 23,3% der Befragten aus der französischsprachigen Schweiz und 15,2% der Befragten aus der italienischsprachigen Schweiz.

2.1.2 Verteilung der Stichprobe

Tabelle T 2.1 veranschaulicht die Verteilung der Befragten nach den soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, chronische Krankheit, Bildungsniveau und monatliches Netto-Haushaltseinkommen. Darüber hinaus erlaubt die Tabelle einen Vergleich mit der Verteilung dieser soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmale innerhalb der Schweizer Bevölkerung. Die Altersstruktur der Stichprobe entspricht gemäss der Erhebung der ständigen Wohnbevölkerung nach Alter, Kanton, Bezirk und Gemeinde von 2019 weitgehend derjenigen der Schweizer Gesamtbevölkerung (BFS, 2019). Die Tatsache, dass die über 64-Jährigen in der Stichprobe nur marginal unterrepräsentiert sind, zeigt, dass auch die älteren Bevölkerungsgruppen mit der Online-Befragung gut erreicht werden konnten. Die Geschlechterverteilung der Schweiz wird gemäss der Verteilung der ständigen Wohnbevölkerung von

2020 in der Stichprobe sehr genau abgebildet (BFS, 2020c). Dasselbe gilt für die Verteilung der Befragten nach deren Gesundheitszustand gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2017 und nach höchstem Bildungsabschlusses gemäss den Bildungsindikatoren von 2020 (BFS, 2020a). Bei all diesen Gruppen betragen die Unterschiede zwischen den Antworten und der Verteilung in der Schweizer Bevölkerung maximal

T 2.1 Verteilung der Stichprobe im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung

Soziodemografische/gesundheitsbezogene Merkmale	Stichprobe		Schweizer Bevölkerung	
	Prozentual	Absolut	Prozentual	
Alter	18–34	22,7%	858	26,0%
	35–49	28,1%	1 063	26,0%
	50–64	29,4%	1 112	26,0%
	65+	19,8%	747	22,0%
	<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>3 780</i>	<i>100,0%</i>
Geschlecht	Weiblich	49,9%	1 885	50,4%
	Männlich	50,1%	1 895	49,6%
	<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>3 780</i>	<i>100,0%</i>
Gesundheitszustand	Gut	84,5%	3 189	84,7%
	Mittel	13,5%	511	11,8%
	Schlecht	2,0%	76	3,5%
	<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>3 776</i>	<i>100,0%</i>
Chronische Krankheit	Ja	38,5%	1 456	32,7%
	Nein	61,5%	2 324	67,3%
	<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>3 780</i>	<i>100,0%</i>
Bildungs-niveau	Primär	8,9%	337	10,7%
	Sekundär	46,2%	1 745	44,0%
	Tertiär	44,9%	1 695	45,3%
	<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>3 777</i>	<i>100,0%</i>
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (CHF)	< 3'000	8,0%	302	
	3 001–5 000	18,5%	700	
	5 001–7 000	20,9%	789	
	7 001–9 000	16,8%	634	
	9 001–11 000	11,3%	426	
	11 001–13 000	7,1%	268	
	> 13'001	7,4%	280	
	Keine Antwort	10,1%	381	
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>3 780</i>		

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern– September und Oktober 2020. © Obsan 2021

⁵ Dieser Ausschluss wurde vorgenommen, weil es für die Beantwortung der Fragen relevant war, die gegebenen Informationen zu lesen, die den Fragen teilweise vorangestellt waren. Bei einer Antwortzeit von weniger als zehn Minuten ist davon auszugehen, dass dies nicht gemacht wurde.

⁶ Eine Ausnahme wurde bei der Frage nach dem Einkommen gemacht. Da diese Frage typischerweise von vielen nicht beantwortet wird, wurden Personen mit einer fehlenden Antwort bei dieser Frage in der Stichprobe belassen.

rund 3 Prozentpunkte. Die grösste Diskrepanz zwischen der Stichprobe und der Schweizer Bevölkerung zeigt sich bei der Prävalenz von chronischen Krankheiten. Während laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 32,7% der Schweizer Bevölkerung an einer chronischen Krankheit litten, sind es in unserer Umfrage 38,5% (Obsan, 2019). Das gesundheitsbezogene Merkmal chronische Erkrankung wurde in der vorliegenden Befragung gleich abgefragt wie in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, so dass der Grund für die Differenz nicht darin liegen kann. Die Tatsache, dass die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) Schweizerinnen und Schweizer ab 15 Jahren befragte, während die vorliegende Untersuchung 18 Jahre als minimales Alter vorgab, könnte dagegen einen Teil dieses Unterschieds erklären. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit ist, dass Personen mit chronischer Erkrankung aufgrund ihres Interesses am Thema eher an der Befragung teilgenommen haben.

Die Übervertretung der Personen mit einer chronischen Krankheit reduziert die Repräsentativität der Stichprobe marginal. Trotzdem kann vor dem Hintergrund der Verteilung der übrigen soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmale aber davon ausgegangen werden, dass die vorgestellten Befragungsergebnisse die Einstellung der Schweizer Bevölkerung weitgehend repräsentativ abbilden.

2.1.3 Inhalt der Befragung

Der Fragebogen bestand aus vier Teilen: Im *ersten Teil* wurde das Forschungsprojekt kurz beschrieben. Zudem wurden erste Fragen zum soziodemografischen Hintergrund gestellt.

Der *zweite Teil* der Befragung beinhaltete das Discrete-Choice-Experiment. Es gab zwei Hauptversionen des Experiments mit jeweils zwei unterschiedlichen Gründen für die Untersuchung: Die eine Hauptversion des Experiments fokussierte auf die Situation eines akuten gesundheitlichen Problems, die andere auf eine anstehende Routineuntersuchung. Bei beiden Situationen wurden zwei Gründe für die Untersuchung unterschieden. Bei der akuten Situation des Experiments wurde zwischen akuten Ohrenschmerzen und stechendem Schmerz im Fussgelenk unterschieden. Bei der Version des Experiments mit der Routineuntersuchung wurde zwischen einer altersabhängigen Vorsorgeuntersuchung und einer Routineuntersuchung bei einer chronischen Diabeteserkrankung unterschieden. Die Situationen und Gründe für die Untersuchung wurden gemeinsam mit Expertinnen und Experten der ambulanten medizinischen Grundversorgung ausgewählt. Die medizinische Beschreibung der Gründe für die Untersuchung erfolgte mit Fachleuten des Zentrums für Hausarztmedizin und Community Care der Universität Luzern sowie in Rücksprache mit einer Vertretung der FMH (vgl. Anhang 6.1). Ziel war es, zwei Situationen in den Fokus zu rücken, die heute einen grossen Teil der ambulanten Gesundheitsversorgung ausmachen. Die zwei Gründe für die Untersuchung pro Situation unterscheiden sich im Grad der Dringlichkeit und der Unsicherheit der Gesundheitsbeschwerden. Auf diese Weise sollte es möglich sein zu analysieren, ob

diese Faktoren einen Einfluss auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Bevölkerung bezüglich der abgefragten Merkmale haben. Die Differenzierung in der Routinebehandlung zielte auf die Untersuchung der Frage ab, ob bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung spezifische Bedürfnisse und Präferenzen in Bezug auf die abgefragten Merkmale bestehen. Weitere Ausführungen zum DCE finden sich im nachfolgenden Abschnitt 2.2.

Der *dritte Teil* der Befragung deckte weitere Fragen zu Präferenzen und Einstellungen bezüglich der medizinischen Grundversorgung ab. Diese Fragen bezogen sich auf die gegenwärtige und die zukünftige Grundversorgung. Aufgrund der aktuellen Covid-19-Pandemie wurde ausserdem eine Frage dazu ergänzt. Die Antworten zu diesen Fragen werden in den Abschnitten 3.1 und 3.4 präsentiert.

Der *vierte Teil* der Befragung beinhaltete Fragen zu verschiedenen soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen. Sie bezogen sich auf den Gesundheitszustand, die Gesundheitskompetenzen, die gewählte Krankenversicherung sowie weitere soziodemografische Faktoren. Wo immer möglich orientierten wir uns bei diesen Fragen an bestehenden Fragebögen, wie beispielsweise jenen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.

2.2 Beschreibung des Discrete-Choice-Experiments

Das Herzstück der Untersuchung bildet ein Discrete-Choice-Experiment (DCE). Was ein DCE ist, wie wir unser DCE entwickelt haben und wie das DCE dieser Untersuchung aussieht, wird in diesem Abschnitt erläutert.

2.2.1 Grundlagen des Ansatzes

Damit ein Produkt, eine Dienstleistung oder eine politische Intervention auf einem Markt oder in der Politik erfolgreich ist, müssen die Eigenschaften des Produkts, der Dienstleistung oder der Intervention mit den Präferenzen der Zielgruppe übereinstimmen. Sind keine (Markt-)Daten verfügbar, die eine direkte Messung von Präferenzen zulassen, können experimentelle Ansätze beigezogen werden, um solche Daten zu erarbeiten. Dies ist der Fall, wenn es beispielsweise um Dienstleistungen geht, die noch nicht existieren oder zu denen es noch keine Daten gibt. Verbreitete Befragungsformen sind in diesem Zusammenhang DCE, die es erlauben, hypothetische Entscheidungen zu simulieren (Viney et al., 2002). Den Befragten werden verschiedene Produkte oder Dienstleistungen der gleichen Art gezeigt, die sich in ihren Hauptmerkmalen voneinander unterscheiden. Die Befragten werden gebeten, ihre präferierte Option auszuwählen. Auf diese Weise lassen sich durch DCE Präferenzen für Situationen erheben, in deren Beurteilung gleichzeitig mehrere Merkmale einbezogen werden müssen, die ein Produkt, eine Dienstleistung oder eine politische Intervention charakterisieren (ebd.). Dies spiegelt die Realität wider, in der es in der Regel auch verschiedene Versionen desselben

Produkts oder derselben Dienstleistung gibt, die sich in wesentlichen Merkmalen voneinander unterscheiden. In den letzten Jahren ist die Verwendung von DCE im Bereich der Gesundheitswissenschaften im Allgemeinen und speziell zur Untersuchung der Präferenzen von Zielgruppen für verschiedene gesundheitspolitische und -ökonomische Interventionen immer beliebter geworden (z.B. Howard et al., 2016; Schwarzinger et al., 2021; Tang et al., 2016; Thrasher et al., 2018).

Zuerst wurden die Merkmale und deren Ausprägungen ausführlich beschrieben und das Konzept dieses Befragungsteils erläutert. Anschliessend wurden die Befragten gebeten, bei jedem Merkmal die favorisierte Ausprägung zu benennen. Im Anschluss wurden verschiedene Ausprägungen der ausgewählten Merkmale zu hypothetischen Auswahlmöglichkeiten von Alternativen zusammengestellt (vgl. dazu den Abschnitt «Festlegung des Designs des DCE»). Die Befragten wurden gebeten, nacheinander fünf Mal ihre Präferenz für jeweils eine von zwei zukünftigen Organisationsformen ambulanter medizinischer Gesundheitsversorgung anzugeben. Die jeweils einander gegenübergestellten Organisationsformen werden als Choice-Sets bezeichnet (vgl. dazu Grafik G 2.2). Choice-Sets haben identische Merkmale, aber unterscheiden sich in deren Ausprägungen.

Die DCE-Methode wurzelt in der etablierten Random-Utility-Theorie, die auf Thurstone (1927) zurückgeht und von McFadden weiterentwickelt wurde (McFadden, 1986; Thurstone, 1927). Diese Theorie besagt, dass Individuen rational handeln, um ihren persönlichen Nutzen zu maximieren. Es wird angenommen, dass ein Individuum bei der Wahl zwischen mehreren Optionen jene Alternative wählt, die ihm den höchsten individuellen Nutzen bietet. Dieser individuelle Nutzen wiederum hängt vom Nutzen ab, den das Individuum mit den gezeigten Ausprägungen der Merkmale verbindet (Lancaster, 1966). Übertragen auf den Kontext des vorliegend vorgestellten Projekts bedeutet dies, dass die individuelle Präferenz, in einem bestimmten ambulanten medizinischen Grundversorgungsmodell behandelt zu werden, mit den individuellen Präferenzen zusammenhängen, welche die Befragten mit den Ausprägungen der Merkmale dieses Modells verbinden (z.B. zeitlicher Zugang oder Kosten). Die Methode erlaubt es deshalb, die Relevanz der verschiedenen Merkmale und Ausprägungen für die Entscheidung der Zielgruppe zu messen (Settumba et al., 2019). Die Ergebnisse können entweder für die gesamte Stichprobe oder für einzelne Untergruppen analysiert werden (Mangham et al., 2009a). Die Ergebnisvariable ist die Wahl eines ambulanten medizinischen Grundversorgungsmodells. Diese Wahl hängt von den Präferenzen des Individuums für die spezifischen Merkmale dieses Modells ab.

2.2.2 Ausarbeitung des DCE in der vorliegenden Untersuchung

Auswahl der Merkmale und der Ausprägungen

Der erste Schritt der Anwendung der DCE-Methode stellt die Auswahl der Merkmale und der Ausprägungen dar (Settumba et al., 2019). Diese Auswahl beeinflusst die Erklärungskraft einer Studie (Mangham et al., 2009). Daher ist es bedeutsam, dass sie auf systematische, gründliche und transparente Weise erfolgt (Abiiri et al., 2014; Coast et al., 2012).

Den Ausgangspunkt des Auswahlverfahrens bildete die in Abschnitt 1.3.1 ausgeführte Literaturanalyse. Daraus ergab sich eine erste Liste von Merkmalen und Ausprägungen, die sich an den von der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» der GDK und des BAG im Jahr 2012 identifizierten acht Leitideen orientiert (GDK & BAG, 2012). Die Liste wurde mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie, mit Forscherinnen und Forschern der Gesundheitswissenschaften, Expertinnen und Experten für DCE, Vertretenden der Berufsverbände der Allgemeinmedizin und einer Zukunftsforscherin im Gesundheitsbereich in Einzelgesprächen diskutiert. Weiter fanden Fokusgruppengespräche mit angehenden Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftlern statt, insbesondere, um die Sicht junger Menschen einzubringen. Die Diskussion der Ergebnisse aus der Literaturanalyse mit Expertinnen und Experten sowie die zusätzlichen Fokusgruppengespräche erlaubten es, einerseits die aus der Literatur entnommenen Charakteristiken zu bewerten und zu ergänzen. Andererseits dienten sie auch dazu, den Einbezug von Merkmalen sicherzustellen, die spezifisch für den Schweizer Kontext relevant sind.

Wenn ein Produkt mit zu vielen Merkmalen beschrieben wird, werden die Befragten nicht in der Lage sein, alle Merkmale bei ihrer Wahl einer Option zu berücksichtigen (De Brún et al., 2018; DeShazo & Fermo, 2002; Settumba et al., 2019). Deshalb musste die Liste von möglichen Merkmalen und Ausprägungen überschaubar gehalten werden. Dazu wurden die gesammelten Merkmale von 29 Vertreterinnen und Vertretern der Allgemeinbevölkerung sowie neun Expertinnen und Experten der ambulanten medizinischen Grundversorgung nach ihrer Relevanz priorisiert. Basierend auf diesen Priorisierungen wurden neun Merkmale ausgewählt. Die ausgewählten Merkmale sind: Erste Kontaktstelle, Art der ersten Kontaktaufnahme, Hauptverantwortliche Behandlungsperson, Öffnungszeiten, Kontinuität, Entscheidung über Behandlung, Koordinationsperson, Zuteilung der Koordinationsperson und Entwicklung der monatlichen Prämien. Der Auswahlprozess zeigte, dass es notwendig war, hauptsächlich zwei Experimente zu unterscheiden: eines, das den Kontakt mit Gesundheitsfachpersonen aufgrund eines akuten gesundheitlichen Problems beschreibt, und eines, das eine Routineuntersuchung darstellt. Fünf der gewählten Merkmale wurden in beide Situationen integriert. Zwei weitere Merkmale beziehen sich ausschliesslich auf die Situation mit einem akuten Anliegen, zwei auf die Routineuntersuchung. Tabelle

T 2.2 Eingeschlossene Merkmale und Ausprägungen im Discrete-Choice-Experiment

Verwendung DCE	Merkmale	Ausprägungen
Nur DCE zur akuten gesundheitlichen Belastung	Erste Kontaktstelle	<ul style="list-style-type: none"> - Hausärztin/Hausarzt - Apothekerin/Apotheker - Pflegefachperson mit Hochschulabschluss - Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss - App (beantworten von Fragen zu den Symptomen und zur Krankengeschichte)
Nur DCE zur akuten gesundheitlichen Belastung	Art der ersten Kontaktaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> - Videotelefonie - Telefon - Persönliches Vorbeigehen
Beide DCE	Hauptverantwortliche Behandlungsperson	<ul style="list-style-type: none"> - Fachärztin/Facharzt - Hausärztin/Hausarzt - Pflegefachperson mit Hochschulabschluss - Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt. Pflegefachperson mit Hochschulabschluss führt Anweisungen aus.
Beide DCE	Öffnungszeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Bürozeiten: 09.00–18.00 Uhr - Verlängerte Bürozeiten: 07.00–22.00 Uhr - Rund um die Uhr
Beide DCE	Kontinuität	<ul style="list-style-type: none"> - Kennt gesundheitliche Vorgeschichte und hat Einblick in Patientendossier - Kennt gesundheitliche Vorgeschichte nicht, hat aber Einblick in Patientendossier - Kennt gesundheitliche Vorgeschichte nicht und hat keinen Einblick in Patientendossier
Beide DCE	Entscheidung über Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Patientin/Patient entscheidet - Patientin/Patient entscheidet zusammen mit der behandelnden Person - Die behandelnde Person entscheidet
Nur DCE zur Routineuntersuchung	Koordinationsperson	<ul style="list-style-type: none"> - Hausärztin/Hausarzt - Apothekerin/Apotheker - Pflegefachperson mit Hochschulabschluss - Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss
Nur DCE zur Routineuntersuchung	Zuteilung der Koordinationsperson	<ul style="list-style-type: none"> - Wird durch Krankenversicherung zugewiesen - Patientin/Patient wählt selbst
Beide DCE	Entwicklung der monatlichen Prämien	<ul style="list-style-type: none"> - Zunahme um 100 Franken - Zunahme um 50 Franken - Bleibt gleich - Abnahme um 50 Franken - Abnahme um 100 Franken

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021

T 2.2 hält die Merkmale und die Ausprägungen fest, die in die Untersuchung eingeflossen sind und entlang der die Analyse gemacht wird.

Den Abschluss der Vorbereitung der Erhebung bildete der Pre-Test. Dieser bestand aus zwei Teilen: Zuerst wurde das DCE mittels der Methode des Think-aloud-Protokolls getestet (Ryan et al., 2009). Dabei beantworteten sechs Personen den Teil des Fragebogens, der sich auf das Experiment bezog. Sie wurden gebeten, laufend zu kommentieren, was sie sich bei der Beantwortung der Fragen überlegten und ob es allfällige Unklarheiten im Verständnis gab. Diese Protokolle erlaubten es, die Verständlichkeit der Fragen im Zusammenhang mit dem Experiment zu schärfen. Anschliessend wurde die gesamte Befragung im Rahmen eines klas-

sischen Pre-Tests durch ein Access-Panel bei 858 Personen getestet. Dieser zweite Pre-Test verfolgte insbesondere drei Ziele: Erstens wurde geprüft, ob die Merkmale und Ausprägungen für die Befragten relevant waren und ob sie so formuliert waren, dass es eine Varianz in den Präferenzen der befragten Personen gab. Zweitens wurde erhoben, ob der Fragebogen und insbesondere das DCE klar nachvollziehbar und nicht zu kompliziert war. Der Pre-Test ergab, dass der Fragebogen für eine Mehrheit der Befragten (88,1%) einfach auszufüllen war. Drittens wurde die Dauer für das Ausfüllen des DCE festgehalten. Basierend auf den Erkenntnissen aus dem Pre-Test wurde die Anzahl Wiederholungen der Choice-Tasks auf fünf festgelegt.

Festlegung des Designs des DCE

Aufgrund der grossen Anzahl von Merkmalen und Ausprägungen ist es bei DCE meist nicht möglich, das Konzept eines vollständigen Versuchsplans (full factorial design) zu wählen, bei dem den Befragten alle möglichen Kombinationen gezeigt werden. Daher wurde basierend auf den Ergebnissen des Pre-Tests mit dem Programm Ngene eine Stichprobe der möglichen Kombinationen berechnet, die D-effizient ist und eine reliable Messung der Koeffizienten erlaubt (Kamphuis et al., 2015). Im akuten Setting führte dies zu 45 Choice-Sets, die jeweils aus zwei hypothetischen Versorgungsmodellen bestanden. Die Gesamtzahl der 45 Choice-Sets wurden in neun Blöcke zu je fünf Choice-Modellen zusammengestellt. Schlussendlich hatten rund 220 Personen dieselben Choice-Sets zu beurteilen, die ihnen jedoch in unterschiedlicher Reihenfolge präsentiert wurden. In der Situation mit der Routineuntersuchung bestand das D-effiziente Design aus insgesamt 40 Choice-Sets. Dies führte zu acht Blocks mit je fünf Choice-Modellen. Rund 230 Personen haben dieselben Choice-Sets gesehen, wobei die Reihenfolge ebenfalls variiert wurde. Wie in Abschnitt 2.1.2 erläutert, wurde den Befragten entweder eine Situation mit einem akuten gesundheitlichen Problem (Ohrenschmerzen oder stechender Schmerz im Fussgelenk) oder mit einer Routineuntersuchung (Vorsorgeuntersuchung und Routineuntersuchung bei chronischer Diabetes) vorgelegt. Dies führte dazu, dass jeweils rund 110 beziehungsweise 115 Personen dieselben Choice-Sets mit der gleichen Situation zur Auswahl erhielten. Die Grafik G 2.2

zeigt ein exemplarisches Beispiel für ein Choice-Set in der Befragung.

2.2.3 Statistische Auswertungsmethoden








Uni- und bivariate deskriptive Auswertung

Für einen Teil der Fragen werden als Ausgangspunkt die einfachen Verteilungen der Antworten ausgewertet und dargestellt (univariate Analyse). Es handelt sich dabei um die Fragen zur Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitssystem, zum Vertrauen in dieses System sowie zu den Veränderungen, welche die Covid-19-Pandemie auf das Vertrauen hatte. Zudem werden Fragen nach den Präferenzen für längerfristige Trends in der Gesundheitsversorgung und nach Präferenzen für die verschiedenen Ausprägungen der abgefragten Merkmale der Organisation zukünftiger ambulanter Gesundheitsversorgungsmodelle zuerst univariat ausgewertet.

In einem zweiten Schritt werden für die meisten der vorgängig erwähnten Fragen auch Verteilungen nach Subgruppen analysiert (bivariate Analyse). Die Unterschiede der Antworten werden nach soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, chronische Krankheit, Bildungsniveau und monatliches Netto-Haushaltseinkommen,

G 2.2 Exemplarisches Beispiel eines Choice-Sets

Es ist das **Jahr 2040**. Sie fühlen sich seit einer Woche schwach, sind erkältet und spüren im rechten Ohr einen leichten, stechenden Schmerz. Seit heute Morgen hat der **Schmerz im Ohr** stark zugenommen und Sie haben Fieber. Für diese Beschwerden möchten Sie eine Abklärung.

	Merkmale	Szenario 1	Szenario 2
	Erste Kontaktstelle	Hausärztin/Hausarzt	Pflegefachperson mit Hochschulabschluss
	Art der ersten Kontaktaufnahme	Persönliches Vorbeigehen	(Mobil-)Telefon mit Video
	Hauptverantwortliche Behandlungsperson	Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	Hausärztin/Hausarzt
	Öffnungszeiten	Bürozeiten: 09.00–18.00 Uhr	Rund um die Uhr
	Kenntnisse der Behandlungsperson über Ihre Gesundheit	Kennt Ihre gesundheitliche Vorgeschichte nicht, hat aber Einblick in Ihr Patientendossier	Kennt Ihre gesundheitliche Vorgeschichte und hat Einblick in Ihr Patientendossier
	Entscheidung über Behandlung	Sie entscheiden zusammen mit der behandelnden Person	Sie entscheiden zusammen mit der behandelnden Person
	Entwicklung der monatlichen Prämien	Zunahme um 50 Franken (+)	Zunahme um 100 Franken (++)

Welches der Szenarien würden Sie für die beschriebene Situation im Jahr 2040 bevorzugen?

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Sprachregion, Urbanisierungsgrad, und Internetnutzung) analysiert und gruppiert. Auf die verwendeten Gruppen wird im Abschnitt *soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale in der statistischen Analyse* eingegangen. Mit T-Tests und Chi-Quadrat-Tests werden eventuelle Gruppenunterschiede geprüft.

Multivariate Analysen

Die univariaten und bivariaten Analysen werden ergänzt durch multivariate Regressionen. Durch die multivariate Analyse ist es möglich, beobachtbare Einflussfaktoren zu kontrollieren. Kontrolliert wird für die Prävalenz einer chronischen Krankheit, die Sprachregion, den Urbanisierungsgrad, die wöchentliche Internetnutzung, das Alter, das Geschlecht und das Einkommen. Je nach Skala der abhängigen Variable wird eine ordinale oder multinominale logistische Regression geschätzt (Winkelmann & Boes, 2009).

Für die Analyse des Discrete-Choice-Experiments werden Conditional Logit verwendet (McFadden, 1974). Diese Analyse verwendet jede gezeigte Alternative als eine Beobachtung und verwendet diese Information unabhängig davon, ob sie gewählt wird oder nicht. Die Conditional-Logit-Regression setzt die Wahrscheinlichkeit der Wahl zwischen Alternativen mit den Ausprägungen der Merkmale in Beziehung, die diese Alternativen definieren. Die Analyse basiert auf der Annahme, dass alle Merkmale einen unabhängigen Einfluss auf die Präferenz der Befragten haben (Hauber et al., 2016). Das Ergebnis zeigt, ob die Ausprägung eines Merkmals im Vergleich zur Referenz einen positiven oder negativen Effekt auf den Nutzen der Befragten hat. Der Wert eines Koeffizienten zeigt die relative Relevanz der entsprechenden Ausprägung an (de Bekker-Grob et al., 2008).

Zusätzlich werden Subgruppenanalysen mit Interaktionstermen im Conditional-Logit-Regressionsmodell durchgeführt, um zu überprüfen, ob Menschen mit einer chronischen Erkrankung, aus der Deutschschweiz, aus ländlichen Regionen, Menschen mit einer wöchentlichen Internetnutzung von unter fünf Stunden, junge Menschen, Frauen sowie Menschen mit einem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen von unter 7000 Franken andere Bedürfnisse an die zukünftige ambulante Grundversorgung haben als die übrigen Befragten.

Die Resultate aller Regressionen werden als «Odds Ratio» (OR) dargestellt. Die Odds Ratio gibt an, inwieweit das Vorhandensein einer Ausprägung A mit dem Vorhandensein oder Fehlen eines anderen Ausprägung B zusammenhängt. Liegt die Odds Ratio über 1, kann davon ausgegangen werden, dass das Vorhandensein von Ausprägung A die Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins von Ausprägung B erhöht. Ist die Odds Ratio hingegen unter 1, so senkt das Vorhandensein der Ausprägung A die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein der Ausprägung B. Wenn zum Beispiel ein Modell mit einer Öffnungszeit rund um die Uhr im Vergleich zu einem Modell mit Büroöffnungszeiten eine Odds Ratio von 2 hat, ist die Wahl für das Modell mit den Öffnungszeiten rund um die Uhr zweimal wahrscheinlicher als für das Modell Büroöffnungszeiten. Liegt eine Odds Ratio von 0,5 vor, ist die

Wahl nur halb so wahrscheinlich (siehe dazu auch Persoskie & Ferrer, 2017).

Zahlungsbereitschaft

In Discrete-Choice-Experimenten wird üblicherweise eine Kostendimension einbezogen. Diese ermöglicht es, bei der Auswertung monetäre Trade-offs zu schätzen und so die Zahlungsbereitschaft für eine Ausprägung eines bestimmten Merkmales abzubilden (Ryan et al., 2001). Grundsätzlich geht es darum, herauszufinden, wie viel die Befragten bereit sind zu zahlen für das Vorhandensein einer Ausprägung/Produkteigenschaft beziehungsweise wie viel ihnen bezahlt werden muss, damit das Vorhandensein einer negativen Ausprägung von den Befragten akzeptiert wird. Dabei spricht man von der Zahlungsbereitschaft respektive Willingness to pay (WTP). Mehr dazu findet sich beispielsweise in Winkelmann & Boes (2009). In dieser Studie wird die Zahlungsbereitschaft für zwei besonders relevante Gruppen analysiert: die Gruppe der chronisch Kranken, die Hauptempfänger der heutigen ambulanten Gesundheitsleistungen, und die unter 50-Jährigen, die von der zukünftigen Gesundheitsversorgung besonders betroffen sein werden.

Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale in der statistischen Analyse

Wie bereits erwähnt, wurden folgende soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmale in die statistischen Analysen eingeschlossen: Chronische Krankheit, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Internetnutzung, Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und monatliches Netto-Haushaltseinkommen.

Als *chronisch Kranke* werden in der Erhebung, basierend auf der Frage der SGB-Erhebung 2017, diejenigen kategorisiert, die angeben, ein Gesundheitsproblem zu haben, das chronisch ist, das heisst seit mindestens sechs Monaten besteht oder voraussichtlich weitere sechs Monate bestehen wird.

Die *Sprachregionen* (deutsch-, französisch- und italienischsprachige Schweiz) wurden basierend auf der verwendeten Sprache zum Ausfüllen des Fragebogens der Befragten kategorisiert. Für die Analyse des DCE basiert die Subgruppenanalyse für dieses Merkmal auf den Kategorien Deutschschweiz und lateinische Schweiz.

Für den *Urbanisierungsgrad* wurden die Kategorien des Stichprobenrahmens verwendet. Diese Kategorien werden vom BFS als dichtbesiedeltes Gebiet, mitteldicht besiedeltes Gebiet und geringbesiedeltes Gebiet bezeichnet. In der vorliegenden Untersuchung werden dafür die Bezeichnungen städtische Region, Agglomeration oder ländliche Region verwendet. Für die Analyse des DCE basiert die Subgruppenanalyse für dieses Merkmal auf den zwei Kategorien städtische Region/Agglomeration und ländliche Region.

Die *Internetnutzung* wurde mit der Frage nach der durchschnittlichen wöchentlichen Internetnutzung in privaten und beruflichen Kontexten in den letzten drei Monaten abgefragt. Die

Antwortkategorien wurden für die Analyse in drei Gruppen zusammengefasst: unter fünf Stunden, zwischen fünf und zehn Stunden und über zehn Stunden pro Woche. Für die Analyse des DCE basiert die Subgruppenanalyse für dieses Merkmal auf den zwei Kategorien unter und über fünf Stunden pro Woche.

Das *Alter* wird für die bivariaten und multivariaten Analysen in vier Kategorien unterteilt: 18- bis 34-Jährige, 35- bis 49-Jährige, 50- bis 64-Jährige sowie über 64-Jährige. Für die Subgruppenanalysen bei der Auswertung des DCE und die Berechnung der WTP werden daraus zwei Kategorien gebildet. Eine Gruppe besteht aus den unter 50-Jährigen und die zweite Gruppe aus den über 50-Jährigen.

Das *monatliche Netto-Haushaltseinkommen* wurde mit sieben Kategorien abgefragt (< 3000 CHF, 3001–5000 CHF, 5001–7000 CHF, 7001–9000 CHF, 9001–11'000 CHF, 11'001–13'000 CHF, > 13'001 CHF). Für die Analyse werden die Antwortkategorien in drei Kategorien zusammengefasst: unter 5000 Franken, zwischen 5001 und 9000 Franken und über 9000 Franken. Für die Subgruppenanalysen bei der Auswertung des DCE werden zwei Kategorien gebildet: Menschen mit einem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen unter beziehungsweise über 7000 Franken.

3 Resultate

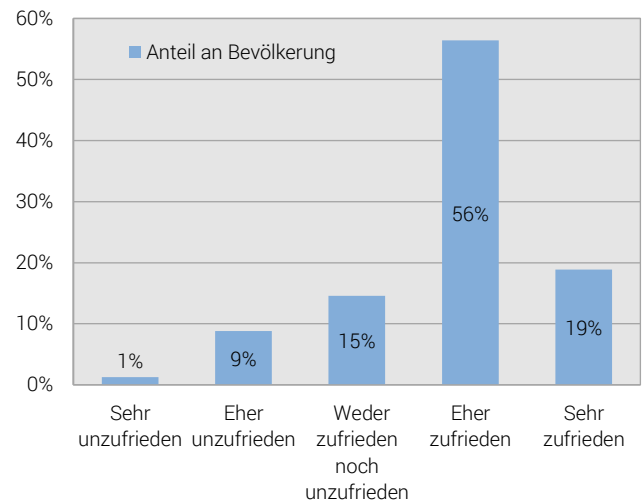
Dieses Kapitel umfasst drei Teile: Der erste Teil analysiert die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der aktuellen medizinischen Grundversorgung. Daran schliesst ein Exkurs zum Vertrauen der Bevölkerung in das System der Gesundheitsversorgung an. Dabei wird auch darauf eingegangen, ob und wie sich das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung durch die Covid-19-Pandemie verändert hat. Im zweiten Teil des Kapitels werden die Resultate zu den Präferenzen der Bevölkerung in Bezug auf die zukünftige Ausgestaltung einzelner Merkmale der ambulanten Grundversorgung vorgestellt. Im dritten Teil werden Präferenzen bezüglich Kombinationen von Merkmalen der Versorgung in Form von Zukunftsszenarien diskutiert.

3.1 Zufriedenheit mit der medizinischen Grundversorgung

3.1.1 Generelle Zufriedenheit

Auf die Frage nach der Zufriedenheit mit der Schweizer Gesundheitsversorgung haben mehr als 56% der Befragten angegeben, dass sie damit eher zufrieden sind. 19% sind sogar sehr zufrieden. Hingegen äussern 9% der Bevölkerung eine gewisse und 1% grosse Unzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung (vgl. Grafik G 3.1). Mit diesem Ergebnis schliesst die Studie an die Resultate der international vergleichenden Untersuchung des Commonwealth Funds zur Gesundheitsversorgung an. Dabei zeigte sich 2020, dass die Schweizer Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung mehrheitlich zufrieden ist. Von den 1306 befragten Personen über 18 Jahre waren rund 88% der Ansicht, dass das schweizerische Gesundheitssystem im Grossen und Ganzen gut bis sehr gut funktioniert (Pahud, 2020)

G 3.1 Zufriedenheit mit dem Schweizer Gesundheitswesen



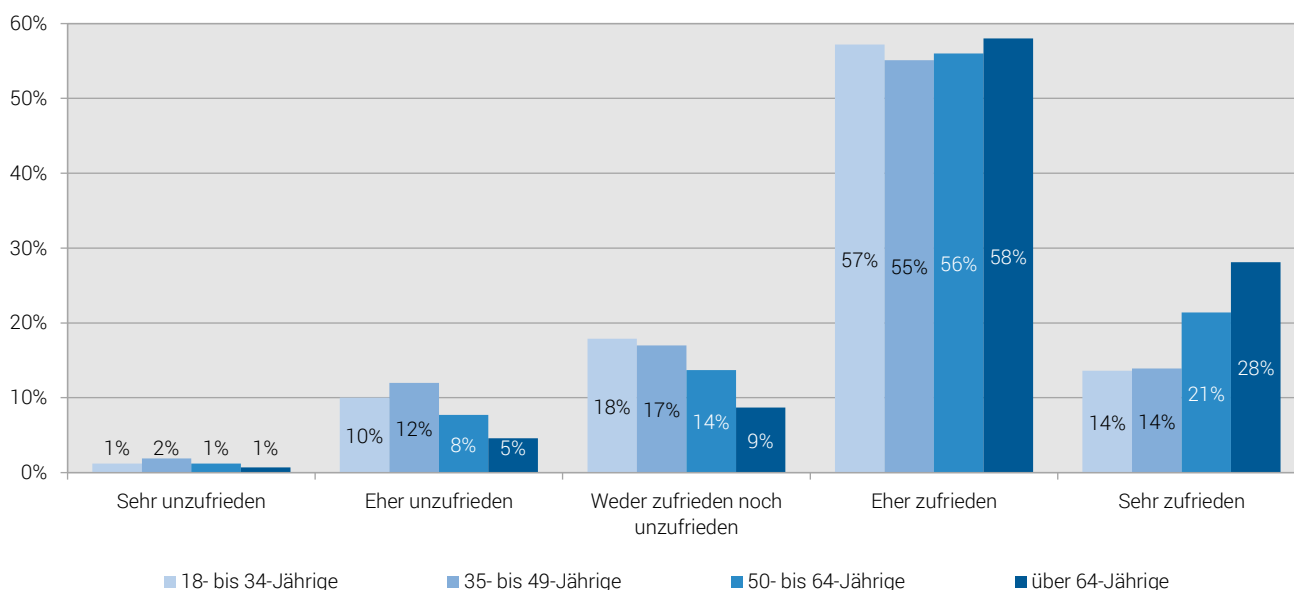
Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021

3.1.2 Zufriedenheit spezifischer Gruppen der Bevölkerung

Eine vertiefende Analyse der Ergebnisse unserer 2020 durchgeführten Befragung nach Gesundheitszustand, Alterskategorien und Wohnregion der Antwortenden weist insbesondere auf Unterschiede zwischen Altersgruppen und Wohnregion hin (vgl. Tabelle T 6.1 im Anhang).

38% der Befragten (n = 1580) haben angegeben, unter einer chronischen Erkrankung zu leiden, die mindestens sechs Monate andauert oder andauert hat. Die Zufriedenheit dieser Gruppe unterscheidet sich nicht von jener der Gesamtbevölkerung.

G 3.2 Zufriedenheit mit dem Schweizer Gesundheitswesen nach Altersgruppen



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021

Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem gibt es jedoch zwischen den Altersgruppen (vgl. Grafik G 3.2). Es lässt sich feststellen, dass die ältere Bevölkerung deutlich zufriedener ist als die jüngere. Vor allem der Anteil der Personen, der mit der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden ist, nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu. Während bei den 18- bis 34-Jährigen nur 13% sehr zufrieden sind, sind es bei den über 64-Jährigen 29%. Auch die 2020 durch den Commonwealth Fund durchgeführte Befragung hat gezeigt, dass die Zufriedenheit mit dem Alter zunimmt (Pahud, 2020). Der Anteil der Befragten, die sehr unzufrieden sind mit dem Gesundheitssystem, ist in allen Altersgruppen sehr klein. Jüngere sind häufiger eher unzufrieden mit dem Gesundheitssystem als Ältere und bei den jüngeren Personen ist auch der Anteil jener deutlich höher, der mit der Gesundheitsversorgung weder zufrieden noch unzufrieden ist.

Relevant sind auch die Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung zwischen den Sprachregionen (vgl. Grafik G 3.3). In der Deutschschweiz ist die Zufriedenheit am höchsten. 24% der Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer sind sehr zufrieden, 55% sind eher zufrieden. In der italienischsprachigen Schweiz sind mit 13% nur knapp halb so viele Personen sehr zufrieden. Dafür zeigen sich 62% eher zufrieden. In der französischsprachigen Schweiz ist der Anteil der Bevölkerung, der sehr zufrieden ist, noch geringer als in der italienischsprachigen Schweiz. Nur 8% der Bevölkerung sind sehr zufrieden. 56% sind in der französischsprachigen Schweiz eher zufrieden. Die grösste Gruppe der französischsprachigen Personen gibt entweder an, eher unzufrieden (14%) oder weder zufrieden noch unzufrieden (20%) zu sein. In der Deutschschweiz liegen die entsprechenden Anteile bei 7% respektive 13%. In der italienischsprachigen Schweiz bei 8% respektive 15%. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Zufriedenheit

mit dem Gesundheitssystem in der italienischsprachigen Schweiz geringer ist als in der Deutschschweiz und dass sie in der französischsprachigen Schweiz vergleichsweise am tiefsten ist.

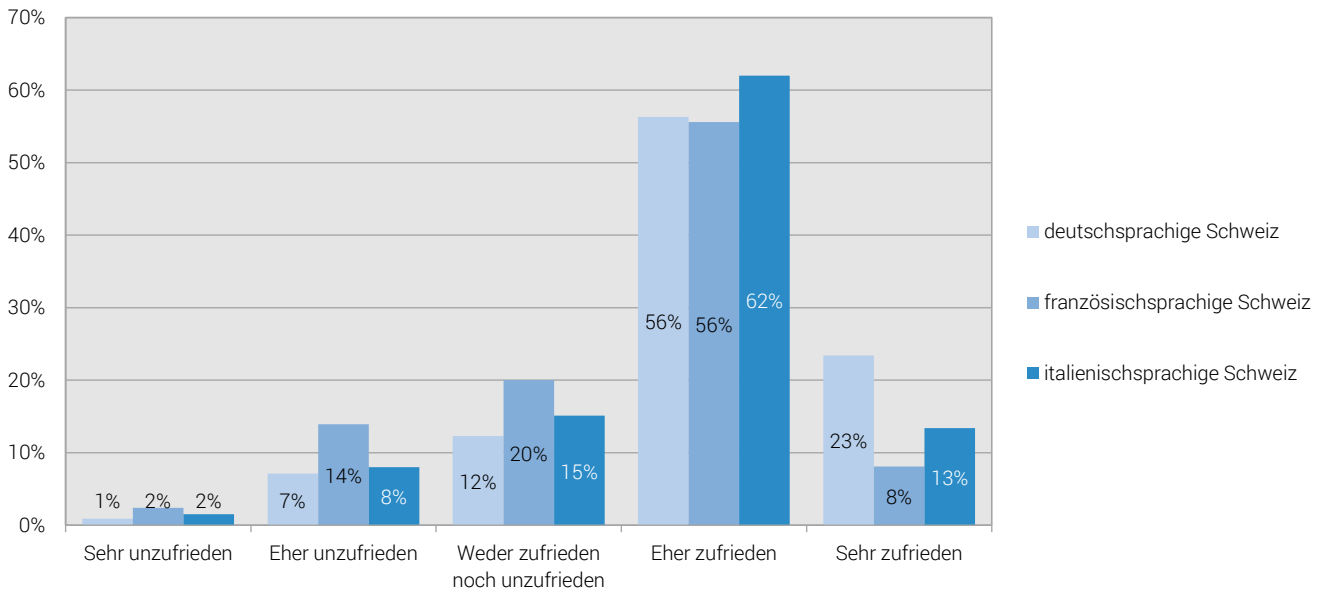
Keine systematischen Unterschiede bezüglich Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung gibt es zwischen ländlichen Gegenden, Agglomerationen und städtischen Gebieten.

Männer scheinen im Allgemeinen signifikant zufriedener zu sein mit der Gesundheitsversorgung als Frauen. Während 20% der Männer sehr zufrieden sind, sind es 17% der Frauen. Die Frauen nannten hingegen öfter, dass sie weder zufrieden noch unzufrieden sind (Frauen: 16%; Männer: 13%).

Schliesslich findet sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung. Zwar sind von den Personen mit mehr als 9000 Franken monatlichem Netto-Haushaltseinkommen und von jenen mit einem Einkommen von bis 5000 Franken ähnlich viele sehr zufrieden mit der Gesundheitsversorgung, nämlich 20% beziehungsweise 18%. Divergenzen zwischen den Einkommensgruppen zeigen sich aber beim Anteil jener, die «nur» zufrieden sind. In der höchsten Einkommensgruppe sind es 62%, in der niedrigsten Gruppe sind es 52%. Zudem gaben mehr Individuen der niedrigsten Einkommensgruppe an, dass sie eher unzufrieden sind (10%) gegenüber 7% in der höchsten Einkommensgruppe.

Als Letztes werfen wir einen Blick auf mögliche Unterschiede in der Zufriedenheit nach der Internetnutzung. Diesbezüglich gibt es keine auffälligen Unterschiede. Zwar gaben Personen mit einer Internetnutzung von wöchentlich maximal fünf Stunden etwas öfter an, dass sie sehr zufrieden sind mit der Versorgung (23%) als jene, die das Internet öfter nutzen (20%). Dieser Unterschied wird jedoch durch die Tatsache kompensiert, dass jene, die das

G 3.3 Zufriedenheit mit dem Schweizer Gesundheitswesen nach Sprachregion



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021

und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021

Internet öfter nutzen, häufiger angaben, dass sie zufrieden sind mit der Versorgung (57% gegenüber 53%).

Die bivariate Analyse der Daten erlaubt es nicht, für mehrere erklärende Variablen gleichzeitig zu kontrollieren. Dazu ist eine multivariate Analyse notwendig (vgl. Tabelle T 6.4 im Anhang). Deren Resultate weisen darauf hin, dass – anders als bei der bivariaten Analyse – chronisch Kranke über eine signifikant tiefere Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung berichten. Im Hinblick auf die Alterskategorien und die Sprachregion werden die Resultate aus der bivariaten Analyse bestätigt. Ältere Personen und Personen aus den französisch- und den italienischsprachigen Regionen sind signifikant weniger zufrieden mit der Gesundheitsversorgung als Personen aus der Deutschschweiz. Zudem zeigt sich, dass Frauen etwas weniger zufrieden sind mit der Versorgung als Männer. Zusätzlich gibt es einen positiven und statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einem höheren monatlichen Netto-Haushaltseinkommen und der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung.

3.1.3 Exkurs: Vertrauen ins Gesundheitssystem und Veränderungen durch die Covid-19-Pandemie

Covid-19 hat das Gesundheitssystem stark gefordert. Es stellt sich die Frage, ob sich dies auf das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem ausgewirkt hat.

In der Befragung wurde einerseits das Vertrauen in das Versorgungssystem abgefragt. Andererseits wurde auch der Frage nachgegangen, ob sich der Umfang des Vertrauens aufgrund der Covid-19-Pandemie verändert hat.

Etwas weniger als zwei Drittel der Bevölkerung (63%) hatten zum Zeitpunkt der Befragung, das heisst im September/Oktober 2020, viel oder volles Vertrauen in die Gesundheitsversorgung. Ein Drittel hatte diesbezüglich ein gewisses Vertrauen. Wenig oder überhaupt kein Vertrauen in das Schweizer Gesundheitssystem hatten je 4% der Bevölkerung (vgl. Grafik G 3.4). Die vertiefte Analyse der Daten nach Altersgruppe zeigt, dass das Vertrauen der jüngeren Bevölkerungsgruppen etwas kleiner ist als jenes der älteren Bevölkerung (vgl. Tabelle T 6.3 im Anhang). Analog zur Zufriedenheit zeigt sich auch beim Vertrauen, dass Personen aus der Deutschschweiz das höchste Vertrauen in das Gesundheitssystem haben, gefolgt von Personen aus der italienischsprachigen Schweiz. In der französischsprachigen Schweiz ist das Vertrauen in das Gesundheitssystem am tiefsten.

Interessant ist, dass sich bei mehr als 60% der Bevölkerung das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung durch die Covid-19-Pandemie nicht verändert hat. Die Anteile, bei denen sich das Vertrauen ins System durch die Pandemie positiv respektive negativ entwickelt hat, halten sich weitgehend die Waage. Gewisse Unterschiede in der Veränderung des Vertrauens sind in den Subgruppen ersichtlich. So hat sich das Vertrauen der älteren Personen etwas positiver entwickelt als jenes der jüngeren Bevölkerung. In der französischsprachigen und insbesondere in der italienischsprachigen Schweiz ist das Vertrauen in das Gesundheitssystem durch die Covid-19-Pandemie überdurchschnittlich stark gestiegen. In der italienischsprachigen Schweiz gaben rund 25% an, dass sich ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem durch die Pandemie eher positiv entwickelt hat. Weiter gaben 4% an, dass sich das Vertrauen sehr positiv verändert hat. In der Deutschschweiz beliefen sich die Anteile auf 16% und 2%, in der französischsprachigen Schweiz auf 19% und 4%.

Diese Erkenntnisse werden durch die multivariate Analyse bestätigt (vgl. Tabelle T 6.4 im Anhang). Vor allem bei den über 64-Jährigen, bei Menschen mit einem höheren monatlichen Netto-Haushaltseinkommen sowie bei Personen aus der lateinischen Schweiz hat das Vertrauen in das Gesundheitssystem aufgrund der Covid-19-Pandemie zugenommen. Dagegen hat das Vertrauen in das Gesundheitssystem in dieser Phase bei Frauen und bei Menschen mit einem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen von unter 5000 Franken (im Gegensatz zu jenen mit einem höheren Einkommen) abgenommen. Besonders stark war der Vertrauensverlust während der Covid-19-Pandemie bei chronisch kranken Menschen.

3.1.4 Zwischenfazit

Die Ergebnisse der Bevölkerung zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem sowie zum Vertrauen in dieses System lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung ist in der Schweizer Bevölkerung insgesamt hoch.
- Chronisch Kranke sind etwas weniger zufrieden mit der Gesundheitsversorgung als die übrigen Befragten. Ältere Personen sind dagegen zufriedener als jüngere Personen.
- Auffällig sind die Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Personen aus der deutschsprachigen Schweiz sind am zufriedensten. Personen aus der italienischsprachigen Schweiz sind weniger zufrieden. Personen aus der französischsprachigen Schweiz haben die tiefsten Zufriedenheitswerte.
- Generell ist das Vertrauen der Schweizer Bevölkerung in die Gesundheitsversorgung hoch.
- Die Covid-19-Pandemie hat insbesondere das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung der älteren Personen und der Bevölkerung der lateinischen Schweiz positiv beeinflusst. Dagegen haben Frauen, Menschen mit tiefem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen und vor allem chronisch kranke Menschen an Vertrauen in die Gesundheitsversorgung verloren.

3.2 Präferenzen hinsichtlich einzelner Merkmale der Grundversorgung

Im folgenden Abschnitt wird auf die vorgängig beschriebenen ausgewählten Merkmale der zukünftigen ambulanten Grundversorgung eingegangen. Für jedes dieser Merkmale beschreiben wir die direkt erfragten Präferenzen der Gesamtbevölkerung und jene von ausgewählten Subgruppen.

3.2.1 Erste Kontaktstelle

Ein wichtiges Merkmal der ambulanten Versorgung ist die erste Kontaktstelle, an die man sich bei gesundheitlichen Problemen in Zukunft gerne wenden möchte. Wie in Kapitel 2 dargestellt, unterscheiden wir diesbezüglich zwischen der Hausärztin/dem Hausarzt, der Apothekerin/dem Apotheker, einer Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, einer Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss oder einer App mit Fragen zu den Symptomen und zur Krankengeschichte.

Bivariate Analyse

Wenn die Befragten wählen können, wer bei einem zukünftigen gesundheitlichen Problem erste Kontaktstelle sein soll, dann entscheiden sich rund zwei Drittel der Bevölkerung für die Hausärztin oder den Hausarzt (65%). An zweiter Stelle folgt die App mit einem Anteil von rund 17% der Befragten. Apothekerinnen und Apotheker, Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss und Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss werden deutlich seltener,

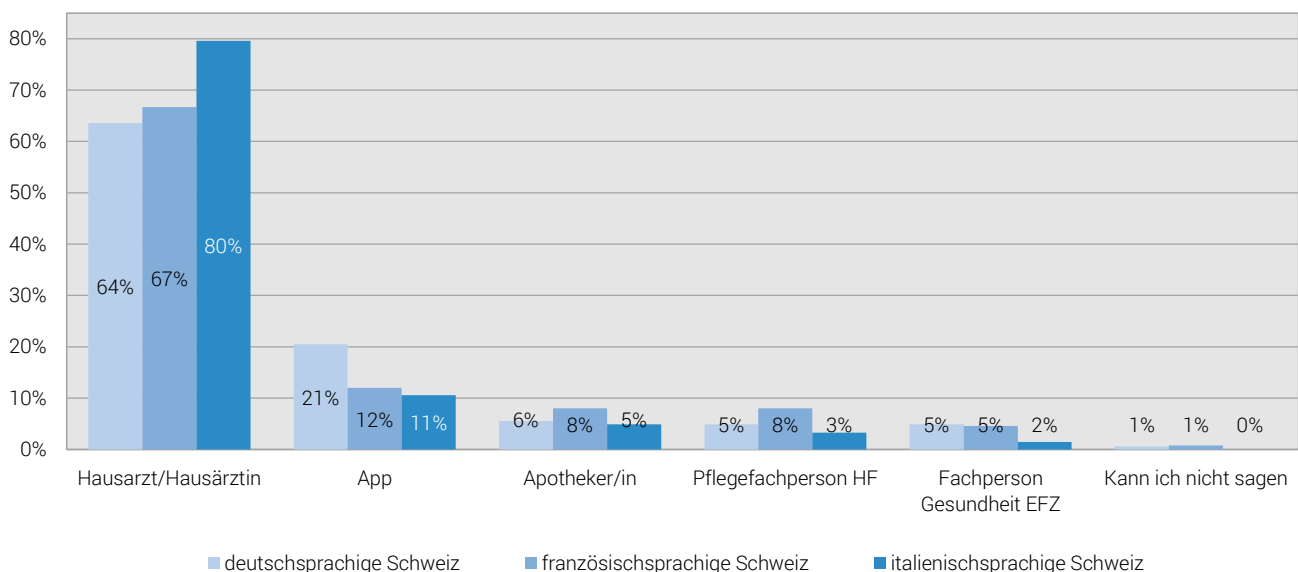
nämlich von 5 bis 6% der Befragten präferiert (vgl. Tabelle T 6.5 im Anhang)

Im Hinblick auf die bevorzugte erste Kontaktstelle unterscheiden sich chronisch kranke Personen wenig von der übrigen Bevölkerung. Von den chronisch Kranken bevorzugen 69% die Hausärzteschaft als Erstkontakt, bei der restlichen Bevölkerung sind es 63%. Hingegen sind chronisch kranke Personen etwas skeptischer gegenüber einer App als erste Kontaktstelle (16%; restliche Bevölkerung 19%).

Zwischen den Alterskategorien sind die Unterschiede markanter. Während bei den 18- bis 34-Jährigen 50% der Befragten einen Hausarzt oder eine Hausärztin als Erstkontakt bevorzugt, wählten 23% dieser Altersgruppe eine App als bevorzugtes Mittel für den Erstkontakt. Diese Bevölkerungsgruppe ist betreffend erste Kontaktstelle auch offener gegenüber Pflegefachpersonen (9,5%), Apothekerinnen und Apothekern (9%) oder Fachangestellten Gesundheit (7%) als die älteren Bevölkerungsgruppen. Mit steigendem Alter nimmt die Präferenz für die Hausärztin oder den Hausarzt als erste Kontaktstelle zu. Von den über 64-Jährigen bevorzugen 80% die Hausärztin oder den Hausarzt als Erstkontakt und nur noch 9% würden eine App wählen. Noch seltener wird in dieser Altersgruppe die Apothekerschaft (5%), Fachangestellte Gesundheit (3%) oder Pflegefachpersonen (3%) für den Erstkontakt präferiert.

Auch zwischen den Sprachregionen gibt es auffällig unterschiedliche Präferenzen betreffend den Erstkontakt. Zwar ist die Hausärztin oder der Hausarzt in allen Landesteilen die präferierte erste Kontaktstelle (vgl. Grafik G 3.5). In der italienischsprachigen Schweiz ist die Hausärztin oder der Hausarzt (80%) als Erstkontakt im Vergleich zu den anderen Sprachregionen aber besonders beliebt. Hingegen sind die Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer gegenüber einer App deutlich offener (21%) als die

G 3.5 Bevorzugter Erstkontakt nach Sprachregion (akute Situation)



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Französisch- und die Italienischsprachigen. In der französischsprachigen Schweiz sind die Apothekerinnen und Apotheker bevorzugter als Erstkontakt (8%) als in der restlichen Schweiz.

Die Unterschiede zwischen Gegenden mit variierendem Urbanisierungsgrad sind dagegen gering. Personen in ländlichen Regionen bevorzugen die Hausärztin oder den Hausarzt etwas öfter als Erstkontakt (67%) als Personen aus städtischen Regionen (64%). Dafür sind Personen, die in Städten leben, leicht offener gegenüber Apothekerinnen und Apothekern (7%; ländlich: 5%) als erste Kontaktstelle. Die Präferenzen von Personen aus der Agglomeration liegen jeweils ungefähr zwischen jenen der ländlichen und städtischen Region.

Auch die Verteilung nach Geschlecht zeigt gewisse Unterschiede in den Präferenzen für den Erstkontakt. Männer scheinen die Hausärzteschaft (67%, Frauen 64%) und die App (19%, Frauen 17%) etwas mehr zu bevorzugen als Frauen. Frauen präferieren dafür die Apothekerschaft (8%, Männer 5%) und die Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss (7%, Männer 4%) als erste Kontaktstelle leicht stärker als die Männer.

Unterschiede sind auch zwischen Einkommenskategorien auszumachen. Der Anteil von Personen, die eine App als Erstkontakt bevorzugt, steigt mit zunehmendem Einkommen. Bei Personen mit monatlichem Netto-Haushaltseinkommen von bis zu 5000 Franken liegt der Anteil bei 12%. Bei Personen mit einem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen von über 9000 Franken hingegen liegt der Anteil von Personen, die eine App bevorzugen, bei 28%. Demgegenüber sinkt der Anteil der Befragten, die eine Hausärztin oder einen Hausarzt bevorzugen, mit steigendem Einkommen.

Ein vergleichbarer Zusammenhang zeigt sich auch bei der persönlichen Internetnutzung. Erwartungsgemäss sind Personen, die das Internet wöchentlich mehr als fünf Stunden verwenden, offener gegenüber einer App als erste Kontaktstelle als Personen, die diese Technologie seltener nutzen (21%, Personen mit weniger als fünf Stunden Internetnutzung: 9%). Hingegen bevorzugt ein grösserer Anteil von Personen mit geringerer Internetnutzung die Hausärztin oder den Hausarzt (77%, Personen mit mehr als fünf Stunden Internetnutzung wöchentlich: 61%).

Multivariate Analyse

Die Resultate der Regressionsanalyse bestätigen jene der bivariaten Auswertung zu grossen Teilen (vgl. Tabelle T 6.5 im Anhang). Für alle Altersgruppen ist die Hausärztin oder der Hausarzt die oder der präferierte erste Kontaktstelle. Auch wird der Zusammenhang zwischen dem Alter und der Präferenz für eine bestimmte erste Kontaktstelle unterstrichen: Mit dem Alter steigt die Präferenz für die Hausärztin oder den Hausarzt, die Offenheit für Alternativen, wie beispielsweise eine App als Erstkontakt, nimmt ab (35- bis 49-Jährige: OR: 0,674, $p < 0,05$. Über 64-Jährige: OR: 0,310; $p < 0,01$).

Zwischen den Sprachregionen gibt es einen signifikanten Unterschied bezüglich der Wahrscheinlichkeit der Wahl einer App als Erstkontakt. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person aus der la-

teinischen Schweiz eine App als erste Kontaktstelle wählt, ist geringer als für eine Person aus der Deutschschweiz (OR: 0,493; $p < 0,01$). Auch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestätigen sich: Frauen wählen signifikant häufiger eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (OR: 1,734; $p < 0,05$) oder eine Apothekerin/einen Apotheker (OR: 1,656; $p < 0,05$) als Männer. Wichtig ist auch der Zusammenhang mit der Internet-Erfahrung: Mit der Dauer der täglichen Internetnutzung nimmt auch die Chance der Wahl einer App für den Erstkontakt zu (über zehn Stunden: OR: 2,646; $p < 0,01$). Ein ähnlicher Zusammenhang besteht zwischen der Höhe des Einkommens und der Wahl der App. Mit dem Einkommen steigt auch die Präferenz einer App als erste Kontaktstelle bei gesundheitlichen Problemen (5001–9000 CHF: OR: 1,490; $p < 0,05$. Über 9000 CHF: OR: 2,492; $p < 0,01$).

Zwischenfazit

- Alle Bevölkerungsgruppen bevorzugen die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt als erste Kontaktstelle bei gesundheitlichen Problemen.
- Jüngere Menschen, Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer, Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen sowie jene, die häufig das Internet nutzen, haben zusätzlich eine spezifische Präferenz für die App. Relativ zu Männern bevorzugen Frauen die Apothekerschaft etwas mehr als erste Kontaktstelle.
- Apothekerinnen und Apotheker, Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss und Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss werden nur von wenigen Befragten als präferierte erste Kontaktstelle genannt. Am offensten zeigt sich diesbezüglich die jüngste Generation in der Deutschschweiz und der französischsprachigen Schweiz.

3.2.2 Art der ersten Kontaktaufnahme

Die Art der Kontaktaufnahme kann – gemäss der Vorgabe in der Befragung – mittels Telefon, Videotelefonie oder persönlichem Vorbeigehen erfolgen.

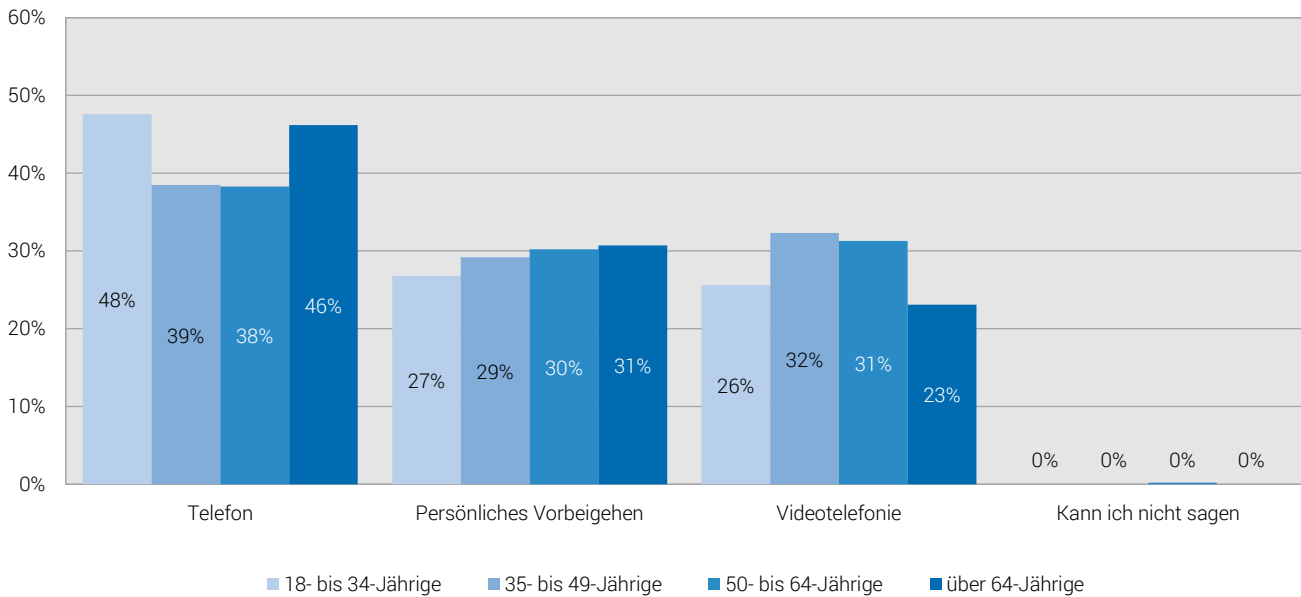
Bivariate Analyse

Das Telefon ist für rund 42% der Befragten die bevorzugte Art der Kontaktaufnahme (vgl. Tabelle T 6.6 im Anhang). Videotelefonie und persönliches Vorbeigehen werden von je 29% der Befragten präferiert.

Auch bei diesem Merkmal unterscheiden sich Personen mit chronischer Erkrankung nur geringfügig von der restlichen Bevölkerung. Personen mit chronischer Erkrankung bevorzugen nämlich ebenfalls zu 41% die Kontaktaufnahme per Telefon. 31% der Personen dieser Gruppe möchten lieber persönlich vorbeigehen und 28% ziehen die Kontaktaufnahme per Videotelefonie vor.

Werden die unterschiedlichen Altersgruppen betrachtet (vgl. Grafik G 3.6), so zeigt sich, dass unter 35-Jährige (48%) sowie

G 3.6 Bevorzugter Kontaktweg nach Altersgruppen (akute Situation)



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021

über 64-Jährige (46%) das Telefon als Art der ersten Kontaktaufnahme stärker bevorzugen als Personen aus den mittleren Alterskategorien (38% und 39%). Diese Personen neigen dagegen stärker zur Videotelefonie (31% und 32%; gegenüber 26% bei den unter 35-Jährigen und 23% bei den über 64-Jährigen). Generell nimmt mit dem Alter die Präferenz zu, persönlich vorbeizugehen (von 27% bei den 18- bis 34-Jährigen auf 31% bei den über 64-Jährigen).

Personen aus der französischsprachigen (38%) und der italienischsprachigen Schweiz (33%) bevorzugen bedeutend öfter das persönliche Vorbeigehen als Art der ersten Kontaktaufnahme als Personen aus der Deutschschweiz (26%). Die Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer neigen eher zur telefonischen Kontaktaufnahme (mit oder ohne Video). In städtischen Gebieten ist die Videotelefonie bei einem Drittel (33%) der Befragten der bevorzugte Kontaktweg. In ländlichen Regionen ist dieser Anteil deutlich tiefer (23%). Personen aus diesen Regionen bevorzugen die telefonische Kontaktaufnahme (46% gegenüber 37% der Personen aus städtischen Gebieten).

Zwischen den Geschlechtern gibt es insbesondere Unterschiede bezüglich Videonutzung. 33% der Männer bevorzugen eine telefonische Kontaktaufnahme mit und 38% ohne Video. Bei den Frauen liegt der Anteil mit Video bei 25% und der Anteil ohne Video bei 46%. Personen, die das Internet wöchentlich mehr als fünf Stunden nutzen, sowie Personen mit höherem Einkommen bevorzugen die Kontaktaufnahme per Videotelefonie: Bei höherer Internetnutzung liegt der Anteil bei 32% gegenüber 19% bei Personen mit geringerer Internetnutzung. Bei Personen mit einem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen von über 9000 Franken

beträgt der Anteil jener, die eine Kontaktaufnahme per Videotelefonie bevorzugen, 39% gegenüber 21% bei Personen mit einem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen von weniger als 5000 Franken.

Multivariate Analyse

Wie schon beim Merkmal erste Kontaktstelle bestätigt die multivariate Regression zur «Art der ersten Kontaktaufnahme» die wesentlichen Erkenntnisse der bivariaten Analyse (vgl. Tabelle T 6.18 im Anhang). So erweist sich insbesondere das Alter als relevanter Einflussfaktor: Personen unter 35 Jahren bevorzugen signifikant häufiger den Zugang per Telefon als ältere Menschen (35- bis 49-Jährige: OR: 0,644; $p < 0,05$. 50- bis 64-Jährige: OR: 0,623; $p < 0,01$). Dasselbe gilt für Personen aus der Deutschschweiz gegenüber jenen aus der französisch- und der italienischsprachigen Schweiz: Personen aus der Deutschschweiz präferieren den telefonischen Kontakt (mit oder ohne Video) signifikant öfter (ohne Video: OR: 1,427; $p < 0,01$. Mit Video: OR: 1,291; $p > 0,01$). Auch gibt es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Wahl des herkömmlichen Telefons als Art der ersten Kontaktaufnahme: Frauen neigen mehr zur telefonischen Kontaktaufnahme als Männer (OR: 1,263; $p < 0,05$).

Die Videotelefonie spricht neben Personen aus der Deutschschweiz insbesondere Personen mit häufiger Internetnutzung sowie solche mit hohem Einkommen an (über zehn Stunden Internetnutzung: OR: 1,689; $p < 0,01$, Referenzkategorie: unter fünf Stunden Internetnutzung. Über 9000 CHF Einkommen: OR: 2,306; $p < 0,01$, Referenzkategorie: unter 5000 CHF Einkommen). Die

weiteren beobachteten soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmale stehen in keinem signifikanten Zusammenhang zur Art der ersten Kontaktaufnahme. Dies bedeutet insbesondere, dass chronisch kranke Menschen diesbezüglich keine Präferenzen haben, die sich von der Gesamtbevölkerung unterscheiden.

Zwischenfazit

- Der grösste Teil der Bevölkerung bevorzugt den Erstkontakt mittels Telefon.
- Persönliches Vorbeigehen und Videotelefonie sprechen Angehörige mittlerer Altersgruppen (35- bis 64-Jährige), Männer und Personen mit höheren Einkommen überdurchschnittlich gut an.
- Personen aus der französisch- und der italienischsprachigen Schweiz neigen etwas stärker zum persönlichen Vorbeigehen als Personen aus der Deutschschweiz.

3.2.3 Hauptverantwortliche Behandlungsperson

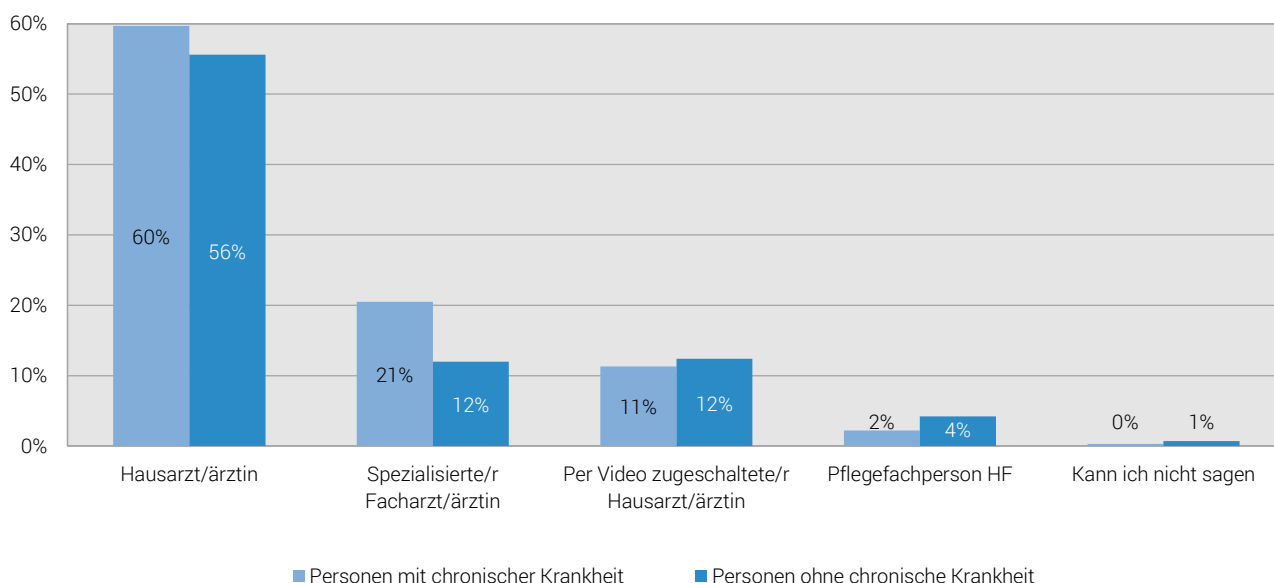
Basierend auf den fachlichen Diskussionen wurden vier unterschiedliche Optionen von hauptverantwortlichen Behandlungspersonen in die Befragung einbezogen: Fachärztin/Facharzt; Hausärztin/Hausarzt; Pflegefachperson mit Hochschulabschluss; eine Hausärztin/ein Hausarzt, die/der per Videotelefonie zugeschaltet ist, wobei eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss die Anweisungen der Hausärztin/des Hausarztes ausführt.

Bivariate Analyse

Mehr als die Hälfte der Befragten bevorzugt eine Hausärztin oder einen Hausarzt als hauptverantwortliche Behandlungsperson (vgl. Tabellen T 6.7 und T 6.8 im Anhang). Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine Behandlung aufgrund eines akuten gesundheitlichen Problems (57%) oder um eine Routineuntersuchung (54%) handelt. Bei einer Routineuntersuchung bevorzugen 30% der Befragten eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt. Bei einem akuten gesundheitlichen Problem ist dieser Anteil mit 27% geringfügig tiefer. In diesem Fall sprachen sich 12% der Befragten für eine Pflegefachperson aus, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird. Bei einer Routineuntersuchung lag dieser Anteil bei 8%. Rund 3% der Befragten bevorzugten eine selbständig agierende Pflegefachperson als hauptverantwortliche Behandlungsperson bei einem akuten gesundheitlichen Problem. Dasselbe gilt für 8% im Falle einer Routineuntersuchung.

Bei Personen mit chronischer Erkrankung ist die Präferenz für eine Hausärztin oder einen Hausarzt als behandelnde Person etwas stärker als in der übrigen Bevölkerung (vgl. Grafik G 3.7). Bei einem akuten gesundheitlichen Problem wünschen 60% der Befragten mit einer chronischen Krankheit die Behandlung durch den Hausarzt beziehungsweise die Hausärztin. Alle anderen Optionen sind deutlich weniger beliebt. Am ehesten kommt nach der Hausärztin beziehungsweise dem Hausarzt eine Fachärztin beziehungsweise ein Facharzt in Frage (21%). Bei Personen ohne chronische Krankheit liegt dieser Anteil bei 12%. Die übrigen Optionen betreffend die hauptverantwortliche Behandlungsperson sind sowohl bei Personen mit als auch bei jenen ohne chronische Erkrankung weniger beliebt.

G 3.7 Bevorzugte Behandlungsperson von Personen mit und ohne chronische/r Erkrankung (akute Situation)



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Deutliche Unterschiede bezüglich bevorzugter Behandlungsperson gibt es zwischen den Alterskategorien. Die Präferenz für eine Hausärztin oder einen Hausarzt als behandelnde Person steigt mit dem Alter. Unabhängig davon, ob es sich um ein akutes gesundheitliches Problem oder um eine Routineuntersuchung handelt, bevorzugen 71% der über 64-Jährigen die Hausärztin oder den Hausarzt als behandelnde Person. 18- bis 34-Jährige plädieren seltener für eine Hausärztin oder einen Hausarzt als Behandlungsperson (akute Situation: 50%; Routineuntersuchung: 45%). Bei den mittleren Altersgruppen sind es bei einem akuten gesundheitlichen Problem 52% (35- bis 49-Jährige) respektive 59% (50- bis 64-Jährige). Bei einer Routineuntersuchung sind es 47% (35- bis 49-Jährige) respektive 58% (50- bis 64-Jährige). Die jüngste Alterskategorie der 18- bis 34-Jährigen wird dagegen überdurchschnittlich gerne durch eine Fachärztin oder einen Facharzt behandelt (akute Situation: 32%; Routineuntersuchung: 35%). Zudem ist die Kategorie der 18- bis 34-Jährigen offener für eine Behandlung durch selbständig agierende Pflegefachpersonen (akute Situation: 8%; Routineuntersuchung: 13%) als die höchste Alterskategorie (akute Situation: 2%; Routineuntersuchung 3%). Die beiden mittleren Alterskategorien sind dagegen offener für eine Behandlung durch eine Pflegefachperson, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird (akutes Problem: 35- bis 49-Jährige: 13%; 50- bis 64-Jährige: 15%. Routineuntersuchung: 35- bis 49-Jährige: 9% und 50- bis 64-Jährige: 8%).

Ein Blick auf die Sprachregionen weist auf Unterschiede bezüglich Präferenz für die Hausärzteschaft und Fachärztinnen und Fachärzte als Behandlungsperson hin. Während Personen aus der französischsprachigen (58%) und der deutschsprachigen Schweiz (57%) bei einem akuten gesundheitlichen Problem eine Behandlung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt bevorzugen, liegt dieser Anteil in der italienischsprachigen Schweiz bei 51%. Dagegen lassen sich 35% der Personen aus der italienischsprachigen Schweiz bei einem akuten gesundheitlichen Problem lieber von einer Fachärztin beziehungsweise einem Facharzt behandeln. In der französischsprachigen Schweiz und der Deutschschweiz liegt dieser Anteil bei 30% respektive 27%. Personen aus der Deutschschweiz scheinen bei einem akuten gesundheitlichen Problem zusätzlich etwas offener gegenüber einer Behandlung durch selbständig tätige Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss (4%, französische Schweiz und italienische Schweiz: je 2%). Im Falle einer Routineuntersuchung sind die Präferenzen weniger klar. Personen aus der Deutschschweiz bevorzugen zu 57% und Personen aus der italienischsprachigen Schweiz zu 56% eine Hausärztin oder einen Hausarzt als Untersuchungsperson. In der französischsprachigen Schweiz liegt der Anteil bei 48%. Personen aus der französischsprachigen Schweiz könnten sich eher eine Routineuntersuchung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss vorstellen, die auf Anweisung einer per Video zugeschalteten Hausärztin beziehungsweise eines Hausarztes arbeitet, (10%) als Personen in der Deutschschweiz (7%).

Die Bevorzugung der Hausärztin beziehungsweise des Hausarztes ist in ländlichen Gebieten stärker ausgeprägt als in Städ-

ten. 65% der ländlichen Bevölkerung wünschen in einer akuten Situation eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt als hauptverantwortliche Behandlungsperson (Routineuntersuchung: 59%). In städtischen Gegenden und Agglomerationen liegen die Anteile bei 57% respektive bei 52% für eine akute Situation und bei 54% (mittlerer Urbanisierungsgrad) und 50% (hoher Urbanisierungsgrad) bei einer Routineuntersuchung. Bei einem akuten gesundheitlichen Problem ist die Bevölkerung in Gegenden mit höherem Urbanisierungsgrad insbesondere offener gegenüber einer Zuschaltung der Hausärztin oder des Hausarztes, während eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss die Anweisungen durchführt. In Gegenden mit mittlerer Bevölkerungsdichte (Agglomeration) liegt der Anteil bei 12%, in städtischen Regionen liegt der Anteil bei 15%. In ländlichen Regionen liegt der Anteil hingegen bei 8%. In der Situation einer Routineuntersuchung bevorzugen 33% der Personen aus städtischen Regionen eine Fachärztin, einen Facharzt. Bei Personen aus einer ländlichen Region liegt der Anteil bei 25%.

Erwartungsgemäss sind Personen, die oft das Internet benutzen, offener gegenüber einer Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die von einer Hausärztin oder einem Hausarzt durch Videotelefonie angewiesen wird (akute Situation: 14% der Personen mit einer Nutzung von mehr, 7% der Personen von weniger als fünf Stunden Internetnutzung täglich. Routineuntersuchung: 9% der Personen mit einer Nutzung von mehr und 5% der Personen von weniger als fünf Stunden Internetnutzung täglich). Allerdings überwiegt auch bei dieser Gruppe der Wunsch, direkt von der Hausärztin oder vom Hausarzt behandelt zu werden. Von den Personen mit einer wöchentlichen Internetnutzung von unter fünf Stunden bevorzugen 67% in einer akuten Situation eine Behandlung durch die Hausärztin oder den Hausarzt. Bei Personen mit einer wöchentlichen Internetnutzung von mehr als fünf Stunden sinkt dieser Anteil auf 54%.

Die Vorliebe für die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt ist bei Personen mit tiefem Einkommen überdurchschnittlich hoch (Routineuntersuchung 53%; akute Situation: 60%). Personen aus der höchsten Einkommenskategorie sind offener gegenüber einer Behandlung durch eine Pflegefachperson, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird (akute Situation: 16%, in der tiefsten Einkommensgruppe: 8%. Routineuntersuchung: höchste Einkommensgruppe: 11%, tiefste Einkommensgruppe 7%).

Multivariate Analyse

Betrachten wir die kombinierten Zusammenhänge zwischen den untersuchten soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren und der Präferenz für eine bestimmte hauptverantwortliche Behandlungsperson, stellt das Alter einen wichtigen Erklärungsfaktor für unterschiedliche Präferenzen dar (vgl. Tabellen T 6.19 und T 6.20 im Anhang). Mit zunehmendem Alter steigt die Vorliebe für die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt als hauptverantwortliche Behandlungsperson. Dies gilt sowohl im Falle eines akuten gesundheitlichen Problems als auch bei einer

Routineuntersuchung. Dies widerspiegelt sich auch im Zusammenhang zwischen dem Alter und der Präferenz für eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt respektive eine selbstständig agierende Pflegefachperson mit Hochschulabschluss: Über 64-Jährige Personen haben eine geringere Präferenz dafür, eine Untersuchung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt durchführen zu lassen als jüngere Personen unter 35 Jahren (akute Situation: über 64-Jährige: OR: 0,456; $p < 0,01$. Routineuntersuchung: über 64-Jährige: OR: 0,362; $p < 0,01$). Auch haben über 35-Jährige eine geringere Präferenz für die Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss als unter 35-Jährige (akute Situation: 35- bis 49-Jährige: OR: 0,381; $p < 0,01$. Über 64-Jährige: OR: 0,265; $p < 0,01$. Routineuntersuchung: 35- bis 49-Jährige: OR: 0,733. Über 64-Jährige: OR: 0,172; $p < 0,01$).

Signifikant sind auch die Unterschiede zwischen den Landesteilen. Im Fall eines akuten gesundheitlichen Problems bevorzugen Personen aus der lateinischen Schweiz eine Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (OR: 0,463, $p < 0,05$) signifikant seltener als Personen aus der Deutschschweiz. Im Falle einer Routineuntersuchung bevorzugen Personen aus der lateinischen Schweiz dagegen signifikant öfter eine Untersuchung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt (OR: 1,449; $p < 0,01$). Spannend ist, dass Personen aus der lateinischen Schweiz im Falle einer Routineuntersuchung deutlich offener gegenüber einer Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird, sind (OR: 2,015; $p < 0,01$).

Personen aus städtischen Gebieten neigen eher zu einer Behandlung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt als Personen aus ländlichen Regionen. Dies gilt sowohl bei einem akuten gesundheitlichen Problem (OR: 1,448; $p < 0,05$) als auch bei einer Routineuntersuchung (OR: 1,334; $p < 0,01$). Im Falle einer akuten Situation gilt dasselbe für die Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird (OR: 1,535; $p < 0,05$). Im Fall einer Routineuntersuchung präferieren Frauen signifikant häufiger eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt (OR: 1,277; $p < 0,05$) respektive eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (OR: 1,762; $p < 0,01$) als Männer.

Schliesslich besteht ein positiver und signifikanter Zusammenhang zwischen der Internetnutzung und der Präferenz für eine Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird. Dieser Zusammenhang zeigt sich bei akutem gesundheitlichem Problem (Internetnutzung über zehn Stunden: OR: 2,343; $p < 0,01$) ebenso wie bei einer Routineuntersuchung (Internetnutzung über zehn Stunden: OR: 1,802; $p < 0,05$). Ein vergleichbarer Zusammenhang besteht auch zwischen dem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen und einer Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird (über 9000 CHF: OR: 1,635; $p < 0,05$).

Zwischenfazit

- Die Hausärztin oder der Hausarzt wird über alle Bevölkerungsgruppen hinweg als hauptverantwortliche Behandlungsperson bevorzugt.
- Unabhängig davon, ob es sich um ein akutes gesundheitliches Problem oder eine Routineuntersuchung handelt, steigt die Präferenz für eine Hausärztin oder einen Hausarzt mit dem Alter.
- Selbstständig agierende Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss sind in der Deutschschweiz präferierter als in der französischsprachigen und italienischsprachigen Schweiz.
- Frauen sind gegenüber einer Pflegefachperson mit Hochschulabschluss als hauptverantwortliche Behandlungsperson offener als Männer.
- Fachärztinnen und Fachärzte sind bei der städtischen Bevölkerung beliebter als bei der ländlichen Bevölkerung. Weiter bevorzugt die städtische Bevölkerung Behandlungen durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird eher als anderswo wohnhafte Personen.
- Internetaffine Personen und Personen mit höherem Einkommen präferieren eine Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird, öfter als die übrigen Bevölkerungsgruppen.

3.2.4 Öffnungszeiten

Die Beurteilung der ambulanten Versorgung hängt auch von den Öffnungszeiten ab. In der Befragung wurde zwischen Bürozeiten (09.00–18.00 Uhr), verlängerten Bürozeiten (07.00–22.00 Uhr) und rund um die Uhr unterschieden.

Bivariate Analyse

Knapp die Hälfte der Befragten bevorzugt einen Zugang zur ambulanten Grundversorgung während verlängerter Bürozeiten (vgl. Tabellen T 6.9 und T 6.10 im Anhang). Die Präferenz für diese Ausprägung hängt nicht von der Art des gesundheitlichen Problems ab (akute Situation: 49%, Routineuntersuchung: 47%). Anders ist dies bei den Öffnungszeiten rund um die Uhr: 20% der Befragten mit einem akuten gesundheitlichen Problem wünschen sich Öffnungszeiten rund um die Uhr. Bei Personen, die eine Routineuntersuchung durchführen lassen möchten, sind es nur 10%.

Auffällig sind die Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Jüngere Menschen möchten öfter verlängerte Bürozeiten (18- bis 34-Jährige: akute Situation: 56%; Routineuntersuchung: 61%) als ältere Personen (über 64-Jährige: akute Situation: 38%; Routineuntersuchung: 25%). Ältere Bevölkerungsgruppen präferieren häufiger die herkömmlichen Bürozeiten (akute Situation: über 64-Jährige: 43%; 18- bis 34-Jährige: 23%. Routineuntersuchung: über 64-Jährige: 64%; 18- bis 34-Jährige: 27%).

Zwischen Personen mit und ohne chronische/r Erkrankung gibt es keine nennenswerten Unterschiede bezüglich präferierter Öffnungszeiten. 50% der Personen ohne chronische Erkrankung bevorzugen verlängerte Bürozeiten in einer akuten Situation, bei einer Routineuntersuchung sind es 49% der Personen. 47% der Personen mit chronischer Erkrankung wünschen verlängerte Bürozeiten bei einem akuten gesundheitlichen Problem, bei einer Routineuntersuchung sind es 44%.

Auch zwischen den Landesteilen sind die Unterschiede bezüglich der bevorzugten Öffnungszeiten klein. Personen aus der italienischsprachigen Schweiz bevorzugen bei akuten Situationen etwas öfter die herkömmlichen Bürozeiten (36%) als Personen aus der Deutschschweiz (32%) oder der französischsprachigen Schweiz (28%). Demgegenüber gibt es in der italienischsprachigen Schweiz einen kleineren Anteil, der verlängerte Bürozeiten bevorzugt (44%) als in der Deutschschweiz (48%) oder der französischsprachigen Schweiz (50%). Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer, die eine Routineuntersuchung vornehmen lassen möchten, bevorzugen die herkömmlichen Bürozeiten (45%) häufiger als Personen aus der französischsprachigen (39%) oder der italienischsprachigen Schweiz (40%).

Anders sieht es jedoch aus, wenn Gegenden mit unterschiedlichem Urbanisierungsgrad verglichen werden (vgl. Grafik G 3.8). Personen, die in Städten wohnen, möchten deutlich häufiger verlängerte Bürozeiten nutzen können, vor allem bei einem akuten gesundheitlichen Problem (54%). In Agglomerationen liegt dieser Anteil bei 46%, in ländlichen Gebieten bei 50%. Bei einem akuten gesundheitlichen Problem wünschen Personen, die in Städten (18%) oder auf dem Land (18%) wohnen, seltener Öffnungszeiten rund um die Uhr als Personen aus Agglomerationen (22%). Im Falle von Routineuntersuchungen ist das Bild weniger deutlich:

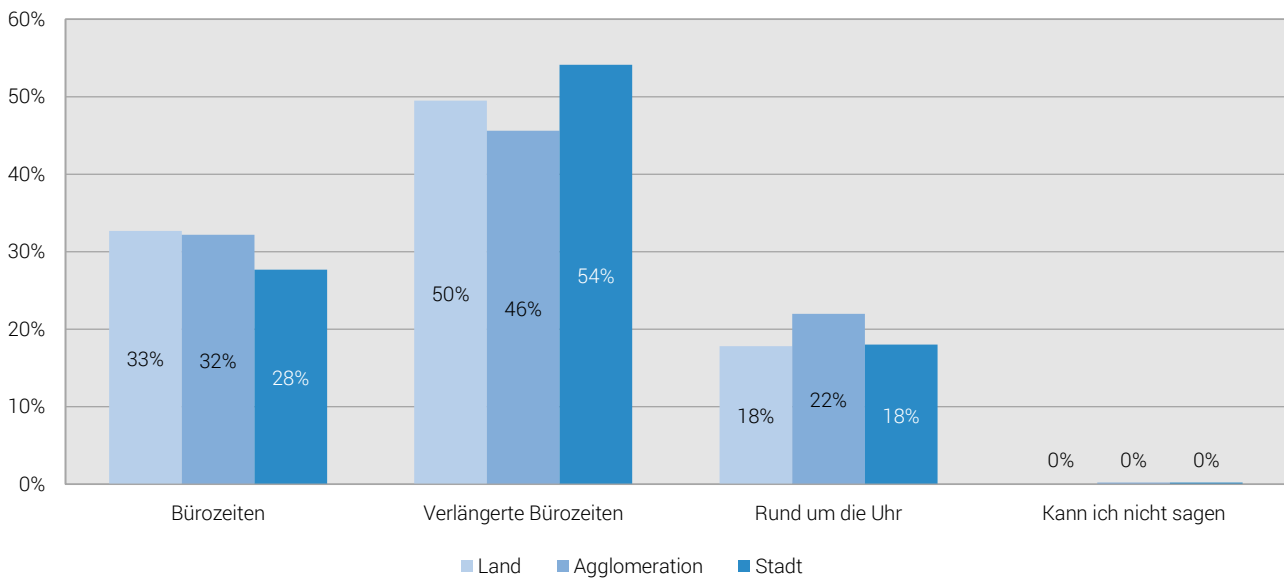
Personen aus ländlichen Gebieten bevorzugen tendenziell öfter die herkömmlichen Bürozeiten (47%) als die Übrigen, während Personen aus Städten verhältnismässig öfter eine Leistungserbringung rund um die Uhr wünschen (Stadt: 12%; Agglomeration: 10%; Land: 6%).

Frauen wünschen sich generell eher längere Öffnungszeiten als Männer. In Situationen mit akuten gesundheitlichen Problemen bevorzugen 22% der Frauen und 18% der Männer Leistungserbringer, die rund um die Uhr geöffnet haben. Bei einer Routineuntersuchung möchten 49% der Frauen und 45% der Männer verlängerte Öffnungszeiten.

Die Dauer der wöchentlichen Internetnutzung beeinflusst die Verteilung der bevorzugten Öffnungszeiten stark. Personen, die das Internet weniger als fünf Stunden pro Woche nutzen, bevorzugen meist die herkömmlichen Bürozeiten. Dies gilt sowohl für akute Situationen (40%) als auch für Routineuntersuchungen (51%). Bei Personen, die das Internet oft verwenden, liegen die entsprechenden Anteile bei 28% (akute Situation) und 40% (Routineuntersuchung). Diese Gruppe plädiert häufiger für verlängerte Bürozeiten (akute Situation: 52%; Routineuntersuchung: 49%) als Personen mit geringerer Internetnutzung (akute Situation und Routineuntersuchung: 39%).

Wie schon bei den vorgängig vorgestellten Merkmalen verhält sich die Präferenz bezüglich bevorzugter Öffnungszeiten mit zunehmendem Netto-Haushaltseinkommen ähnlich wie jene mit zunehmender Internetnutzung. Personen aus der höchsten Einkommenskategorie bevorzugen häufiger verlängerte Bürozeiten (akute Situation: 57%; Routineuntersuchung: 55%) als Personen aus der tiefsten Einkommenskategorie (akute Situation: 43%; Routineuntersuchung: 39%). Allerdings gibt es auch einen gegenläufigen Trend: Personen aus der niedrigsten Einkommensgruppe

G 3.8 Bevorzugte Öffnungszeit nach Urbanisierungsgrad (akute Situation)



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

wünschen überdurchschnittlich oft, dass Leistungserbringer rund um die Uhr zugänglich sind (akute Situation: niedrigste Einkommensgruppe: 23%; höchste Einkommensgruppe: 18%. Routineuntersuchung: niedrigste Einkommensgruppe: 48%; höchste Einkommensgruppe: 37%).

Multivariate Analyse

Die Resultate der multivariaten Analyse betreffend die Präferenz für unterschiedliche Öffnungszeiten finden sich in den Tabellen T 6.21 und T 6.22 im Anhang. Erwartungsgemäss zeigt sich, dass ältere Personen – im Fall eines akuten gesundheitlichen Problems oder im Fall einer Routineuntersuchung – ein kleineres Bedürfnis nach verlängerten Bürozeiten haben (über 64-Jährige: akute Situation: OR: 0,438; $p < 0,01$. Routineuntersuchung: OR: 0,229; $p < 0,01$). Öffnungszeiten rund um die Uhr werden von älteren Menschen ebenfalls weniger präferiert als von den jüngeren (über 64-Jährige: akute Situation: OR: 0,565; $p < 0,05$. Routineuntersuchung: OR: 0,502; $p < 0,05$). Hingegen ist es spannend festzustellen, dass Frauen bei einem akuten gesundheitlichen Problem relativ zu Männern signifikant öfter verlängerte Bürozeiten (OR: 1,241; $p < 0,1$) oder Öffnungszeiten rund um die Uhr (OR: 1,407; $p < 0,05$) wünschen. Auch Personen aus der lateinischen Schweiz bevorzugen verlängerte Öffnungszeiten signifikant öfter als Personen aus der Deutschschweiz. Personen aus der lateinischen Schweiz bevorzugen verlängerte Öffnungszeiten insbesondere im Falle von Routineuntersuchungen (OR: 1,329; $p < 0,05$).

Weiter zeigen Personen, die das Internet öfter nutzen, sowie Personen mit höherem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen eine grössere Präferenz für verlängerte Öffnungszeiten. Dieser Zusammenhang gilt für akute gesundheitliche Probleme (über 9000 CHF: OR: 1,575; $p < 0,01$. Über zehn Stunden Internetnutzung: über 64-Jährige: OR 1,498; $p < 0,01$) ebenso wie für Routineuntersuchungen (über 9000: OR: 1,620; $p < 0,01$. Über zehn Stunden Internetnutzung: über 64-Jährige: OR 1,338; $p < 0,1$). Hingegen lässt sich feststellen, dass Personen mit tiefem Einkommen Routineuntersuchungen signifikant häufiger rund um die Uhr vornehmen lassen möchten (über 9000 CHF relativ zu unter 5000 CHF: OR: 0,665; $p < 0,1$).

Zwischenfazit

- Die Bevölkerung bevorzugt tendenziell verlängerte Öffnungszeiten in der ambulanten Grundversorgung.
- Zwischen Personen mit und ohne chronische/r Erkrankung gibt es diesbezüglich kaum Unterschiede.
- Jüngeren Personen sind verlängerte Öffnungszeiten wichtiger als älteren.
- Männer, Internetaffine, Personen mit höherem Einkommen und im Fall einer Routineuntersuchung auch Personen aus der französisch- und italienischsprachigen Schweiz bevorzugen längere Öffnungszeiten besonders stark.

3.2.5 Kontinuität der Behandlung

Ein wichtiges Merkmal der Versorgung ist auch die Kontinuität der Behandlung. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass die Behandlungsperson die gesundheitliche Vorgeschichte der Patientin respektive des Patienten kennt und Einblick in das Patientendossier hat. In der vorliegenden Befragung wurden diesbezüglich drei Optionen abgefragt: die Behandlungsperson kennt die gesundheitliche Vorgeschichte und hat Einblick in das Patientendossier; die Behandlungsperson kennt die Vorgeschichte nicht, hat aber Einblick in das Patientendossier; die Behandlungsperson kennt die Vorgeschichte nicht und hat auch keinen Einblick in das Patientendossier.

Bivariate Analyse

Bei der Betrachtung der bivariaten Analyse zeigt sich, dass die Mehrheit die erste Option bevorzugt: Bei einer akuten Situation möchten 69% der Befragten primär, dass die behandelnde Person die Patientin oder den Patienten und deren Vorgeschichte kennt (vgl. Tabellen T 6.11 und T 6.12 im Anhang). Zudem soll sie einen Einblick in das Patientendossier haben. Bei einer Routineuntersuchung wünschen sich dies 79%. Für 27% der Befragten ist bei einem akuten gesundheitlichen Problem das persönliche Kennen weniger wichtig, solange der Einblick in das Patientendossier gewährt ist. Im Gegensatz dazu bevorzugen nur 17% dieses Szenario bei einer Routineuntersuchung. Unabhängig davon, ob es sich um eine Routineuntersuchung oder um eine akute Situation handelt, ist der Anteil jener, der sich von einer Person, die sie nicht kennen und die auch das Patientendossier nicht kennt, behandeln lassen möchten, sehr gering (3%).

Kontinuität ist vor allem für Personen mit chronischer Erkrankung sehr wichtig. Bei einem akuten gesundheitlichen Problem bevorzugen 73% der Personen mit einer chronischen Krankheit eine Gesundheitsfachperson, die ihre Vorgeschichte kennt und Einblick in das Patientendossier hat. Bei einer Routineuntersuchung liegt dieser Wert sogar bei 83%.

Die Verteilung nach Alterskategorien zeigt ein ähnliches Bild: Älteren Personen (über 64-Jährige: akute Situation: 81%; Routineuntersuchung: 87%) ist das persönliche Kennen der gesundheitlichen Vorgeschichte wichtiger als jüngeren Personen (18- bis 34-Jährige: akute Situation: 64%; Routineuntersuchung: 18%). Unabhängig vom Alter ist den Befragten allerdings wichtig, dass die behandelnde Gesundheitsfachperson einen Einblick in das Patientendossier hat. Weiter schätzen Männer im Falle eines akuten gesundheitlichen Problems den Einblick in das Patientendossier der behandelnden Gesundheitsfachperson (71%) etwas wichtiger ein als Frauen (67%). Im Falle einer Routineuntersuchung sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern vernachlässigbar.

In allen Landesteilen wird das persönliche Kennen und der Einblick in das Patientendossier durch die Gesundheitsfachperson bevorzugt. In der italienischsprachigen Schweiz ist dieser Anteil überdurchschnittlich hoch (akute Situation: 80%; Routineuntersuchung: 90%). In der französischsprachigen Schweiz sind die Anteile etwas tiefer (akute Situation: 72%; Routineuntersuchung:

80%) und in der Deutschschweiz vergleichsweise am tiefsten (akute Situation: 67%; Routineuntersuchung: 78%).

Weiter zeigt sich, dass Personen mit höherer Internetnutzung den Einblick in das Patientendossier etwas stärker gewichten (30%) als Personen mit tieferer Internetnutzung (20%). Auch ist es ihnen weniger wichtig, die behandelnde Person persönlich zu kennen (67%), als Personen mit tieferer Internetnutzung (76%). Diese Zusammenhänge gelten für Situationen mit einem akuten gesundheitlichen Problem. Bei einer Routineuntersuchung gibt es kaum Unterschiede nach Internetnutzung.

Unabhängig von der Höhe des monatlichen Netto-Haushaltseinkommens ist es allen Befragten wichtig, dass die Gesundheitsfachpersonen einen Einblick in das Patientendossier haben (vgl. Grafik G 3.9).

Multivariate Analyse

Die multivariate Analyse bestätigt, dass Personen mit einer chronischen Erkrankung bei Routineuntersuchungen vor allem der Einblick in das Patientendossier wichtig ist (vgl. Tabellen T 6.23 und T 6.24). Diese Gruppe hat auch eine etwas höhere Präferenz als die übrigen Befragten für die Option, dass die Behandlungsperson zwar die Vorgeschichte der Patientin oder des Patienten nicht persönlich kennt, aber Einblick in das Patientendossier hat (OR: 1,324; p < 0,1).

Dieses Setting – die Behandlungsperson kennt die Vorgeschichte der Patientin oder des Patienten nicht persönlich, hat aber Einblick in das Patientendossier – ist dagegen bei den über 64-Jährigen nicht beliebt (akute Situation: OR: 0,466; p < 0,01).

Routineuntersuchung: OR: 0,498; p < 0,05). Sie legen überdurchschnittlich viel Wert darauf, dass die Gesundheitsfachperson ihre Vorgeschichte kennt und Einblick in das Patientendossier hat.

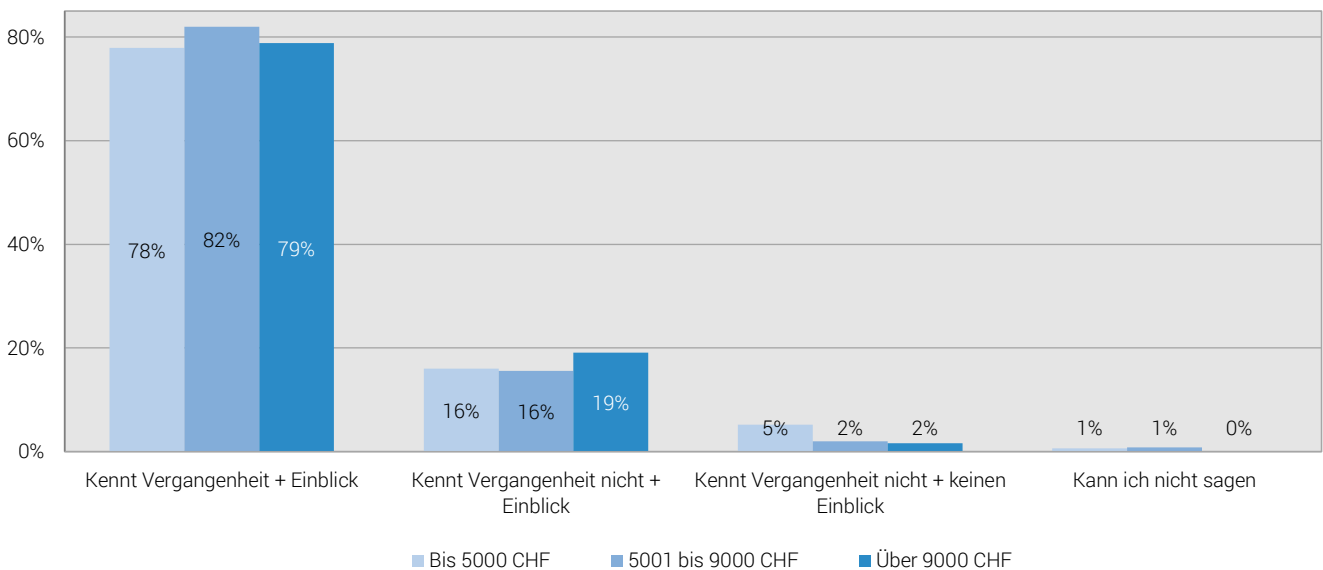
Auch in der lateinischen Schweiz wird die Präferenz dafür, dass die behandelnde Person die Vorgeschichte persönlich kennt und Einblick in das Patientendossier hat, überdurchschnittlich oft präferiert gegenüber der Option, dass die Gesundheitsfachperson die Patientin/den Patienten nicht kennt, aber einen Einblick in das Patientendossier hat (OR: 1,325; p < 0,05). Dieser Zusammenhang gilt für die akute Situation wie auch die Routineuntersuchung.

Relativ zu Personen, die das Internet wenig nutzen, haben Vielnutzer in Situationen mit einem akuten gesundheitlichen Problem eine höhere Präferenz für Gesundheitsfachpersonen, die zwar Einblick in das Patientendossier haben, die Vorgeschichte der Patientin oder des Patienten jedoch nicht persönlich kennen (OR: 1,535; p < 0,01). Zudem nimmt die Präferenz für eine Behandlung ohne Vorkenntnisse und ohne Einblick in das Patientendossier mit steigendem Einkommen ab (5001–9000 CHF: OR: 0,241; p < 0,01. > 9000 CHF: OR 0,185; p < 0,01).

Zwischenfazit

- Insgesamt bevorzugt es die Gesamtbevölkerung, wenn die behandelnde Person die Patientin/den Patienten kennt und Einblick in das Patientendossier hat.
- Für chronisch kranke Personen ist das persönliche Kennen und der Einblick in das Patientendossier bei Routineuntersuchungen besonders wichtig.

G 3.9 Kontinuität: Einblick in das Patientendossier nach Einkommensgruppen (Routineuntersuchung)



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

- Das Alter spielt ebenfalls eine zentrale Rolle bei den Präferenzen bezüglich Kontinuität der Behandlung. Den über 64-Jährigen ist es besonders wichtig, dass die Behandlungsperson die gesundheitliche Vorgeschichte persönlich kennt.
- Personen mit höheren Einkommen ist die Kontinuität weniger wichtig als der übrigen Bevölkerung.

3.2.6 Mitwirkung bei der Entscheidung über die Behandlung

Zu den wichtigen Themen, welche die Ausgestaltung der zukünftigen ambulanten Versorgung mitbestimmen, gehört auch der Einbezug der Patientinnen und Patienten in Entscheidungen über die Behandlung. Diesbezüglich wurde untersucht, welche der folgenden Optionen von der Bevölkerung präferiert wird: selbst entscheiden, zusammen mit der behandelnden Gesundheitsfachperson entscheiden oder der behandelnden Gesundheitsfachperson den Entscheid überlassen.

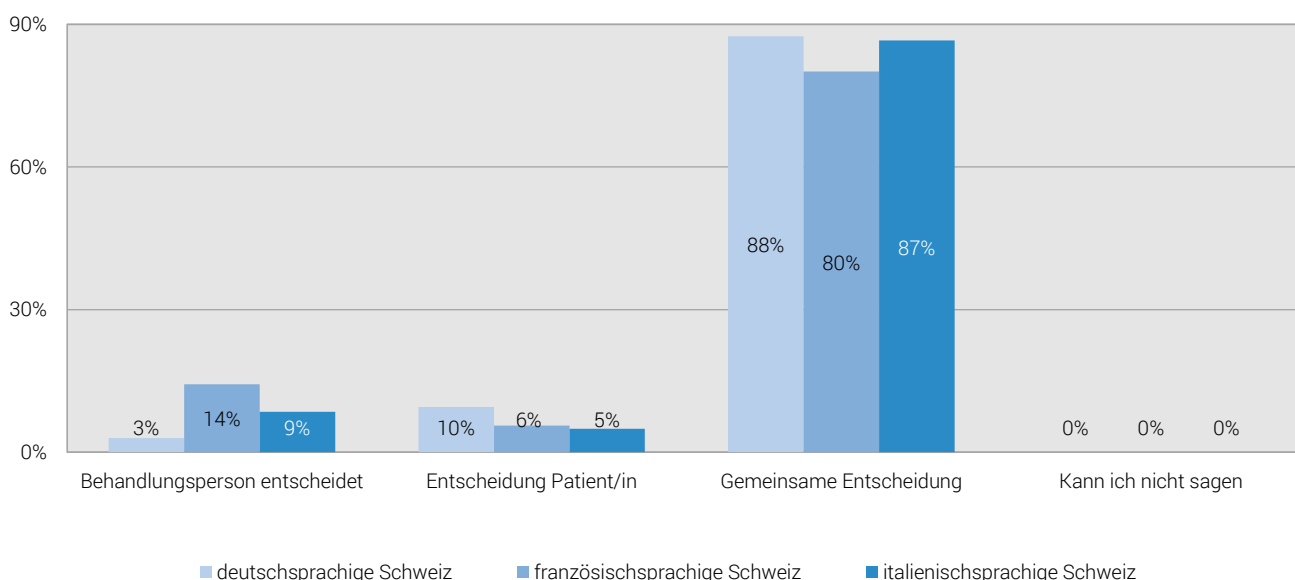
Bivariate Analyse

Die grosse Mehrheit der Befragten bevorzugt es, wenn sie Entscheide zusammen mit der Gesundheitsfachperson fällen kann. Dies gilt für Situationen mit einem akuten gesundheitlichen Problem (86%) wie auch für Routineuntersuchungen (83%) (vgl. Tabellen T 6.13 und T 6.14). In einer akuten Situation möchten rund 8% selbst entscheiden. Rund 7% der Befragten bevorzugen eine Entscheidung allein durch die Behandlungsperson. Bei einer Routineuntersuchung möchten 15% selbst entscheiden und 3% wünschen sich eine Entscheidung durch die Untersuchungsperson.

Die Präferenzen von Personen ohne chronische Krankheit unterscheiden sich bezüglich Entscheidungsfindung wenig von der übrigen Bevölkerung. Dasselbe gilt für die unterschiedlichen Altersgruppen. Bei einer Routineuntersuchung bevorzugen 86% der chronisch Kranken eine Entscheidung zusammen mit der Gesundheitsfachperson. Bei Personen ohne chronische Erkrankung sind es 80%. Personen mit chronischer Erkrankung haben etwas seltener angegeben, dass sie gerne allein entscheiden möchten (12% gegenüber 16% bei nicht chronisch kranken Personen) oder dass Entscheidungen allein durch eine Gesundheitsfachperson gefällt werden sollen (2%; Personen ohne chronische Krankheit: 4%). Ältere Menschen möchten vor allem bei Routineuntersuchungen mitentscheiden (18- bis 34-Jährige: 80%; über 64-Jährige: 85%). Dafür sinkt der Anteil an Personen, der lieber selbst entscheidet, über die Altersklassen hinweg leicht (18- bis 34-Jährige: 16%; über 64-Jährige: 13%).

Auffällige Unterschiede bezüglich der bevorzugten Entscheidungsfindung gibt es zwischen den Sprachregionen (vgl. Grafik G 3.10) Zwar wird in allen Teilen der Schweiz eine gemeinsame Entscheidung mehrheitlich bevorzugt. Bei akuten gesundheitlichen Problemen ist dies in der Deutschschweiz (88%) und der italienischsprachigen Schweiz (87%) aber deutlicher der Fall als in der französischsprachigen Schweiz (80%). In Bezug auf eine Routineuntersuchung unterscheidet sich die Reihenfolge. Der grösste Anteil, der eine gemeinsame Entscheidungsfindung bevorzugt, lebt in der italienischsprachigen Schweiz (87%), gefolgt von der französischsprachigen Schweiz und der Deutschschweiz (81%). Personen aus der französischsprachigen Schweiz sind aber deutlich eher bereit, eine Entscheidung ganz an die Gesundheitsfachperson zu delegieren (akute Situation: 14%; Routineuntersuchung: 6%). In der italienischsprachigen Schweiz ist der Anteil etwas niedriger (akute Situation: 9%; Routineuntersuchung: 4%). In der

G 3.10 Mitwirkung bei der Entscheidung nach Sprachregion (akute Situation)



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Deutschschweiz ist dieser Anteil am geringsten (akute Situation: 3%; Routineuntersuchung: 2%). Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer bevorzugen hingegen vergleichsweise oft, selbst zu entscheiden (akute Situation: 10%; Routineuntersuchung: 17%; französischsprachige Schweiz: akute Situation 5%; Routineuntersuchung: 10%; italienischsprachige Schweiz: akute Situation: 6%; Routineuntersuchung: 8%).

Unterschiede in der Verteilung der bevorzugten Entscheidungsfindung nach Urbanisierungsgrad sind keine auszumachen – weder für eine Situation mit akutem gesundheitlichem Problem noch für eine Routineuntersuchung. Auch zwischen den Geschlechtern und bei Personen, die das Internet unterschiedlich intensiv nutzen, sind keine erwähnenswerten Unterschiede in der Verteilung der Präferenzen auszumachen. Dies gilt für akute Situationen ebenso wie für Routineuntersuchungen. In einer Situation mit einem akuten gesundheitlichen Problem finden sich auch keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Einkommensgruppen. Bei Entscheidungen im Zusammenhang mit Routineuntersuchungen bevorzugen Personen mit höherem Einkommen jedoch öfter eine gemeinsame Entscheidung (höchste Einkommenskategorie: 85%; niedrigste Einkommenskategorie: 80%). Dafür möchten diese Personen die Entscheidung seltener delegieren und seltener selbst übernehmen.

Multivariate Analyse

Die multivariate Analyse macht deutlich, dass chronisch kranke Menschen im Gegensatz zur restlichen Bevölkerung gesundheitliche Entscheidungen eher Gesundheitsfachpersonen überlassen, als dass sie diese gemeinsam fällen möchten (OR: 1,524; $p < 0,05$) (vgl. Tabellen T 6.25 und T 6.26 im Anhang). Ähnliches gilt für Personen aus der lateinischen Schweiz. Relativ zu Personen aus der Deutschschweiz haben Personen aus der lateinischen Schweiz signifikant geringere Präferenzen für eine gemeinsame Entscheidung oder eine alleinige Entscheidung. Dies gilt für akute Situationen und für Routineuntersuchungen (gemeinsame Entscheidung: akute Situation: OR 0,219; $p < 0,01$. Routineuntersuchung: OR 0,263; $p < 0,01$; Entscheidung durch Patientin/Patient: akute Situation: OR 0,139; $p < 0,01$. Routineuntersuchung: OR 0,126 $p < 0,01$).

Auffällig ist zudem, dass Personen mit einem hohen monatlichen Netto-Haushaltseinkommen im Fall einer Routineuntersuchung eine überdurchschnittliche Präferenz für eine alleinige Entscheidung (OR: 2,686; $p < 0,05$) oder eine Entscheidung zusammen mit der Gesundheitsfachperson haben (OR: 3,742; $p < 0,01$).

Zwischenfazit

- Der Grossteil der Bevölkerung bevorzugt eine gemeinsame Entscheidung mit der Gesundheitsfachperson gegenüber einer alleinigen Entscheidung der Gesundheitsfachperson oder einer alleinigen Entscheidung durch die Patientin oder den Patienten.
- Gegenüber Personen aus der Deutschschweiz überlassen Personen aus der lateinischen Schweiz die Entscheidung verhältnismässig lieber der Gesundheitsfachperson.

- Personen mit höheren Einkommen reden signifikant lieber bei Entscheidungen mit oder treffen diese gar allein als Personen mit tieferen Einkommen.

3.2.7 Koordinationsperson

Eine weitere Frage zukünftiger ambulanter Versorgungsmodelle betrifft die Qualifikation der Person, welche die Koordination der verschiedenen Leistungserbringer vornimmt. In der Befragung wurde diesbezüglich zwischen der Koordination durch die Hausärztin/den Hausarzt, die Apothekerin/den Apotheker, eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss und einer Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss unterschieden.

Bivariate Analyse

Die Befragung macht sehr deutlich, dass die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt als Koordinationsperson bei Routineuntersuchungen bevorzugt wird. Im Falle einer Routineuntersuchung wünschen 76% der Befragten eine Hausärztin oder einen Hausarzt (vgl. Tabelle T 6.15). 13% der Befragten bevorzugen eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss und 7% eine Fachangestellte Gesundheit mit Lehrabschluss. Nur 2% der Befragten sprachen sich für eine Apothekerin oder einen Apotheker aus.

Personen mit einer chronischen Erkrankung bevorzugen etwas öfter eine Hausärztin oder einen Hausarzt als Koordinationsperson (80%) als Personen ohne chronische Erkrankung (73%). Gleichzeitig ist der Anteil von Personen, die eine Fachangestellte Gesundheit mit Lehrabschluss als Koordinationsperson bevorzugen, unter den chronisch Kranken (5%) geringer als in der restlichen Bevölkerung (9%).

Deutliche Unterschiede sind ersichtlich in der Verteilung der bevorzugten Koordinationsperson nach Altersgruppen. Die Präferenz für die Hausärzteschaft als Koordinationsstelle steigt mit dem Alter deutlich an. Von den 18- bis 34-Jährigen sprechen sich 60% für eine Hausärztin oder einen Hausarzt als Koordinationsperson aus. Bei den über 64-Jährigen liegt der Anteil bei 91%. Ein grosser Anteil der Jungen bevorzugt dafür eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (18- bis 34-Jährige: 23%) oder eine Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss (18- bis 34-Jährige: 10%) als Koordinationsperson. Dieser Anteil ist bei Personen im Pensionsalter deutlich niedriger (über 64-Jährige: Pflegefachperson mit Hochschulabschluss: 5%; Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss: 3%).

Die Präferenz für die Hausärztin oder den Hausarzt als Koordinationsperson ist in der italienischsprachigen Schweiz am grössten (84%; Deutschschweiz: 75%; französischsprachige Schweiz: 76%). Personen aus der französischsprachigen und der deutschsprachigen Schweiz können sich dagegen etwas öfter eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (Deutschschweiz und französischsprachige Schweiz: je 13%; italienischsprachige Schweiz: 10%) oder eine Fachangestellte Gesundheit mit Lehrabschluss (Deutschschweiz: 8%; französischsprachige

Schweiz: 6%; italienischsprachige Schweiz: 3%) als Koordinationsperson vorstellen.

Personen, die in ländlichen Gemeinden oder Agglomerationsgemeinden leben, präferieren die Koordination durch die Hausärztin oder den Hausarzt stärker als Personen, die in Städten leben (ländliche Gemeinden oder Agglomeration: 77%; städtische Gemeinden: 73%). Dafür sind Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss (15%) und Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss (9%) in Städten als Koordinationsperson beliebter als in den übrigen Gebieten.

Es ist interessant festzustellen, dass Männer die Koordination durch Hausärztinnen und Hausärzte etwas öfter bevorzugen (79%) als Frauen (73%) (vgl. Grafik G 3.11). Frauen sind eher geneigt, die Koordination einer Pflegefachperson mit Hochschulabschluss zu übertragen (16% gegenüber 11% der Männer).

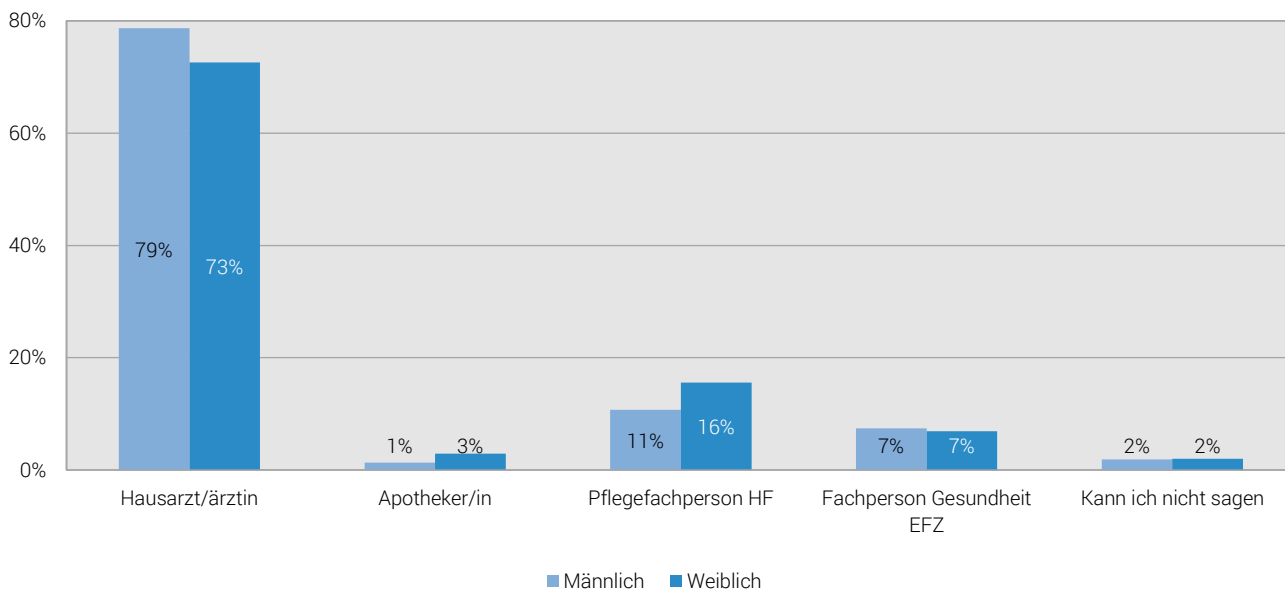
Personen mit tiefem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen bevorzugen eher die Hausärzteschaft (79% gegenüber 70% bei Personen mit hohem Einkommen). Dafür zeigen sich Personen mit einem höheren Einkommen offener gegenüber Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss (16,5%; bis 5000 CHF: 11%) und Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss (9%; bis 5000 CHF: 6%) als Koordinationspersonen. Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn die Internetnutzung betrachtet wird. Wie bei vielen anderen Merkmalen haben Personen, die das Internet oft nutzen, ähnliche Präferenzen wie jene, die ein hohes Einkommen ausweisen.

Multivariate Analyse

Die multivariate Analyse bestätigt die zentralen Ergebnisse der bivariaten Auswertung (vgl. Tabelle T 6.27). Alle Gruppen präferieren die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt als Koordinationsperson. Personen mit einer chronischen Krankheit sind aber überdurchschnittlich offen dafür, dass eine Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss die Koordinationsaufgabe übernimmt (OR: 1,608; $p < 0,05$). Ältere Personen stehen allen Alternativen zur Hausärztin oder zum Hausarzt als Koordinationsperson kritischer gegenüber als die übrige Bevölkerung (50- bis 64-Jährige: Apotheker/in: OR: 0,260; $p < 0,05$. Pflegefachperson mit Hochschulabschluss: OR: 0,390; $p < 0,01$. Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss: OR 0,442; $p < 0,01$. Über 64-Jährige: Apotheker/in: OR: 0,224; $p < 0,05$. Pflegefachperson mit Hochschulabschluss: OR: 0,134; $p < 0,01$. Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss: OR: 0,172; $p < 0,01$).

Frauen haben relativ zu Männern eine etwas höhere Präferenz für Apothekerinnen und Apotheker (OR: 2,082; $p < 0,1$) und Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (OR: 1,673; $p < 0,01$) als Koordinationspersonen. Personen mit höherem Einkommen präferieren relativ zu jenen mit tieferem Einkommen etwas mehr die Pflegefachperson mit Hochschulabschluss als Koordinationsperson (OR: 1,673; $p < 0,01$).

G 3.11 Bevorzugte Gesundheitsfachperson als Koordinationsperson nach Geschlecht (Routineuntersuchung)



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Zwischenfazit

- Die Hausärzteschaft ist in der Bevölkerung am beliebtesten als Koordinationsstelle.
- Chronisch kranke Personen sind etwas offener gegenüber Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss.
- Personen aus der lateinischen Schweiz überlassen die Koordination weniger gerne Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss als Personen aus der Deutschschweiz.
- Mit dem Alter sinkt die Offenheit gegenüber alternativen Koordinationspersonen zur Hausärztin beziehungsweise zum Hausarzt.
- Frauen sind offener gegenüber den Apothekerinnen und Apothekern oder Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss als Koordinationspersonen als Männer.

3.2.8 Zuteilung der Koordinationsperson

Bereits heute gibt es Versorgungsmodelle, bei denen die Zuteilung der Koordinationsperson durch die Krankenkasse erfolgt. In der Befragung wurde abgeklärt, wie diese Form der Zuteilung gegenüber der eigenständigen Wahl durch die Patientin beziehungsweise den Patienten beurteilt wird.

Bivariate Analyse

88% der Befragten möchten die Koordinationsperson selbst wählen können (vgl. Tabelle T 6.16 im Anhang). Nur 10% sprachen

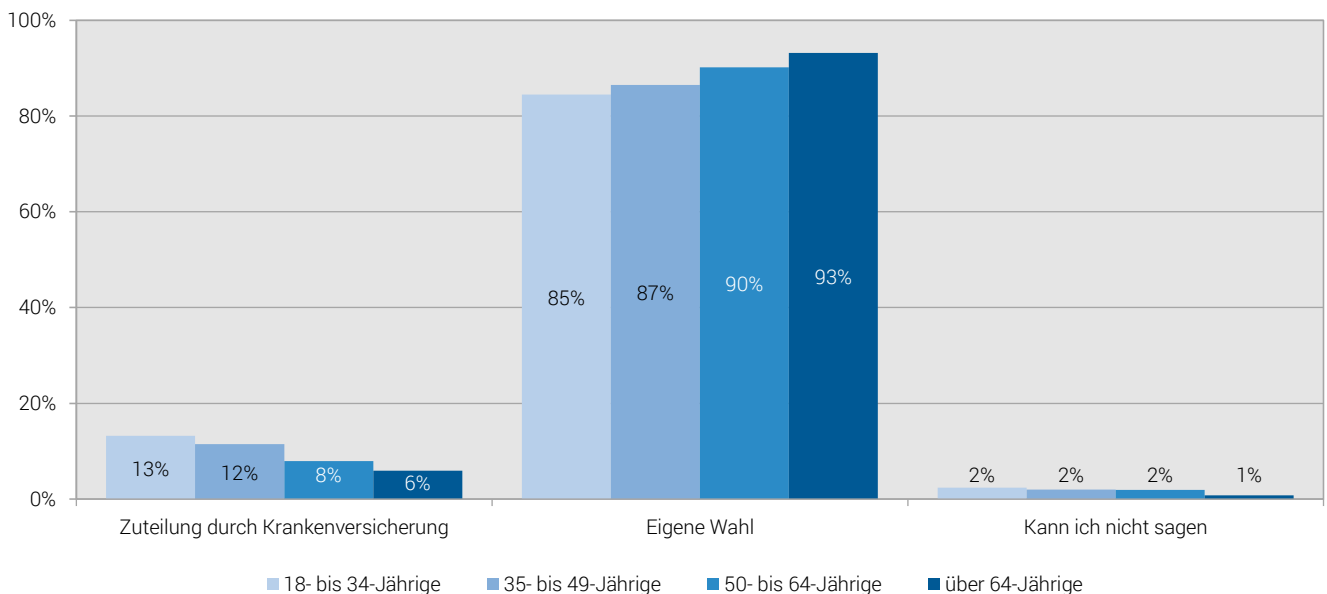
sich für eine Zuteilung der Koordinationsperson durch die Krankenversicherung aus. Diesbezüglich gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne chronische/r Erkrankung. Auch die regionalen Unterschiede sind gering. Personen aus der französischsprachigen Schweiz sind tendenziell etwas skeptischer gegenüber einer Zuteilung der Koordinationsperson durch die Versicherung als die übrige Bevölkerung (7%; Deutschschweiz: 11%; italienischsprachige Schweiz: 10%). Auch keinen grösseren Unterschied gibt es diesbezüglich zwischen Personen, die in der Stadt, in der Agglomeration oder auf dem Land wohnen. Frauen (90%) möchten etwas öfter die Koordinationsperson selbst wählen als Männer (87%). Dasselbe gilt für Personen, die das Internet weniger als fünf Stunden pro Woche nutzen (92% gegenüber 87%). Auch die Einkommenskategorien unterscheiden sich bei dieser Frage nicht.

Einzig die Altersgruppen haben erwähnenswerte unterschiedliche Präferenzen bezüglich Zuteilung der Koordinationsperson: Die jüngeren Bevölkerungsgruppen sind offener gegenüber einer Zuteilung durch die Versicherung (18- bis 34-Jährige: 13%; über 64-Jährige: 6%) (vgl. Grafik G 3.12). Trotzdem möchten auch sie die Koordinationsperson grossmehrheitlich selbst wählen.

Multivariate Analyse

Die multivariate Analyse bestätigt die Tatsache einer klaren Präferenz aller Bevölkerungsgruppen für die eigenständige Wahl der Koordinationsperson (vgl. Tabelle T 6.28 im Anhang). Erwähnenswerte Unterschiede gibt es einzig bezüglich Personen aus der lateinischen Schweiz relativ zu Personen aus der Deutschschweiz und bezüglich Frauen relativ zu Männern. Personen aus der latei-

G 3.12 Zuteilung der Koordinationsperson nach Altersgruppen (Routineuntersuchung)



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

nischen Schweiz wie auch Frauen haben eine leicht tiefere Präferenz für die Zuteilung der Koordinationsperson durch die Krankenversicherung (lateinische Schweiz: OR: 0,616; $p < 0,05$. Frauen: OR 0,641; $p < 0,05$). Weiter sind Personen, die internetaffin sind, auch offener gegenüber der Zuteilung der Koordinationsperson durch die Krankenversicherung (OR: 1,891; $p < 0,05$).

Zwischenfazit

- Es gibt eine klare Präferenz der Bevölkerung für die eigene Wahl der Koordinationsperson.
- Frauen und Personen aus der lateinischen Schweiz sind besonders skeptisch gegenüber einer Zuteilung der Koordinationsperson durch eine Krankenversicherung.

3.3 Kombinierte Präferenzen für Modelle der ambulanten Grundversorgung

In diesem Abschnitt werden die kombinierten Präferenzen, die mittels Discrete-Choice-Experiments gemessen wurden, vorgestellt. Im Experiment mussten sich die Befragten jeweils für eines von zwei Versorgungsmodellen, bestehend aus mehreren Merkmalen mit unterschiedlichen Ausprägungen (Choice-Sets) entscheiden. Die Grafik G 2.2 bildet ein Beispiel eines solchen Choice-Sets ab. Die Befragten mussten also die einzelnen Merkmale gewichten respektive gegeneinander und gegenüber den Kosten abwägen.

3.3.1 Gesamtbevölkerung

In einem ersten Schritt werden die Resultate betreffend die Situation mit einem akuten gesundheitlichen Problem und jene betreffend die Routineuntersuchung für die Gesamtbevölkerung beschrieben. Die entsprechenden Daten finden sich in den Tabellen T 3.1 und T 3.2.⁷

Erste Kontaktstelle

In einer Situation mit einem akuten gesundheitlichen Problem bevorzugen die Befragten in Zukunft eine Hausärztin oder einen Hausarzt als erste Kontaktstelle. Als zweiter Präferenz folgt eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (OR: 0,810; $p < 0,1$) oder eine Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss (OR: 0,798; $p < 0,01$). Interessanterweise wird eine App, in die Patientinnen und Patienten ihre Symptome eingeben und die mittels eines Algorithmus eine Beratung abgibt (OR: 0,686; $p < 0,01$), gegenüber der Apothekerin oder dem Apotheker (OR: 0,656; $p < 0,01$) als erste Kontaktstelle bevorzugt. Bei der Situation der Routineuntersuchung wurde nicht für eine Präferenz für eine erste Kontaktstelle gefragt.

⁷ Es wurden bei der Erhebung zwei Gründe für die Unterscheidung mit unterschiedlichen akuten Problemen und zwei Gründe für eine Routineuntersuchung unterschieden (vgl. Kapitel 2). Die Präferenzen zwischen den beiden gesundheitlichen Problemen bzw. den beiden Gründen für

die Routineuntersuchung unterscheiden sich kaum (vgl. Tabelle T 3.1 und Tabelle T 3.2). Entsprechend wird darauf verzichtet, diese Untersuchungsgründe systematisch darzustellen.

T 3.1 Gesamtbevölkerung: akute Situation

	Gesamt		Ohrenschmerzen		Schmerz im Fussgelenk	
	Log Odds	SE	Log Odds	SE	Log Odds	SE
Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)						
Apothekerin/Apotheker	0,656***	0,031	0,714***	0,048	0,600***	0,041
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,810***	0,038	0,779***	0,052	0,838***	0,055
Fachperson Gesundheit	0,798***	0,041	0,790***	0,059	0,804***	0,058
App	0,686***	0,037	0,699***	0,053	0,672***	0,051
Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)						
Telefon	1,018	0,033	1,031	0,047	1,005	0,046
Videotelefonie	1,047	0,035	1,115**	0,052	0,982	0,046
Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)						
Fachärztin/Facharzt	1,019	0,038	1,025	0,054	1,013	0,053
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,693***	0,028	0,688***	0,039	0,695***	0,040
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,783***	0,033	0,781***	0,047	0,781***	0,046
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)						
Verlängerte Bürozeiten	1,109***	0,035	1,114**	0,050	1,106**	0,049
Rund um die Uhr	1,206***	0,035	1,257***	0,052	1,160***	0,048
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)						
Kennt nicht + Einblick	0,852***	0,028	0,855***	0,039	0,848***	0,039
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,599***	0,025	0,570***	0,034	0,625***	0,037
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)						
Gemeinsame Entscheidung	1,564***	0,058	1,537***	0,080	1,591***	0,083
Entscheidung Patientin/Patient	1,253***	0,047	1,255***	0,066	1,250***	0,067
Krankenkassenprämien						
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien	0,997***	0,000	0,998***	0,000	0,997***	0,000
N	19,570		9,810		9,760	
R2	0,022		0,025		0,022	
Max, Possible R2	0,5		0,5		0,5	
Log Likelihood	-6,565,838		-3,276,816		-3,275,677	
Wald Test	402,890*** (df = 16)		229,070*** (df = 16)		197,570*** (df = 16)	
LR Test	433,215*** (df = 16)		246,141*** (df = 16)		213,762*** (df = 16)	
Score (Logrank) Test	422,432*** (df = 16)		240,186*** (df = 16)		207,926*** (df = 16)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
 Signifikanzniveaus: * = p < ,1; ** = p < ,05; *** = p < ,01.

T 3.2 Gesamtbevölkerung: Routineuntersuchung

Routineuntersuchungen	Gesamt		Vorsorge		Diabetes	
	Log odds	SE	Log odds	SE	Log odds	SE
Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)						
Fachärztin/Facharzt	0,877***	0,032	0,810***	0,042	0,949	0,049
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,749***	0,037	0,743***	0,053	0,754***	0,053
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,771***	0,038	0,784***	0,055	0,755***	0,053
Öffnungszeiten (ref. Level: Bürozeiten)						
Verlängerte Bürozeiten	1,118***	0,036	1,136***	0,051	1,104**	0,050
Rund um die Uhr	0,933**	0,029	0,948	0,042	0,921*	0,040
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)						
Kennt nicht + Einblick	0,785***	0,025	0,768***	0,034	0,804***	0,036
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,542***	0,025	0,524***	0,034	0,562***	0,036
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)						
Gemeinsame Entscheidung	1,684***	0,072	1,600***	0,097	1,770***	0,108
Entscheidung Patientin/Patient	1,479***	0,058	1,440***	0,080	1,518***	0,085
Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)						
Apothekerin/Apotheker	0,769***	0,031	0,784***	0,045	0,756***	0,044
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,854***	0,033	0,859***	0,047	0,850***	0,046
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,784***	0,031	0,769***	0,043	0,798***	0,044
Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)						
Zuteilung durch Krankenversicherung	0,716***	0,018	0,729***	0,026	0,704***	0,025
Krankenkassenprämien						
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie	0,998***	0,000	0,998***	0,000	0,997***	0,000
N	18,230		9,180		9,050	
R2	0,022		0,024		0,021	
Max, Possible R2	0,5		0,5		0,5	
Log Likelihood	-6,114,666		-3,069,507		-3,038,887	
Wald Test	379,960*** (df = 14)		207,340*** (df = 14)		183,340*** (df = 14)	
LR Test	406,742*** (df = 14)		224,076*** (df = 14)		195,208*** (df = 14)	
Score (Logrank) Test	397,545*** (df = 14)		218,294*** (df = 14)		191,155*** (df = 14)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

Art der ersten Kontaktaufnahme

Die Präferenzen zwischen den unterschiedlichen Arten der ersten Kontaktaufnahme, die ebenfalls nur für eine akute Situation abgefragt wurden, unterscheiden sich nur marginal. Entsprechend gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede.⁸ Es spielt für die Präferenz für ein Modell keine Rolle, ob der Zugang per Videotelefonie, per Telefon oder durch persönliches Vorbeigehen erfolgen wird.

Hauptverantwortliche Behandlungsperson

In einer Situation mit akutem gesundheitlichem Problem bevorzugen die befragten Personen eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt oder eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt als behandelnde Person. Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen bei den Präferenzen. Bei Routineuntersuchungen wird eine Hausärztin oder ein Hausarzt gegenüber einer Fachärztin oder einem Facharzt bevorzugt (OR: 0,877; $p < 0,01$). Sofern keine Ärztin oder kein Arzt vor Ort sein kann, wird bei einem akuten gesundheitlichen Problem und auch bei einer Routineuntersuchung die Option präferiert, dass die Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss durchgeführt wird, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird (akute Situation: OR: 0,783; $p < 0,01$. Routineuntersuchung: OR: 0,771; $p < 0,01$). Sowohl bei einem akuten gesundheitlichen Problem als auch bei einer Routineuntersuchung ist die selbständig agierende Pflegefachperson mit Hochschulabschluss die am wenigsten bevorzugte behandelnde Person (akute Situation: OR: 0,683; $p < 0,01$; Routineuntersuchung: OR 0,749; $p < 0,01$). Die tiefere Odds Ratio bei akuten Situationen deutet darauf hin, dass eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss relativ zur Hausärztin oder dem Hausarzt in der akuten Situation noch weniger bevorzugt wird als bei einer Routineuntersuchung.

Öffnungszeiten

Sowohl bei akuten gesundheitlichen Problemen als auch bei Routineuntersuchungen werden verlängerte Öffnungszeiten von 07.00 Uhr bis 22.00 Uhr gegenüber den normalen Bürozeiten bevorzugt (akute Situation: OR: 1,109; $p < 0,01$; Routineuntersuchung: OR: 1,118; $p < 0,01$). Bei einem akuten gesundheitlichen Problem präferiert die Gesamtbevölkerung den Zugang zur Versorgung rund um die Uhr (OR: 1,206; $p < 0,01$). Dies ist im Falle einer Routineuntersuchung nicht der Fall (OR: 0,933; $p < 0,01$).

Kontinuität der Behandlung

Die persönliche Beziehung zur betreuenden Person und deren Einblick in das Patientendossier werden sowohl bei einem akuten gesundheitlichen Problem als auch bei einer Routineuntersuchung

präferiert. Sofern die behandelnde Person zwar Einblick in das Patientendossier hat, jedoch die Patientin oder den Patienten nicht persönlich kennt, führt dies zu einem signifikanten Nutzenverlust gegenüber der Ausgangslage (akute Situation: OR: 0,852; $p < 0,01$) Im Falle einer Routineuntersuchung gewichten die Befragten das persönliche Kennen und den Einblick in das Patientendossier sogar noch stärker (Routineuntersuchung: OR: 0,785; $p < 0,01$). Am unbeliebtesten wird die Situation beurteilt, dass die Gesundheitsfachperson die Patientin oder den Patienten nicht kennt und auch keinen Einblick in das Patientendossier hat (akute Situation: OR: 0,599; $p < 0,01$; Routineuntersuchung: OR: 0,542; $p < 0,01$).

Mitwirkung bei Entscheidungen über die Behandlung

Unabhängig davon, ob es sich um eine Routineuntersuchung oder um ein akutes gesundheitliches Problem handelt, möchten die Patientinnen und Patienten die Entscheidungen bezüglich weiterer Behandlungen zusammen mit der Gesundheitsfachperson treffen (akute Situation: OR: 1,563; $p < 0,01$; Routineuntersuchung: 1,684; $p < 0,01$). An zweiter Stelle steht die Option, die Entscheidung über die Behandlung allein zu fällen (akute Situation: OR: 1,253; $p < 0,01$; Routineuntersuchung: OR: 1,479; $p < 0,01$). Die alleinige Entscheidung durch die Gesundheitsfachperson hat die tiefste Präferenz (Referenzkategorie).

Koordinationsperson

Die bevorzugte Koordinationsperson ist die Hausärztin oder der Hausarzt, gefolgt von der Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (OR 0,854; $p < 0,01$). Die Apothekerinnen und Apotheker (OR: 0,769; $p < 0,01$) und die Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss (OR: 0,784; $p < 0,01$) sind deutlich weniger beliebte Koordinationspersonen. Die Befragten bevorzugen es klar, die Koordinationsperson selbst zu wählen und nicht durch die Krankenkasse zu bekommen (OR: 0,716; $p < 0,01$).

3.3.2 Unterschiede zwischen Personen mit und ohne chronische/r Erkrankung

Die kombinierten Präferenzen von chronisch kranken Personen unterscheiden sich nur geringfügig von denjenigen der übrigen Bevölkerung. Statistisch signifikant ist einzig die stärkere Abneigung gegenüber einer Pflegefachperson mit Hochschulabschluss als Behandlungsperson im Falle eines akuten gesundheitlichen Problems (OR: 0,774; $p < 0,01$). Im Falle einer Routineuntersuchung gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Gesamtbevölkerung und Personen mit einer chronischen Krankheit (vgl. Tabellen T 3.3 und T 5.29 im Anhang).

⁸ Die befragten Personen gaben im Fall von akuten Ohrenscherzen an, dass sie den videotelefonischen Kontaktweg gegenüber dem persönlichen Vorbeigehen (OR: 1,115; $p < 0,05$) bevorzugen. Unterscheidet man

nicht zwischen Ohrenscherzen und Schmerz im Fussgelenk, so gibt es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen dem persönlichen Vorbeigehen und dem videotelefonischen Kontaktweg.

T 3.3 Personen mit chronischer Erkrankung: Routineuntersuchung

	Gesamt	
	Log odds	SE
Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	0,912**	0,042
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,771***	0,049
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,786***	0,050
Fachärztin/Facharzt × Chronisch kranke Personen	0,901	0,067
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Chronisch kranke Personen	0,925	0,095
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Chronisch kranke Personen	0,947	0,098
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,138***	0,046
Rund um die Uhr	0,967	0,038
Verlängerte Bürozeiten × Chronisch kranke Personen	0,958	0,063
Rund um die Uhr × Chronisch kranke Personen	0,917	0,059
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,794***	0,032
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,542***	0,031
Kennt nicht + Einblick × Chronisch kranke Personen	0,969	0,064
Kennt nicht + Keinen Einblick × Chronisch kranke Personen	0,994	0,095
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,671***	0,090
Entscheidung Patientin/Patient	1,499***	0,075
Gemeinsame Entscheidung × Chronisch kranke Personen	1,021	0,091
Entscheidung Patientin/Patient × Chronisch kranke Personen	0,964	0,079
Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,762***	0,039
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,860***	0,042
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,747***	0,037
Apothekerin/Apotheker × Chronisch kranke Personen	1,024	0,085
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Chronisch kranke Personen	0,979	0,078
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Chronisch kranke Personen	1,135	0,092
Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)		
Zuteilung durch Krankenversicherung	0,718***	0,023
Zuteilung durch Krankenversicherung × Chronisch kranke Personen	0,993	0,052
Krankenversicherungsprämie		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie	0,998***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie × Chronisch kranke Personen	1,000	0,001
N	18,230	
R2	0,023	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,109,490	
Wald Test	389,510*** (df = 28)	
LR Test	417,093*** (df = 28)	
Score (Logrank) Test	407,631*** (df = 28)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

3.3.3 Unterschiede zwischen den Altersgruppen

In diesem Abschnitt wird auf Unterschiede in den Präferenzen zwischen der Bevölkerung unter und über 50 Jahre eingegangen. Details dazu sind in den Regressionstabellen T 3.4 und T 6.30 (im Anhang) zu finden.

Es lässt sich feststellen, dass jüngere Personen gegenüber dem Erstkontakt via Apothekerin oder Apotheker offener sind als ältere Personen (OR: 1,177; $p < 0,1$). Im Gegensatz zur älteren Bevölkerungsgruppe bevorzugt die jüngere Bevölkerungsgruppe zudem den Erstkontakt über Videotelefonie gegenüber herkömmlicher Telefonie (OR: 0,875; $p < 0,01$).

Die ältere Bevölkerungsgruppe lässt sich – in akuten Situationen – lieber von einer Hausärztin oder einem Hausarzt behandeln. Relativ zu den Älteren wenden sich Jüngere lieber an eine Fachärztin oder einen Facharzt (OR: 1,268; $p < 0,01$). Entsprechend ist die Fachärztin oder der Facharzt bei den jüngeren Personen ähnlich präferiert wie die Hausärztin oder der Hausarzt. Die Jüngeren bevorzugen relativ zu den Älteren öfter eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss als behandelnde Person (OR: 1,234; $p < 0,01$) oder eine Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird (OR: 1,231; $p < 0,01$). Dies zeigt sich auch im Fall einer Routineuntersuchung. Auch dort ist die jüngere Bevölkerungsgruppe signifikant offener gegenüber einer Fachärztin oder einem Facharzt (OR 1,320; $p < 0,01$) oder einer Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (OR: 1,395; $p < 0,01$) anstelle einer Hausärztin oder eines Hausarztes als die ältere Bevölkerungsgruppe.

Gegenüber der restlichen Bevölkerung präferiert die jüngere Bevölkerung bei einem akuten gesundheitlichen Problem öfter eine Versorgung, die rund um die Uhr zugänglich ist (OR: 1,155; $p < 0,05$). Bei einer Routineuntersuchung ist den Jüngeren die persönliche Beziehung zur behandelnden Person etwas weniger wichtig als den Älteren (OR: 1,127; $p < 0,01$). Zudem ist die jüngere Bevölkerungsgruppe bei akuten gesundheitlichen Problemen preissensitiver als die ältere (OR: 0,998; $p < 0,001$).

T 3.4 Altersgruppen: akute Situation

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,603***	0,041
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,770***	0,050
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,812***	0,060
App	0,731***	0,055
Apothekerin/Apotheker × Junge Personen	1,177*	0,113
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Junge Personen	1,098	0,102
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Junge Personen	0,960	0,100
App × Junge Personen	0,876	0,095
Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)		
Telefon	1,087*	0,050
Videotelefonie	1,070	0,050
Telefon × Junge Personen	0,875**	0,056
Videotelefonie × Junge Personen	0,957	0,063
Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	0,906*	0,048
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,622***	0,035
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,705***	0,042
Fachärztin/Facharzt × Junge Personen	1,268***	0,095
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Junge Personen	1,234***	0,099
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Junge Personen	1,231**	0,104
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,056	0,047
Rund um die Uhr	1,124***	0,047
Verlängerte Bürozeiten × Junge Personen	1,107	0,070
Rund um die Uhr × Junge Personen	1,155**	0,068
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,889*	0,041
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,613***	0,037
Kennt nicht + Einblick × Junge Personen	0,920	0,060
Kennt nicht + Keinen Einblick × Junge Personen	0,944	0,080
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,660***	0,087
Entscheidung Patientin/Patient	1,327***	0,070
Gemeinsame Entscheidung × Junge Personen	0,894	0,066
Entscheidung Patientin/Patient × Junge Personen	0,892	0,067
Krankenkassenprämien		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien	0,998***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien × Junge Personen	0,998***	0,001
N	19,570	
R2	0,026	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,525,707	
Wald Test	474,050*** (df = 32)	
LR Test	513,476*** (df = 32)	
Score (Logrank) Test	499,633*** (df = 32)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan21

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

3.3.4 Regionale Unterschiede

In diesem Abschnitt werden zuerst die Präferenzen der Bevölkerung der französisch- und der italienischsprachigen Schweiz (kurz lateinische Schweiz genannt) den in der Deutschschweiz vorherrschenden Präferenzen gegenübergestellt.⁹ Danach wird auf allfällige Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Regionen aufmerksam gemacht (vgl. Tabellen T 3.5 und T 6.31 im Anhang).

Zwischen den Sprachregionen gibt es nur wenige Unterschiede. Als Erstkontakt ist die App in der lateinischen Schweiz weniger beliebt als in der Deutschschweiz (OR: 0,767; $p < 0,05$). Bei einer Routineuntersuchung ist eine Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird, in der lateinischen Schweiz eher gewünscht als in der Deutschschweiz (OR: 1,347; $p < 0,01$). Ähnlich gross ist bei einer Routineuntersuchung in der lateinischen Schweiz auch die Präferenz für eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt. Unabhängig davon, ob es sich um ein akutes gesundheitliches Problem oder um eine Routineuntersuchung handelt, ist das Bedürfnis, gemeinsam mit der Gesundheitsfachperson zu entscheiden, in der lateinischen Schweiz etwas geringer als in der Deutschschweiz (akute Situation: OR: 0,785; $p < 0,01$. Routineuntersuchung: OR: 0,790; $p < 0,01$). Aber auch in der lateinischen Schweiz wünschen bei einem akuten gesundheitlichen Problem nur wenige eine alleinige Entscheidung durch die Gesundheitsfachperson.

Die Personen aus der lateinischen Schweiz sind besonders skeptisch gegenüber einer durch die Versicherung zugeteilte Koordinationperson (OR: 0,881; $p < 0,05$). Dagegen zeigen sie sich etwas weniger preissensitiv als Personen der Deutschschweiz (OR: 0,998; $p < 0,05$).

Wenden wir uns den Unterschieden zwischen städtischen und ländlichen Gebieten zu (vgl. Tabellen T 6.34 und T 6.35 im Anhang). Die Präferenzen dieser Bevölkerungsgruppen unterscheiden sich wenig. Bezüglich der Art des Kontakts sind Personen aus ruralen Gegenden weniger offen eingestellt als die übrige Bevölkerung (OR: 0,870; $p < 0,1$). Dagegen sind Personen aus ländlichen Gegenden im Falle von Routineuntersuchungen signifikant offener gegenüber Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss als untersuchende Person als die Befragten aus städtischen Gebieten (OR: 1,434; $p < 0,01$). Zudem ist Personen aus ländlichen Gegenden das persönliche Kennen der behandelnden Gesundheitsfachperson etwas weniger wichtig als Personen aus Städten (OR: 1,157; $p < 0,1$).

3.3.5 Unterschiede zwischen den Geschlechtern

In akuten Situationen bevorzugen Frauen eher die verlängerten Bürozeiten als die Männer (OR: 1,148; $p < 0,05$) (vgl. Tabellen T 6.36 und T 6.37 im Anhang). Frauen haben zudem eine grössere Zurückhaltung als Männer gegenüber einer Gesundheitsfachperson, die sie nicht kennt und keinen Einblick in das Patientendossier hat (OR: 0,749; $p < 0,01$). Weiter bevorzugen Frauen unabhängig davon, ob es sich um eine akute Situation oder um eine Routineuntersuchung handelt, öfter die gemeinsame Entscheidung (akute Situation: OR: 1,242; $p < 0,01$. Routineuntersuchung: OR: 1,452; $p < 0,01$) oder die alleinige Entscheidung (akute Situation: OR: 1,211; $p < 0,05$. Routineuntersuchung: OR: 1,429; $p < 0,01$). Weitere signifikante Unterschiede in den Präferenzen zwischen den Geschlechtern haben sich nicht gezeigt.

3.3.6 Unterschiede in Abhängigkeit von der Internetnutzung

Personen, die mehr als fünf Stunden wöchentlich das Internet nutzen, zeigen sich bezüglich verschiedener Ausgestaltungen der ambulanten Versorgung, die vom aktuellen Status quo abweichen, etwas offener als die übrige Bevölkerung (vgl. Tabellen T 6.38 und T 6.39 im Anhang). So präferieren sie eher eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss als Erstkontakt als die Personen, die das Internet seltener nutzen (OR: 1,353; $p < 0,01$). Auch haben sie eine vergleichsweise hohe Präferenz für die Videotelefonie als Zugang zu einer Versorgungsleistung (OR: 1,258; $p < 0,01$). Weiter können sie sich in einer akuten Situation eine Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird eher vorstellen (OR: 1,398; $p < 0,01$) als Personen mit geringerer Internetnutzung. Bei Routineuntersuchungen sind diese Personen offener gegenüber einer Fachärztin beziehungsweise einem Facharzt (OR: 1,262; $p < 0,01$) oder einer Pflegefachperson mit Hochschulabschluss (OR: 1,370; $p < 0,01$).

Internetaffine Personen präferieren zudem öfter längere Öffnungszeiten als andere Personen (verlängerte Öffnungszeiten: OR: 1,142; $p < 0,1$. Rund um die Uhr: OR: 1,179; $p < 0,05$). Auch sind sie offener gegenüber einer Pflegefachperson als Koordinationperson als Personen, die das Internet seltener nutzen (OR: 1,192; $p < 0,1$).

⁹ Zusätzlich zum Conditional Logit mit Interaktionseffekten für die lateinische Schweiz wurde ein Conditional Logit für jede einzelne Sprachregion geschätzt. Die entsprechenden Tabellen T 6.32 und T 6.33 sind im Anhang verfügbar.

T 3.5 Landessprachen: akute Situation

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,666***	0,038
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,835***	0,046
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,822***	0,050
App	0,739***	0,047
Apothekerin/Apotheker × Lateinische Schweiz	0,935	0,099
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Lateinische Schweiz	0,887	0,091
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Lateinische Schweiz	0,888	0,103
App × Lateinische Schweiz	0,767**	0,092
Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)		
Telefon	1,012	0,039
Videotelefonie	1,066	0,042
Telefon × Lateinische Schweiz	1,003	0,071
Videotelefonie × Lateinische Schweiz	0,933	0,068
Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	1,038	0,046
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,700***	0,033
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,755***	0,038
Fachärztin/Facharzt × Lateinische Schweiz	0,952	0,078
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Lateinische Schweiz	0,956	0,084
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Lateinische Schweiz	1,129	0,104
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,085**	0,041
Rund um die Uhr	1,191***	0,042
Verlängerte Bürozeiten × Lateinische Schweiz	1,088	0,076
Rund um die Uhr × Lateinische Schweiz	1,038	0,066
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,868***	0,033
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,611***	0,031
Kennt nicht + Einblick × Lateinische Schweiz	0,930	0,066
Kennt nicht + Keinen Einblick × Lateinische Schweiz	0,912	0,085
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,687***	0,075
Entscheidung Patientin/Patient	1,415***	0,064
Gemeinsame Entscheidung × Lateinische Schweiz	0,785***	0,063
Entscheidung Patientin/Patient × Lateinische Schweiz	0,681***	0,055
Krankenkassenprämien		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien	0,998***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien × Lateinische Schweiz	0,998**	0,001
N	19,570	
R2	0,025	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,538,651	
Wald Test	450,780*** (df = 32)	
LR Test	487,588*** (df = 32)	
Score (Logrank) Test	474,563*** (df = 32)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

3.3.7 Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen

Die Präferenzen von Personen mit höherem Einkommen sind ähnlich ausgerichtet wie jene von Personen mit einer überdurchschnittlichen Internetnutzung. Personen mit höherem Einkommen bevorzugen die Telefonie und Videotelefonie als Art des Erstkontakts zum Gesundheitssystem stärker als Personen mit tieferem Einkommen (herkömmliches Telefon: OR: 1,175; $p < 0,5$. Videotelefonie: OR: 1,148; $p < 0,05$). Und für Routineuntersuchungen bevorzugen Personen mit höheren Einkommen Öffnungszeiten rund um die Uhr stärker als die Übrigen (OR: 1,141; $p < 0,1$) (vgl. Tabellen T 5.40 und T 5.41).

3.4 Welche Präferenzen hat die Bevölkerung hinsichtlich längerfristigen Trends der medizinischen Grundversorgung?

In diesem Abschnitt werden die Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich längerfristiger Trends in der Gesundheitsversorgung untersucht. Diese Trends lassen sich in drei Kategorien einteilen: Erstens geht es um Sensoren, die der Früherkennung von Krankheiten und dem Empowerment von Patientinnen und Patienten dienen. Zweitens werden die Einstellungen der Bevölkerung zu diskutierten Neuerungen in der Pflege untersucht. Drittens werden Fragen zu einer möglichen politischen Steuerung der Gesundheitsversorgung angesprochen.

3.4.1 Sensoren

Die Befragung zeigt, dass die Bevölkerung eher skeptisch ist gegenüber Sensoren zur Überwachung der Gesundheit (vgl. Tabelle T 3.6). Nur rund einem Viertel der Befragten gefällt die Idee gut, dass Sensoren eingesetzt werden, die individuelle Daten zum Gesundheitszustand direkt an die Ärztin oder den Arzt übermitteln. Knapp 39% der Befragten lehnen diese Vorstellung ab. Werden die Daten zum Gesundheitsverhalten an die Versicherung übermittelt, welche die Prämien dann entsprechend anpasst, so sinkt die Zustimmung nochmals deutlich. Nur 10% der Bevölkerung wären

damit einverstanden. Knapp zwei Drittel der Bevölkerung wären dagegen.

Die multivariate Regression (vgl. Tabelle T 6.42 im Anhang) zeigt auf, dass es Unterschiede nach Sprachregionen gibt. Personen aus der lateinischen Schweiz können der Vorstellung, dass Sensoren Daten an die Ärztin oder den Arzt übermittelt, mehr abgewinnen als Personen aus der Deutschschweiz (OR: 1,484; $p < 0,05$). Weiter zeigt sich, dass auch den über 64-Jährigen (OR: 1,801, $p < 0,05$) und Personen, die das Internet mehr als zehn Stunden wöchentlich nutzen (OR: 1,801; $p < 0,05$), ein solches Szenario signifikant besser gefällt als den 18- bis 34-Jährigen beziehungsweise als Personen, die das Internet wöchentlich weniger als fünf Stunden nutzen. Darüber hinaus lassen sich keine spezifischen Unterschiede (Geschlecht, Wohnort, chronische Krankheit) feststellen.

3.4.2 Zukünftige Pflege

Die Schweizer Bevölkerung ist kritisch eingestellt gegenüber Pflegerobotern, die es Pflegebedürftigen erlauben würden, länger Zuhause wohnen zu können (vgl. Tabelle T 3.7). Rund 42% der Bevölkerung gefällt eine solche Vorstellung nicht. 21% sind diesbezüglich eher positiv eingestellt. Auf mehr Akzeptanz stösst die Idee, dass Personen auf freiwilliger Basis bei der Pflege von älteren Personen mithelfen und auf diese Weise Zeitgutschriften auf einem Pflegekonto sammeln, die später für die eigene Pflege eingesetzt werden können. Eine solche Zukunftsvorstellung gefällt 39% der Befragten gut. 17% finden daran keinen Gefallen.

Personen über 64 Jahren sind gegenüber der Idee der Betreuungsgutschriften positiver eingestellt als Personen zwischen 18 und 34 Jahren (OR: 1,762; $p < 0,1$). Darüber hinaus lassen sich bezüglich dieses Modells keine spezifischen Gruppenunterschiede feststellen (vgl. Tabelle T 6.43 im Anhang).

Männer (OR: 1,334; $p < 0,05$) sowie Personen, die das Internet mehr nutzen (OR: 1,930; $p < 0,01$), sind gegenüber Pflegerobotern signifikant offener als die übrigen Befragten.

T 3.6 Präferenzen bezüglich zukünftiger Pflege

Zukunftssituation	Gefällt nicht gut		Gefällt weder gut noch schlecht		Gefällt gut		Total	
	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n
Pflegeroboter übernimmt bei alten Personen Pflegeaufgaben, damit diese länger zu Hause bleiben können.	41,7%	217	37,6%	196	20,7%	108	100,0%	521
Bei freiwilligen Alterspflegearbeiten werden Zeitgutschriften auf Pflegekonto gutgeschrieben, die später für die eigene Pflege eingesetzt werden können.	17,3%	87	43,7%	220	39,1%	197	100,0%	504

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
Anmerkungen: Jede Person hat zwei Zukunftsszenarien bewertet. Entsprechend variiert das n zwischen den einzelnen Zukunftssituationen.

T 3.7 Präferenzen bezüglich Sensoren

Zukunftssituation	Gefällt nicht gut		Gefällt weder gut noch schlecht		Gefällt gut		Total	
	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n
Sensoren an Körper angeschlossen, die zur Überwachung des Gesundheitszustandes Daten an Ärztin/Arzt übermitteln.	38,9%	218	33,8%	189	27,3%	153	100,0%	560
Sensoren an Körper angeschlossen, die zur Überwachung des Gesundheitsverhaltens Daten an Krankenkasse übermittelt. Basierend darauf wird die Versicherungsprämie angepasst.	65,7%	348	24,0%	127	10,4%	55	100,0%	530

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
Anmerkungen: Jede Person hat zwei Zukunftsszenarien bewertet. Entsprechend variiert das n zwischen den einzelnen Zukunftssituationen.

3.4.3 Organisation des Gesundheitssystems

Die Schweizer Stimmbevölkerung hat die Idee einer staatlichen Einheitskasse an der Urne mehrfach abgelehnt. Letztmals war dies 2014 mit einem Nein-Stimmen-Anteil von 61,5% der Fall (BK Admin, 2021). Die vorliegende, im Herbst 2020 durchgeführte Befragung zeigt ein anderes Bild. Der Mehrheit der Befragten gefällt die Idee einer Einheitskasse gut (57%) und nur 14% lehnen diesen Vorschlag ab (vgl. Tabelle T 3.8). Auch wenn sich die Ergebnisse einer Volksabstimmung und einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung nicht zuverlässig vergleichen lassen, so lässt sich doch vermuten, dass die Idee einer Einheitskasse aktuell auf nicht geringes Interesse stösst.

Personen aus der lateinischen Schweiz (OR: 1,462; $p < 0,1$) und Personen aus der Agglomeration/städtischen Gebieten (OR: 1,541; $p < 0,1$) gefällt die Idee einer Einheitskasse besser als Personen aus der Deutschschweiz beziehungsweise aus ländlichen Gebieten (vgl. Tabelle T 6.44 im Anhang). Auch 35- bis 49-Jährigen und 50- bis 64-Jährigen gefällt die Idee einer Einheitskasse besser als Personen unter 35 Jahren (OR: 1,716; $p < 0,05$. OR 2,861; $p < 0,01$). Besonders grosse Vorbehalte gegenüber einer Einheitskasse haben dagegen Personen mit einem hohen Einkommen (OR: 0,603; $p < 0,05$).

57% der Befragten sind in der Befragung für die Abschaffung von Prämienregionen. Damit verbunden wäre eine nationale Vereinheitlichung der Krankenkassenprämien, die aktuell abhängig

vom Wohnort sind. Rund 16% der Bevölkerung gefällt eine solche Vorstellung nicht gut. Bezüglich der Abschaffung von Prämienregionen gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Bevölkerungsgruppen. Die Ausnahme bildet der Unterschied zwischen Personen, die in Städten wohnen und der übrigen Bevölkerung. Städterinnen und Städtern gefällt die Vorstellung der Abschaffung der Prämienregionen signifikant besser als der übrigen Bevölkerung (OR: 1,646; $p < 0,1$) (vgl. Tabelle T 6.44 im Anhang). Dies lässt sich mit der Tatsache erklären, dass die Prämien in städtischen Regionen generell höher sind als auf dem Land.

In den politischen Debatten wird immer wieder vorgeschlagen, die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung ganz dem Bund zu übertragen. Aktuell scheint dieses Anliegen nicht mehrheitsfähig zu sein. Nur 19% der Bevölkerung gefällt eine solche Vorstellung gut. Rund 40% lehnen diese ab. 41% haben keine Meinung dazu. Interessant ist, dass die Zentralisierungsidee vor allem Personen aus der lateinischen Schweiz missfällt (OR: 0,723; $p < 0,1$) (vgl. Tabelle T 6.44 im Anhang). Auch Frauen sind diesbezüglich skeptischer als Männer (OR: 0,716; $p < 0,1$). Hingegen gefällt dieses Szenario den Personen mit einem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen von über 5000 Franken signifikant besser als den Personen mit einem niedrigeren Einkommen (OR: 1,592; $p < 0,05$. OR: 1,571; $p < 0,1$).

T 3.8 Zukunftsszenarien zur Organisation des Gesundheitssystems

Zukunftssituation	Gefällt nicht gut		Gefällt weder gut noch schlecht		Gefällt gut		Total	
	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n
Krankenkasse wird nicht mehr durch private Krankenversicherer, sondern durch den Bund geführt (Einheitskasse)	13.9%	74	28.5%	152	57.6%	307	100,0%	533
Gesundheitsversorgung als Aufgabe des Bundes und nicht mehr der Kantone	39.4%	192	42.1%	205	18.5%	90	100,0%	487
Abschaffung der Prämienregionen: Einführung gleicher Basis für Krankenkassenprämien unabhängig vom Wohnort	15.0%	76	26.0%	132	59.0%	299	100,0%	507

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
Anmerkungen: Jede Person hat zwei Zukunftsszenarien bewertet. Entsprechend variiert das n zwischen den einzelnen Zukunftssituationen.

4 Diskussion und Fazit

4.1 Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse aus der Befragung

Im Folgenden werden die zentralen Erkenntnisse der Studie zusammengefasst. Zuerst wird auf die Gewichtung der Merkmale und die Bedürfnisse einzelner Bevölkerungsgruppen eingegangen, bevor die Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung skizziert werden.

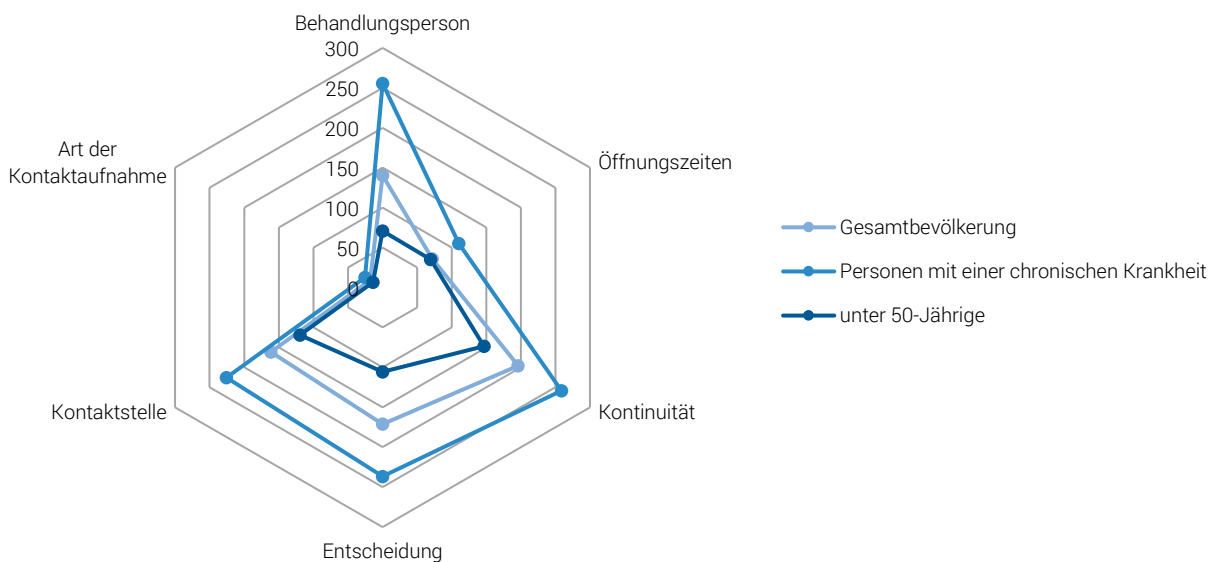
4.1.1 Bedeutung unterschiedlicher Merkmale für die zukünftige ambulante Grundversorgung

Welche Bedeutung misst die Schweizer Bevölkerung ausgewählten Merkmalen der zukünftigen ambulanten Versorgung bei? Dies ist eine der zentralen Fragen, denen die vorliegende Studie nachgegangen ist. Die Grafiken G 4.1 und G 4.2 geben Antworten da-

rauf. Sie zeigen die Relevanz der untersuchten Merkmale der Ausgestaltung zukünftiger ambulanter Grundversorgungsmodelle jeweils für die Gesamtbevölkerung, für die Gruppe von Personen mit einer chronischen Erkrankung sowie für die unter 50-Jährigen. Grafik G 4.1 bildet die Situation eines akuten gesundheitlichen Problems, Grafik G 4.2 jene einer Routinebehandlung ab.

Die Berechnung der Relevanz der Merkmale basiert auf der Zahlungsbereitschaft, die im Anhang in den Tabellen T 6.45 und T 6.46 dargestellt wird. Dabei wird die Präferenz für eine Änderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien gegen die Präferenz für eine Änderung eines anderen Merkmals abgewogen. Auf diese Weise lässt sich herausfinden, wie viel mehr monatliche Krankenversicherungsprämie die Befragten bereit wären, für eine (subjektiv positive) Veränderung eines Merkmals zu bezahlen. Als Indikator für die Bedeutung der einzelnen abgefragten Merkmale

G 4.1 Relevanz der Merkmale bei akuter Situation

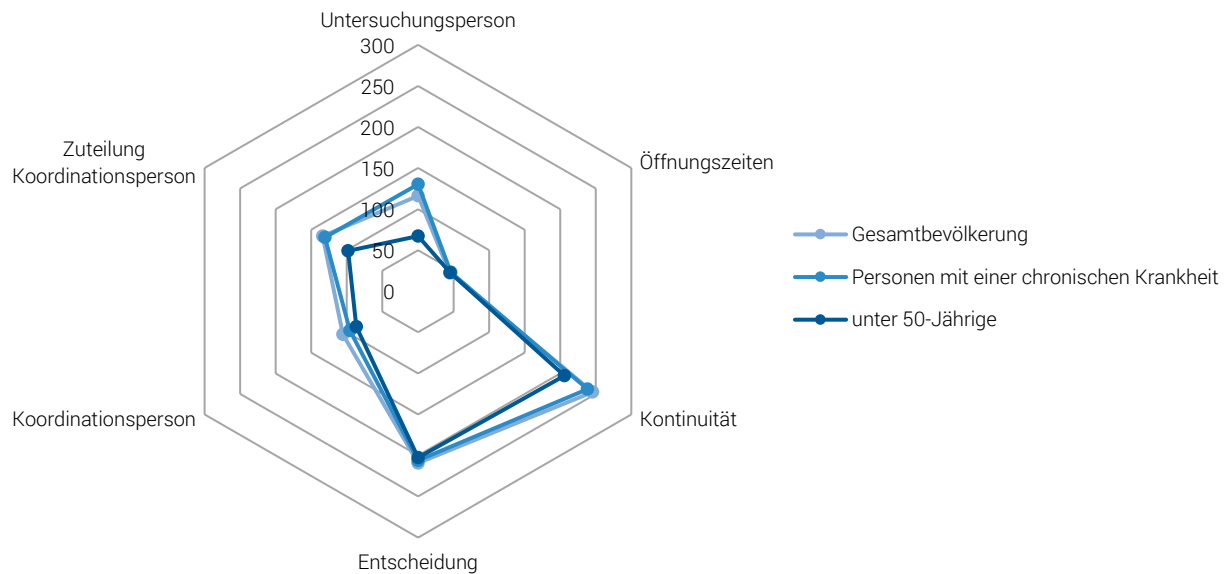


Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Anmerkungen: Die Grafik zeigt jeweils die Zahlungsbereitschaft in CHF für einen Wechsel von der am wenigsten präferierten zur präferiertesten Ausprägung eines Merkmals.

G 4.2 Relevanz der Merkmale bei Routineuntersuchungen



Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
 Anmerkungen: Die Grafik zeigt jeweils die Zahlungsbereitschaft in CHF für einen Wechsel von der am wenigsten präferierten zur präferiertesten Ausprägung eines Merkmals.

wurde die Zahlungsbereitschaft für einen Wechsel von der unbeliebtesten zur beliebtesten Ausprägung eines Merkmals berechnet und in den Grafiken G 4.1 und G 4.2 visualisiert. Es gilt zu beachten, dass die Relevanz der Merkmale von den in der Studie eingeschlossenen Ausprägungen dieser Merkmale abhängig ist.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die unter 50-Jährigen preissensitiver sind als die restliche Bevölkerung. Personen mit chronischen Erkrankungen sind eher bereit, für ein Modell, das ihren Bedürfnissen genau entspricht, etwas mehr zu bezahlen.

Von den abgefragten Merkmalen, die den Zugang zur Behandlung, die Untersuchungs- oder Behandlungsperson und die Koordination der Behandlung betreffen, kommt der Frage, ob die behandelnde/untersuchende Gesundheitsfachperson die Patientinnen oder Patienten kennt und Einblick in ihr Patientendossier hat (Kontinuität), die grösste Bedeutung zu. Dieses Merkmal steht bei der Gesamtbevölkerung und den Untergruppen sowohl im Falle eines akuten gesundheitlichen Problems als auch bei einer Routineuntersuchung an erster Stelle. Im Falle einer akuten Situation ist dieses Merkmal für die Gruppe der Personen mit einer chronischen Erkrankung besonders wichtig. Dies zeigt sich dadurch, dass der Punkt der Achse Kontinuität von Personen mit einer chronischen Erkrankung im Spider-Diagramm bedeutend weiter vom Zentrum («Nullpunkt») entfernt ist als bei der Gesamtbevölkerung und den Jüngeren (vgl. Grafik G 4.1).

Auch der Einbezug in die Entscheidung über mögliche Behandlungen ist von grosser Wichtigkeit. Dieses Merkmal steht bei der Gesamtbevölkerung sowohl im Falle einer akuten Situation als auch bei einer Routineuntersuchung weit oben auf der Prioritätenliste. Dieses Merkmal ist auch für chronisch kranke Personen sehr wichtig. Allerdings messen sie bei einer akuten Situation

dem Merkmal hauptverantwortliche Behandlungsperson eine leicht höhere Bedeutung zu. Für die unter 50-Jährigen hat das Merkmal Kontinuität im Falle eines akuten gesundheitlichen Problems eine geringere Bedeutung als für den Durchschnitt der Bevölkerung.

Interessant ist, dass dem fachlichen Hintergrund der Person, welche die Untersuchung oder die Behandlung durchführt, im Vergleich der abgefragten Merkmale «nur» mittlere Bedeutung beigemessen wird. Mitentscheidung, Kontinuität der Behandlungsperson und Zuteilung der Koordinationsperson sind bei einer Routineuntersuchung allen Gruppen wichtiger. Personen unter 50 Jahren messen auch der Ausbildung der Koordinationsperson eine grössere Relevanz bei. Im Falle einer akuten Situation messen Personen mit einer chronischen Erkrankung der hauptverantwortlichen Behandlungsperson dagegen eine besonders grosse Relevanz zu.

Für einen Wechsel von einer Pflegefachperson mit Hochschulabschluss zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt als hauptverantwortliche Behandlungsperson sind chronisch kranke Personen im Falle eines akuten gesundheitlichen Problems gemäss Modellrechnung bereit, 256 Franken zu bezahlen, während unter 50-Jährige dafür nur rund 71 Franken ausgeben würden.

Im Falle eines akuten gesundheitlichen Problems wurde auch die Bedeutung der ersten Kontaktstelle abgefragt. Dieses Merkmal hat für die Gesamtbevölkerung eine ähnliche Relevanz wie die Entscheidung über die Behandlung. Für die unter 50-Jährigen ist dieses Merkmal wichtiger als die Entscheidung über die Behandlung und die hauptverantwortliche Behandlungsperson. Für

Personen mit einer chronischen Krankheit spielt die erste Kontaktstelle eine kleinere Rolle als das Qualifikationsprofil der Behandlungsperson.

Im Fall der Routineuntersuchung wurde auch die Bedeutung des fachlichen Hintergrunds der Koordinationsperson abgefragt, welche die Leistungserbringer koordiniert. Die Befragung ergab, dass diesen Merkmalen eine vergleichsweise geringe Wichtigkeit beigemessen wird. Wobei die Gruppe der unter 50-Jährigen diesem Merkmal etwas mehr Relevanz beimisst als der Ausbildung der Untersuchungsperson.

Für alle befragten Gruppen haben die Öffnungszeiten und die Optionen zur Kontaktaufnahme eine vergleichsweise kleine Relevanz.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die unter 50-Jährigen preissensitiver sind als die restliche Bevölkerung. Personen mit chronischen Erkrankungen sind eher bereit, für ein Modell, das ihren Bedürfnissen genau entspricht, etwas mehr zu bezahlen. Weiter weisen die Befragten der persönlichen Beziehung zur behandelnden Gesundheitsfachperson und deren Informiertheit über die persönliche Krankengeschichte hohe Bedeutung zu. Ein weiteres wichtiges Merkmal eines gewünschten zukünftigen Modells der ambulanten Grundversorgung ist die Möglichkeit der Mitbestimmung, welche die Patientin beziehungsweise der Patient bei der Ausgestaltung der Behandlung hat. Bemerkenswert ist, dass all diesen Merkmalen ein höheres Gewicht beigemessen wird als dem Qualifikationsprofil der untersuchenden sowie der behandelnden Gesundheitsfachperson (mit Ausnahme der chronisch Kranken im akuten Setting). Auch dem Profil der Person, welche die Koordination der Behandlung vornimmt, wird nur mittlere Bedeutung beigemessen. Wenig wichtig sind administrative Faktoren wie Öffnungszeiten und Kontaktweg.

4.1.2 Was wünschen sich die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen?

In diesem Abschnitt wird auf die spezifischen Bedürfnisse von ausgewählten Gruppen eingegangen. Dabei wird das Augenmerk auf Personen mit chronischen Krankheiten, auf unter 50-Jährige sowie auf Personen in unterschiedlichen Sprachregionen gelegt.

Chronisch Kranke

Bei der Analyse der Präferenzen von chronisch kranken Personen gilt es zu beachten, dass das Alter positiv mit der Wahrscheinlichkeit einer chronischen Erkrankung zusammenhängt. Entsprechend werden bei der Beschreibung der Präferenzen von chronisch kranken Personen auch Ergebnisse berücksichtigt, die spezifisch sind für ältere Personen.

Chronisch kranke Personen sind im Verhältnis zur restlichen Bevölkerung etwas weniger zufrieden mit der Gesundheitsversorgung. Trotzdem unterscheiden sich ihre Präferenzen hinsichtlich zukünftiger Versorgung in vielen Aspekten wenig vom Durch-

schnitt. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Trends wie Sensoren, die Gesundheitsdaten direkt an einen Versorger weiterleiten, Betreuungsgutschriften oder Pflegeroboter.

Chronisch kranke Personen bevorzugen eine Hausärztin oder einen Hausarzt als erste Kontaktperson der Gesundheitsversorgung. Bei einem akuten gesundheitlichen Problem sind sie jedoch überdurchschnittlich offen für einen Erstkontakt mit einer Pflegefachperson.

Digitale Applikationen präferieren chronisch kranke Personen in ähnlichem Ausmass wie die restliche Bevölkerung. Da die Prävalenz von chronischen Krankheiten allerdings mit dem Alter zunimmt, ist zu beachten, dass ältere Personen tendenziell kritischer gegenüber digitalen Lösungen eingestellt sind. Das unscharfe Bild in Bezug auf die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung entspricht auch der aktuellen Literatur (vgl. bspw. Gordon & Hornbrook, 2016; Reiners et al., 2019)

Als Untersuchungs- und Behandlungsperson bevorzugen chronisch Kranke wie auch die restliche Bevölkerung eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt. Unabhängig von der chronischen Erkrankung gilt, dass mit zunehmendem Alter die Präferenz für die Hausärzteschaft steigt. Allerdings ist das Merkmal «Untersuchungs- und Behandlungsperson» sowohl für die Gesamtbevölkerung als auch für chronisch Kranke nicht von höchster Wichtigkeit. Auch chronisch kranken Personen ist die Kontinuität bei der behandelnden Gesundheitsfachperson wichtiger. Dies gilt allerdings nur so lange, als chronisch Kranke nicht mit einem akuten gesundheitlichen Problem konfrontiert sind. Dann ist für sie das Qualifikationsprofil der behandelnden Person nach der Kontinuität das zweitwichtigste Merkmal des gewünschten Versorgungsmodells.

Wenn die organisatorischen Merkmale der ambulanten Versorgung betrachtet werden, so fällt auf, dass chronisch kranke Personen wie auch die Gesamtbevölkerung bei einer Routineuntersuchung verlängerte Öffnungszeiten und bei einer akuten Situation Öffnungszeiten rund um die Uhr präferieren. Besonders bei einer Routineuntersuchung ist die Zahlungsbereitschaft dafür aber sehr klein.

Wie bereits erwähnt wurde, ist der Gesamtbevölkerung die Kontinuität der Behandlung wichtig. Dies gilt in ausgeprägtem Mass für Personen mit chronischer Erkrankung in Situationen mit einem akuten gesundheitlichen Problem. Dies steht im Einklang zur eingangs zitierten Literatur (siehe bspw. Braun & Marstedt, 2014), die beschreibt, dass Personen mit einem schlechteren gesundheitlichen Zustand eine persönlichere Betreuung wünschen.

Ist eine Koordination der Behandlung erforderlich, so ziehen chronisch Kranke wie auch die restliche Bevölkerung eine Hausärztin oder einen Hausarzt als Koordinationsperson vor. Die wichtige Rolle der Ärzteschaft als Ansprech- und Koordinationsperson in der ambulanten Versorgung bestätigt die Literatur (siehe bspw. Trageser et al., 2019). Im Verhältnis zur restlichen Bevölkerung sind chronisch kranke Personen jedoch tendenziell offener gegenüber Alternativen, zum Beispiel einer Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss als Koordinationsperson. Zu beachten gilt es aber, dass die Offenheit gegenüber alternativen Koordinationspersonen mit dem Alter abnimmt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Präferenzen chronisch kranker Personen im Hinblick auf die Ausgestaltung der zukünftigen ambulanten Gesundheitsversorgung nicht grundsätzlich von jenen der übrigen Bevölkerung unterscheiden. Der wichtigste Unterschied liegt in der höheren Präferenz für die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt als erste Kontaktperson sowie als Untersuchungs- und Behandlungsperson. Im Fall eines akuten gesundheitlichen Problems ist chronisch Kranken das Qualifikationsprofil der hauptverantwortlichen Behandlungsperson besonders wichtig. Vorzugsweise soll es sich dabei um die Hausärztin oder den Hausarzt handeln. Grundsätzlich sind Personen mit chronischen Erkrankungen eher bereit, für ein Modell, das ihren Bedürfnissen genau entspricht, etwas mehr zu bezahlen als die restliche Bevölkerung. Dies entspricht Forschungsergebnissen, die darauf hinweisen, dass die älteren Personen preissensitiver sind als die jüngeren (siehe bspw. Schut, 2003).

Personen in unterschiedlichen Landesteilen

Generell lässt sich feststellen, dass Personen aus der französischsprachigen Schweiz mit der Schweizer Gesundheitsversorgung weniger zufrieden sind als Personen aus der italienischsprachigen Schweiz und der Deutschschweiz. Auch haben Personen aus der französischsprachigen Schweiz weniger Vertrauen in das Gesundheitssystem als die übrige Schweizer Bevölkerung.

Weiter geht aus unserer Studie hervor, dass Personen aus der lateinischen Schweiz gegenüber einigen Neuerungen der Gesundheitsversorgung, die aktuell im Gespräch sind, eher zurückhaltender eingestellt sind als Personen aus der Deutschschweiz. Dies gilt auf der einen Seite gegenüber einer App für den Erstkontakt und gegenüber Pflegefachpersonen als Behandlungs- und Untersuchungspersonen. Auf der anderen Seite können sie der Vorstellung, dass Sensoren Daten an die Ärztin oder den Arzt übermitteln, mehr abgewinnen als Personen aus der Deutschschweiz. Dasselbe gilt für den Vorschlag, dass die Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss durchgeführt wird, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird. Auch sind Personen aus der französischsprachigen Schweiz offener gegenüber der Apothekerin oder dem Apotheker als Koordinationsperson als Personen aus der Deutschschweiz.

Personen aus der lateinischen Schweiz möchten im Falle einer Konsultation lieber direkt persönlich vorbeigehen können als Personen aus der Deutschschweiz. Auch haben sie eine höhere Präferenz für längere Öffnungszeiten. In allen Sprachregionen wird bevorzugt, wenn Entscheidungen von den Patientinnen und Patienten zusammen mit der Gesundheitsfachperson gefällt werden. Im Gegensatz zur Deutschschweiz sind Personen aus der lateinischen Schweiz allerdings eher bereit, die Entscheidung an die Gesundheitsfachperson zu übertragen. Auch sind sie der Option gegenüber, dass die Koordinationsperson durch eine Versicherung zugeteilt wird, weniger kritisch eingestellt als Personen aus der Deutschschweiz.

Insgesamt fällt einerseits auf, dass eine App als Erstkontakt und Pflegefachpersonen als Behandlungs- und Untersuchungspersonen in der französisch- und der italienischsprachigen Schweiz auf grössere Zurückhaltung stossen als in der Deutschschweiz. Auch ist die Neigung grösser, gesundheitsrelevante Entscheidungen ganz der Hausärztin oder dem Hausarzt zu überlassen. Auf der anderen Seite sind Personen aus der französischsprachigen und italienischsprachigen Schweiz offener gegenüber dem Einsatz von Sensoren zur Übermittlung von Gesundheitsdaten an die Ärzteschaft sowie dem Einsatz von per Videotelefonie angeleiteten Pflegefachpersonen. Auch besteht in der lateinischen Schweiz eine grössere Bereitschaft gegenüber Apothekerinnen und Apothekern als Koordinationspersonen in der ambulanten Grundversorgung. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass Apothekerinnen und Apotheker in der französischsprachigen Schweiz diese Rolle teilweise bereits übernehmen.

Insgesamt sind die regionalen Unterschiede in den Präferenzen wenig erstaunlich. Frühere Forschungsergebnisse deuten auf unterschiedliche Präferenzen nach Landesteilen hin. So beispielsweise hinsichtlich regionalen Unterschieden im Gesundheitsverhalten (siehe bspw. Boes et al., 2016), hinsichtlich Umverteilung (Eugster & Parchet, 2013) oder Langzeitpflege (Gentili et al., 2017).

Junge Menschen

In Bezug auf die zukünftige Versorgung ist es besonders interessant, mehr über die Präferenzen der jüngeren Bevölkerung zu wissen – diese Personengruppe wird es sein, die zukünftig die Versorgung besonders beanspruchen wird. Vor diesem Hintergrund ist es besonders relevant, dass die jüngere Bevölkerung im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung etwas unzufriedener ist mit dem aktuellen System der ambulanten Gesundheitsversorgung. Dies weist auf Handlungsbedarf hin.

Unsere Studie gibt einige Hinweise darauf, in welche Richtung eine Entwicklung der Gesundheitsversorgung in den Augen der jüngeren Bevölkerung gehen sollte. So zeigt sich beispielsweise, dass die Jüngeren gegenüber Alternativen zur Hausärztin oder zum Hausarzt als Erstkontakt offener sind. Die Apothekerschaft und die App geniessen bei den Jüngeren eine überdurchschnittliche Präferenz als erste Kontaktstelle bei gesundheitlichen Problemen. Dieses Ergebnis ist auch im Einklang mit der wissenschaftlichen Literatur, die darauf hindeutet, dass Junge technisch affiner und offener gegenüber digitalen Hilfsmitteln sind (Niehaves & Plattfaut, 2014). Auch können sich die Jüngeren eher als die Älteren eine alternative Koordinationsperson zur Hausärztin oder zum Hausarzt vorstellen, wie beispielsweise eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, eine Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss oder eine Apothekerin beziehungsweise einen Apotheker. Zudem sind sie offener gegenüber einer durch die Versicherung zugeteilten Koordinationsperson.

Jüngere Personen bevorzugen wie die übrige Bevölkerung die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt als Behandlungsperson. Bei einer Routineuntersuchung und auch bei einer akuten Si-

tuation sind die Jüngeren allerdings offener als die Älteren hinsichtlich einer Behandlung durch eine Pflegefachperson. (mit oder ohne Zuschaltung einer Hausärztin oder eines Hausarztes).

Auch wenn den Öffnungszeiten für die jüngere Bevölkerung bei der Beurteilung von Modellen künftiger ambulanter Grundversorgung kein hohes Gewicht beigemessen wird, so hat diese – in akuten Situationen – eine Präferenz, dass die Versorgung rund um die Uhr zugänglich ist. Dies passt auch zur Entwicklung, dass die Gesundheitsversorgung immer mehr zu einem «Convenience-Gut» wird, das überall und zu jeder Tageszeit verfügbar sein soll.

Im Hinblick auf die Kontinuität der Versorgung ist jungen Menschen der persönliche Kontakt weniger wichtig als dem Rest der Bevölkerung – sofern das Patientendossier durch die Gesundheitsfachperson einzusehen ist. Dieses Resultat wird durch die in Kapitel 2 vorgestellte wissenschaftliche Literatur gestützt, die darauf hindeutet, dass Kontinuität für ältere Personen wichtiger ist als für jüngere (Braun & Marstedt, 2014)

Weiter zeigt sich, dass die jüngere Bevölkerung preissensitiver ist als der Rest der Bevölkerung. Dies ist im Einklang mit den Erwartungen. Einerseits ist die junge Bevölkerung aufgrund des besseren Gesundheitszustands weniger bereit, in Versicherungsleistungen zu investieren. Andererseits sind die jüngeren Personen tendenziell weniger wohlhabend, was ein weiterer Erklärungsgrund für die erhöhte Preissensitivität sein kann.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Zukunftsmodelle der ambulanten Grundversorgung, die den Präferenzen der jüngeren Bevölkerung entsprechen, nicht teurer sein sollten als die Versorgung heute. Die junge Bevölkerung ist preissensibel. Die Resultate der Befragung lassen sich so interpretieren, dass Handlungsspielraum einerseits bei Optionen besteht, welche die Hausärztin oder den Hausarzt entlasten. So können sich Jüngere eher vorstellen, dass der Erstkontakt nicht bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt, sondern bei einer Pflegefachperson oder in einer Apotheke erfolgt. Auch die Koordination der Leistungserbringer muss nicht unbedingt durch die Hausärzteschaft erfolgen. Weiter besteht eine überdurchschnittliche Offenheit gegenüber der Option einer Behandlung durch eine Pflegefachperson.

Jüngere Personen präferieren längere Öffnungszeiten und sind erwartungsgemäss tendenziell offener gegenüber digitalen Gesundheitstechnologien. Allerdings zeigt sich diese Offenheit nicht, wenn es um die Übermittlung von gesundheitsrelevanten Daten an Gesundheitsfachpersonen geht. Jüngere Menschen sind dieser Option gegenüber sogar überdurchschnittlich kritisch eingestellt. Dies kann möglicherweise dadurch begründet werden, dass jüngere Personen den Nutzen einer solchen Datenübermittlung weniger sehen als ältere Personen, die in regelmässigem Abstand in Kontakt mit einer Gesundheitsfachperson stehen.

4.1.3 Konsequenzen aus der Erhebung für die Gestaltung der ambulanten Versorgung

Die Diskussion zur Zukunft der ambulanten Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten wurde in dieser Studie anhand der folgenden sechs zentralen Gruppen von Fragen nachgegangen:

- Wo soll der Erstkontakt erfolgen? Welche Rolle können in diesem Zusammenhang zum Beispiel die Apothekerschaft oder die Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss übernehmen? Wie wichtig ist ein Zugang zur Gesundheitsversorgung rund um die Uhr?
- Wer soll die Untersuchung und die Behandlung durchführen? Muss dies weiter in erster Linie die Hausärztin oder der Hausarzt sein oder zeigt sich die Bevölkerung offen für Alternativen? In welcher Art soll die Konsultation erfolgen? Bevorzugt die Bevölkerung weiterhin eine Untersuchung und Behandlung in einer Praxis? Oder sind Alternativen, wie etwa eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt bei der Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, mehrheitsfähig?
- Wie wichtig ist es den Patientinnen und Patienten, dass die behandelnde Gesundheitsfachperson sie bereits kennt? Soll die Gesundheitsfachperson Einblick in das Patientendossier haben oder ist das den Befragten nicht wichtig?
- Wer soll gegebenenfalls die Koordination mehrerer Leistungserbringer übernehmen? Muss dies die Hausärztin oder der Hausarzt sein? Welche Alternativen finden Zustimmung? Gibt es diesbezüglich auch Aufgaben für die Apothekerschaft, die Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss oder die Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss? Kann die Versicherung hier eine Rolle übernehmen?
- Welche Rolle möchten die Patientinnen und Patienten in Zukunft im Entscheidungsprozess? Wollen sie mitreden? Wollen sie die Entscheidung über eine zweckmässige Behandlung selbst übernehmen oder ganz an die Gesundheitsfachpersonen delegieren?
- Schliesslich stellt sich die Frage, wie die Bevölkerung gegenüber technischen Entwicklungen eingestellt ist, die sich abzeichnen. Dazu gehören zum Beispiel Sensoren, die Gesundheitsdaten weiterleiten, Apps mit Online-Beratung oder Pflegeroboter.

Nachfolgend werden diese Fragen basierend auf den Ergebnissen der Befragung beantwortet.

Erstkontakt

Die Befragung zeigt, dass der Art des Erstkontaktes keine besondere Bedeutung beigemessen wird. Dieses Merkmal beurteilt keine Gruppe von Befragten als wichtig.

Von den zur Auswahl stehenden Option plädiert die grosse Mehrheit der Befragten für die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt als erste Kontaktstelle. Insbesondere mit Blick in die Zukunft und vor dem Hintergrund, dass dieses Merkmal weniger wichtig ist, stellen aber auch Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss, Apothekerinnen und Apotheker oder eine App, bei der Fragen zu den Symptomen und zur Krankengeschichte beantwortet werden müssen, valable Alternativen dar.

Auch die Öffnungszeiten ambulanter Leistungserbringer sind für die Befragten für die Beurteilung eines Angebots nicht von hoher Wichtigkeit. Insgesamt wünscht sich die Bevölkerung längere

Öffnungszeiten. Es zeigt sich aber auch ein gewisses Bedürfnis nach einem Zugang rund um die Uhr. Dabei handelt es sich überdurchschnittlich oft um junge Menschen sowie Menschen aus der französisch- und der italienischsprachigen Schweiz. Erwartungsgemäss wird ein Zugang rund um die Uhr in akuten Situationen als wichtiger beurteilt als bei Routineuntersuchungen.

Durchführung der Untersuchung und der Behandlung

Die Studie zeigt, dass die Bevölkerung die Hausärztin oder den Hausarzt als untersuchende oder behandelnde Person bevorzugt. Jedoch fällt auf, dass im Allgemeinen der Behandlungs- und Untersuchungsperson im Rahmen eines Gesamtmodells für die Versorgung nur eine mittelhohe Relevanz zugemessen wird. Die Ausnahme bilden chronisch kranke Personen. Falls sie ein akutes gesundheitliches Problem haben, ist ihnen das Qualifikationsprofil der hauptverantwortlichen Behandlungsperson überdurchschnittlich wichtig.

Die Bevölkerung allgemein – und insbesondere die jüngere Personengruppe – zeigt sich auch offen für Alternativen zur Hausärztin oder zum Hausarzt als behandelnde Person. Eine Fachärztin oder ein Facharzt ist eine valable Option. Alternativen, wie beispielsweise eine Behandlung durch eine Gesundheitsfachperson mit Hochschulabschluss, sind aktuell jedoch nicht gewünscht. Auf Interesse stösst aber die Option einer Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird.

Kontinuität und Patientendaten

Den Befragten ist die Kontinuität der Behandlung und der Zugang der Leistungserbringer zu den Patientendaten ein grosses Anliegen. Für alle untersuchten Bevölkerungsgruppen ist dies eines der wichtigsten Merkmale eines zukünftigen Versorgungsmodells.

Die Bevölkerung legt Wert darauf, dass die Gesundheitsfachperson die Krankheitsgeschichte der Patientin oder des Patienten persönlich kennt und Einblick in das Patientendossier hat. Wenn die Gesundheitsfachperson die Patientin oder den Patienten nicht persönlich kennt, so sollte sie doch mindestens Zugang zum Patientendossier haben. Die Resultate der Studie unterstreichen damit die Wichtigkeit des digitalen Patientendossiers und des Zugangs aller relevanten Leistungserbringer dazu.

Koordination der Behandlung

Insbesondere bei langwierigen Krankheitsverläufen, wie beispielsweise bei chronischen Krankheiten, spielt die Koordination der Leistungserbringer eine zentrale Rolle. Unsere Studie zeigt, dass dem Qualifikationsprofil der Person, die für die Koordination der Behandlung zuständig ist, ähnlich viel Gewicht beigemessen wird wie der Behandlungsperson selbst. Für Personen unter 50 Jahren

ist die Koordinationsperson sogar relevanter als die Untersuchungsperson.

Als Koordinationsperson bevorzugt wird die Hausärztin oder der Hausarzt. Als Alternativen stossen Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss oder Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss am ehesten auf Akzeptanz. Die Apothekerin oder der Apotheker findet bei der Gesamtbevölkerung nur bedingt Anklang in dieser Funktion. Chronisch Kranke, die am ehesten Bedarf nach Koordination von Behandlungen haben, zeigen sich offener als der Durchschnitt bezüglich einer Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss in dieser Funktion. Auch die jüngere Bevölkerung ist offener als der Durchschnitt gegenüber Koordinationspersonen, die nicht über eine ärztliche Ausbildung verfügen. Es bietet sich somit an, Koordinationsaufgaben in Zukunft vermehrt Fachpersonen Gesundheit oder Pflegefachpersonen zu übertragen. Um den Präferenzen der Bevölkerung zu entsprechen, sollte die Wahl der Koordinationsperson allerdings durch die Patientin oder den Patienten und nicht durch die Versicherung erfolgen.

Mitwirkung an der Entscheidung

Der Bevölkerung ist die Mitwirkung bei der Entscheidung über zukünftige Behandlungen sehr wichtig. Von allen Merkmalen, anhand derer zukünftige Versorgungsmodelle in der Studie charakterisiert wurden, gehört die Mitwirkung an der Entscheidung zu denjenigen, die in allen Gruppen entweder am zweit- oder dritthöchsten gewichtet wurden.

Dies bedeutet, dass Patientinnen und Patienten in Zukunft im Entscheidungsprozess eine massgebliche Rolle übernehmen wollen. Sie wollen mitreden und die Entscheidung über eine zweckmässige Behandlung selbst übernehmen oder zusammen mit den Gesundheitsfachpersonen fällen.

Technische Entwicklungen

Der persönliche Kontakt mit Gesundheitsfachpersonen ist der Bevölkerung auch in Zukunft wichtig. Allerdings gibt es gemäss der Befragung Potenzial für digitale Gesundheitstechnologien. Dazu zählen der Erstkontakt via App, die Behandlung durch eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss, die durch eine digital zugeschaltete Hausärztin oder einen Hausarzt angewiesen wird und insbesondere die Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung mittels digitalem Patientendossier. Die Resultate weisen allerdings auch auf die Grenzen der Akzeptanz neuer Technologien hin. So gefällt die Idee eines Pflegeroboters nur einer Minderheit der Befragten.

Obschon die Offenheit gegenüber neuen Technologien zwischen den Bevölkerungsgruppen variiert, zeigt sich doch, dass jüngere Personen gegenüber digitalen Technologien mehrheitlich aufgeschlossener sind. Spannend festzustellen ist jedoch, dass es insbesondere ältere Personen sind, die sich den Einsatz von Sensoren vorstellen können, die Gesundheitsdaten automatisch an die Gesundheitsfachperson übermitteln.

4.2 Limitationen

Die vorliegende Studie war mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Erstens stellte sich die Frage, ob es zweckmässig ist, Präferenzen bezüglich einer Situation in der Zukunft zu erheben. Zweitens handelt es sich bei der angewandten experimentellen Methodik um ein anspruchsvolles Verfahren. Es stellte sich die Frage, ob dies für die Befragten nicht zu schwierig sei. Drittens stand zur Diskussion, ob die heute erhobenen Informationen nicht so rasch veraltet sein würden, dass daraus keine brauchbaren Schlüsse für die Versorgung in den kommenden Jahrzehnten gezogen werden können. Nachfolgend gehen wir auf diese Herausforderungen ein.

4.2.1 Ist ein Blick in die Zukunft zweckmässig?

Es ist grundsätzlich schwierig, Menschen zu Präferenzen bezüglich Zustände in der Zukunft zu befragen. Dies hat sich auch in der vorliegenden Untersuchung gezeigt. Die Vorstellungen über die zukünftige ambulante Versorgung sind stark vom gegenwärtigen System geprägt. Es muss von einem nicht zu vernachlässigenden «Status-Quo-Bias» ausgegangen werden. Dies bedeutet, dass die Befragten vermutlich die aktuelle Situation den Veränderungen systematisch vorgezogen haben. Kommt dazu, dass es gerade für Menschen, die keine gesundheitlichen Probleme haben, schwierig ist, Antworten auf Fragen zu geben, die ihre Wünsche als zukünftige Patientinnen beziehungsweise Patienten betreffen. Wissen Junge, was sie sich wünschen, falls sie einmal ernsthaft krank werden sollten, und sind diese Präferenzen stabil? Weiter sind viele Personen aus der Bevölkerung nicht mit verschiedenen Rollen und Ausbildungen von nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonen vertraut. Diese Gesundheitsfachpersonen könnten aber insbesondere zukünftig eine wichtige Rolle einnehmen. Entsprechend wurde in der vorliegenden Befragung vereinfacht von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss und Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss gesprochen.

Diese erwähnten Probleme sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Sie bestehen jedoch bei allen Prognose-Studien. Immer gibt es eine Unsicherheit, ob sich die getroffenen Annahmen in Zukunft bewahrheiten werden (Bachleitner et al., 2016). Das hat einerseits damit zu tun, dass auf Seiten der befragten Individuen Unsicherheiten in Bezug auf deren Präferenzstabilität bestehen. Andererseits können sich auch gewisse Rahmenbedingungen in unerwarteter Art und Weise verändern (z.B. technologische Innovationen). Dem ersten Punkt wird in der vorliegenden Studie dadurch begegnet, dass die Altersspanne der zu befragenden Personen breit gewählt wurde. So kann kontrolliert werden, inwiefern sich jüngere von älteren Befragten hinsichtlich ihrer Präferenzen unterscheiden. Auch wird berücksichtigt, dass sich die Präferenzen je nach Gesundheitszustand unterscheiden können. Um der Problematik der verändernden Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen, wurden auch möglicherweise weit in der Zukunft liegende Entwicklungen (z.B. Pflegeroboter) in die Untersuchung einbezogen.

4.2.2 Ist ein Discrete-Choice-Experiment nicht zu anspruchsvoll?

Eine weitere Herausforderung der Studie stellt die Tatsache dar, dass es sich bei Discrete-Choice-Experimenten um eine anspruchsvolle Untersuchungsmethodik handelt. Es war für die erfolgreiche Durchführung der Studie zentral, dass die einzelnen Merkmale der zukünftigen ambulanten Grundversorgung, die in das Experiment integriert wurden, die wichtigsten entscheidungsrelevanten Informationen abdeckten und dass die Merkmale klar definiert wurden. Zudem mussten sie eindeutig voneinander abgrenzbar sein und sollten alle relevanten Ausprägungen abdecken. Gleichzeitig mussten Ermüdungs- und Langeweile-Effekte möglichst minimiert werden. Die Entwicklung und die Erprobung des Experiments erfolgten daher in mehreren Etappen. Einbezogen wurden in der Literatur dokumentierte Erfahrungen ebenso wie Expertenwissen und Vorstellungen von jungen Menschen über die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Zudem wurde die Anlage der Experimente aufwändig getestet (vgl. Kapitel 2).

Der Umstand, dass Befragte im DCE mehrere Merkmale gleichzeitig in eine Beurteilung einbeziehen müssen, entspricht der Situation, wie sie der Bevölkerung nicht nur in alltäglichen Konsumententscheidungen, sondern auch im Zusammenhang mit direktdemokratischen Entscheidungen regelmässig begegnen. In der Schweiz werden viele Entscheide, welche die Zukunft betreffen, an der Urne gefällt (z.B. Abstimmungen über die Einheitskasse oder jene über die Neufinanzierung der Pflege). Gerade gesundheitspolitische Reformen bestehen meist aus Paketen, das heisst ganzen Massnahmenbündeln, die zum Beispiel Veränderungen der Zugänglichkeit zur Versorgung, des zuständigen Gesundheitspersonals, der Nutzung elektronischer Daten und/oder der Kosten betreffen. Pakete ermöglichen einerseits eine sachlich optimal ausgerichtete Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Andererseits hat sich die Ausgewogenheit von Reformpaketen auch als Schlüsselfaktor für erfolgreiche Reformen erwiesen, sowohl in der Schweiz als auch in ihren Nachbarländern (Häusermann, 2010).

Um das Entscheidungsverhalten der Individuen bei der Wahl solcher Paketlösungen zu untersuchen, werden die Präferenzen oft für jede darin enthaltene Massnahme einzeln abgefragt. Diese Art der Befragung ist zwar einfach, sie wird der komplexen Entscheidungssituation aber nicht gerecht. Individuen müssen in der Realität die einzelnen Massnahmen simultan gegeneinander abwägen und priorisieren, um zu einer Entscheidung zu gelangen. Das ist auch im Hinblick auf die Präferenzen bezüglich einer künftigen Gesundheitsversorgung so. Auch da gilt es, unterschiedliche Merkmale gegeneinander abzuwägen und zu priorisieren. Um dieses Vorgehen wissenschaftlich zu analysieren, ist die Methodik des Discrete-Choice-Experiments konzipiert worden.

Die Hauptvorteile eines DCE liegen darin, dass es erstens der Realität mehrdimensionaler Entscheidungen gerechter wird als andere methodische Zugänge. Zweitens wird mit dieser Methode auch sozial erwünschten Antworten begegnet, da den Befragten mehrere Rechtfertigungen für eine bestimmte Beurteilung zur

Verfügung stehen (Auspurg & Hinz, 2015; Hainmueller et al., 2014).

4.2.3 Sind die Leitideen der integrierten Versorgung in 20 Jahren nicht veraltet?

Weiter stellt sich die Frage, ob die Leitideen der integrierten ambulanten Gesundheitsversorgung, die ins Zentrum der Befragung gestellt wurden, nicht veraltet sein werden, bis die befragten Menschen Patientinnen beziehungsweise Patienten sein werden. Diese Frage trägt der Erfahrung nicht Rechnung, dass es sich bei Gesundheitssystemen im Allgemeinen und beim schweizerischen Gesundheitssystem im Speziellen keinesfalls um ein sich in den Grundsätzen schnell veränderbares System handelt. Die Grundstrukturen der ambulanten und der stationären Grundversorgung sind in der Schweiz im 19. Jahrhundert gelegt worden (Alber & Bernardi-Schenkluhn, 1992). Entwicklungen im Gesundheitssystem gehen sehr langsam voran, sodass es durchaus Sinn macht, heute in den Blick zu nehmen, was Patientinnen und Patienten in 20 Jahren für Präferenzen haben werden.

4.3 Ausblick

Die vorliegende Studie ist Teil des Forschungsprojekts Health2040 der Universität Luzern, das im Rahmen des Swiss Learning Health Systems (SLHS) durchgeführt wird. Das SLHS ist ein Netzwerk von Universitäts- und Hochschulinstituten aus der ganzen Schweiz, das die Zusammenarbeit dieser Institutionen mit den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen institutionalisiert.¹⁰ Innerhalb des SLHS ist das Projekt dem Themencluster «Innovation in Service Delivery» mit Projekten an der Fachhochschule der Südschweiz SUPSI, der Universität Zürich, der Universität des Kantons Tessin, der Fachhochschule Winterthur und der Universität Lausanne eingebettet.

Das Forschungsprojekt Health2040 umfasst neben der vorliegenden Betrachtung der Präferenzen der Bevölkerung im Hinblick auf die zukünftige ambulante Gesundheitsversorgung auch eine Studie, welche die Präferenzen des Gesundheitspersonals erhebt.¹¹ Es wird spannend sein, die Ergebnisse der Studie zu den Präferenzen angehender oder junger Hausärztinnen und Hausärzte sowie von weiteren Gesundheitsfachpersonen mit den Resultaten der Bevölkerungsbefragung zu vergleichen, um daraus Schlüsse für die Weiterentwicklung der Grundversorgung zu ziehen.

Danksagung

Die Studie wurde durch eine Begleitgruppe unterstützt, die aus Vertreterinnen und Vertreter folgender Institutionen besteht: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Competence Network for Health Workforce (chnw), Curafutura, Schweizerische Ärztevereinigung FMH, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit OdaSanté, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI), Schweizerische Patientenorganisation (SPO), Spitex Schweiz, Swiss Young Pharmacists Group und Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care Luzern (ZHAM&CC). Das Projektteam dankt an dieser Stelle den Mitgliedern für die wertvolle Unterstützung.

¹⁰ <https://www.slhs.ch/> (Zugriff am 25.06.2021).

¹¹ <https://www.health2040.ch/> (Zugriff am 25.06.2021).

5 Literaturverzeichnis

- Abihiro, G. A., Leppert, G., Mbera, G. B., Robyn, P. J., & De Allegri, M. (2014). Developing attributes and attribute-levels for a discrete choice experiment on micro health insurance in rural Malawi. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 235.
- Abu Al Hamayel, Nebras., Isenberg, S. R., Hannum, S. M., Sixon, J., Smith, K. Clegg., & Dy, S. M. (2018). Older Patients' Perspectives on Quality of Serious Illness Care in Primary Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *35*(10), 1330–1336.
- Alber, J., & Bernardi-Schenkluhn, B. (Hrsg.). (1992). *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*. Campus-Verl.
- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H., & Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. *BMC Public Health*, *7*(1), 53.
- Arcury, T. A., Sandberg, J. C., Melius, K. P., Quandt, S. A., Leng, X., Latulipe, C., Miller, D. P., Smith, D. A., & Bertoni, A. G. (2020). Older Adult Internet Use and eHealth Literacy. *Journal of Applied Gerontology*, *39*(2), 141–150.
- Auspurg, K., & Hinz, T. (2015). *Factorial Survey Experiments*. SAGE Publications, Inc.
- Bachleitner, R., Weichbold, M., & Pausch, M. (Hrsg.). (2016). *Empirische Prognoseverfahren in den Sozialwissenschaften*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- BAG. (2011). *Erläuternder Bericht zum Gegenentwurf des Bundesrates zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“*. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/11772/index.html?lang=de> (Zugriff am 28.06.2021).
- BAG. (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030*. Bundesamt für Gesundheit (BAG). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheits-2030/strategie-gesundheit2030.pdf.download.pdf/strategie-gesundheit-2030.pdf> (Zugriff am 28.06.2021).
- BAG. (2021). *Interprofessionalität im Gesundheitswesen Ambulante Versorgung – Policy Brief*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/Interprofessionalitaet/policy-briefs/ambulante-versorgung.pdf.download.pdf/1_DE_Ambulante%20Versorgung.docx.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- Balthasar, A., Hanimann, A., & Strotz, C. (2017). *Ambulante Grundversorgung 2040: Einstellungen und Präferenzen von Patientinnen und Health Professionals, Literaturanalyse*. Interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Bannwart, L., & Dubach, P. (2016). *Statistische Auswertung zur Anzahl Angehöriger, die Betreuungs- und Pflegeleistungen erbringen*. BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS AG.
- Bashshur, R. L., Howell, J. D., Krupinski, E. A., Harms, K. M., Bashshur, N., & Doarn, C. R. (2016). The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemedicine and E-Health*, *22*(5), 342–375.
- Bauer, A. M., Iles-Shih, M., Ghomi, R. H., Rue, T., Grover, T., Kincler, N., Miller, M., & Katon, W. J. (2018). Acceptability of mHealth augmentation of Collaborative Care: A mixed methods pilot study. *General Hospital Psychiatry*, *51*, 22–29.
- Bauer, A. M., Rue, T., Munson, S. A., Ghomi, R. H., Keppel, G. A., Cole, A. M., Baldwin, L.-M., & Katon, W. (2017). Patient-oriented Health Technologies: Patients' Perspectives and Use. *Journal of Mobile Technology in Medicine*, *6*(2), 1–10.
- Becker, H. (2018). *Qualified Self – Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin*. vdf Hochschulverlag an der ETH Zürich.
- Bello, A. K., Molzahn, A. E., Girard, L. P., Osman, M. A., Okpechi, I. G., Glassford, J., Thompson, S., Keely, E., Liddy, C., Manns, B., Jinda, K., Klarenbach, S., Hemmelgarn, B., & Tonelli, M. (2017). Patient and provider perspectives on the design and implementation of an electronic consultation system for kidney care delivery in Canada: A focus group study. *BMJ Open*, *7*(3), e014784.
- Bernhardsson, S., Larsson, M. E. H., Johansson, K., & Öberg, B. (2017). "In the physio we trust": A qualitative study on patients' preferences for physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, *33*(7), 535–549.
- BFS. (2018). *Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Sprachgebiet*. bfs.admin. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.6466036.html> (Zugriff am 28.06.2021).
- BFS. (2019). *Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Kanton, Bezirk und Gemeinde, 2010-2019*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/bevoelkerung.assetdetail.13707291.html> (Zugriff am 28.06.2021).

- BFS. (2020a). *Bildungsstand der Bevölkerung – Daten des Indikators*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-frau-mann/bildung/bildungsstand.assetdetail.16324563.html> (Zugriff am 28.06.2021).
- BFS. (2020b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017-Gesundheit und Geschlecht*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs-static/dam/assets/15284969/master> (Zugriff am 28.06.2021).
- BFS. (2020c). *Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeitskategorie, Geschlecht und Kanton, 3. Quartal 2020*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.14941425.html> (Zugriff am 28.06.2021).
- Bishop, A., Foster, N. E., & Croft, P. (2013). SAPC hot topic: Is it a dangerous idea to make physiotherapists the gatekeepers of frontline primary care for all patients with musculoskeletal problems? *Primary Health Care Research & Development*, 14(04), 413–415.
- Boes, S., Kaufmann, C., & Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung*. <https://repository.publisso.de/resource/frl:6399738> (Zugriff am 28.06.2021).
- Braun, B., & Marstedt, G. (2014). Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In J. Böcken, B. Braun, & R. Meierjürgen (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2014 Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Bertelsmann Stiftung.
- Chae, Y. M., Park, H. J., Cho, J. G., Hong, G. D., & Cheon, K. A. (2000). The reliability and acceptability of telemedicine for patients with schizophrenia in Korea. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6(2), 83–90.
- Chang, F., Paramsothy, T., Roche, M., & Gupta, N. S. (2017). Patient, staff, and clinician perspectives on implementing electronic communications in an interdisciplinary rural family health practice. *Primary Health Care Research & Development*, 18(02), 149–160.
- Cheraghi-Sohi, S., Bower, P., Mead, N., McDonald, R., Whalley, D., & Roland, M. (2006). What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual „map“ of patient preferences. *Health Expectations*, 9(3), 275–284.
- Coast, J., Al-Janabi, H., Sutton, E. J., Horrocks, S. A., Vosper, A. J., Swancutt, D. R., & Flynn, T. N. (2012). Using qualitative methods for attribute development for discrete choice experiments: Issues and recommendations: ATTRIBUTE DEVELOPMENT FOR DCEs. *Health Economics*, 21(6), 730–741.
- Courtenay, M., Rowbotham, S., Lim, R., Deslandes, R., Hodson, K., MacLure, K., Peters, S., & Stewart, D. (2017). Antibiotics for acute respiratory tract infections: A mixed-methods study of patient experiences of non-medical prescriber management. *BMJ Open*, 7(3), e013515.
- Cowling, T. E., Majeed, A., & Harris, M. J. (2018). Importance of accessibility and opening hours to overall patient experience of general practice: Analysis of repeated cross-sectional data from a national patient survey. *British Journal of General Practice*, 68(672), e469–e477.
- de Bekker-Grob, E. W., Essink-Bot, M. L., Meerding, W. J., Pols, H. A. P., Koes, B. W., & Steyerberg, E. W. (2008). Patients' preferences for osteoporosis drug treatment: A discrete choice experiment. *Osteoporos Int*, 9.
- De Brún, A., Flynn, D., Ternent, L., Price, C. I., Rodgers, H., Ford, G. A., Rudd, M., Lancsar, E., Simpson, S., Teah, J., & Thomson, R. G. (2018). A novel design process for selection of attributes for inclusion in discrete choice experiments: Case study exploring variation in clinical decision-making about thrombolysis in the treatment of acute ischaemic stroke. *BMC Health Services Research*, 18(1), 483.
- Delbanco, T., Berwick, D. M., Boufford, J. I., Edgman-Levitan, O., Lenschläger, G., Plamping, D., & Rockefeller, R. G. (2001). Healthcare in a land called PeoplePower: Nothing about me without me: Healthcare in a land called PeoplePower. *Health Expectations*, 4(3), 144–150.
- DeShazo, J. R., & Fermo, G. (2002). Designing Choice Sets for Stated Preference Methods: The Effects of Complexity on Choice Consistency. *Journal of Environmental Economics and Management*, 44(1), 123–143.
- Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). *Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke Hintergründe und Schlüsselemente* (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Hrsg.). <https://repository.publisso.de/resource/frl:6404156> (Zugriff am 28.06.2021).
- Droz, M., Senn, N., & Cohidon, C. (2019). Communication, continuity and coordination of care are the most important patients' values for family medicine in a fee-for-services health system. *BMC Family Practice*, 20(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0895-2> (Zugriff am 28.06.2021).
- Edwards, H. B., Marques, E., Hollingworth, W., Horwood, J., Farr, M., Bernard, E., Salisbury, C., & Northstone, K. (2017). Use of a primary care online consultation system, by whom, when and why: Evaluation of a pilot observational study in 36 general practices in South West England. *BMJ Open*, 7(11), e016901.
- Bundeskanzlei BK (2021) *Eidgenössische Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“*. <https://www.bk.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis401.html> (Zugriff am 28.06.2021).
- Ek, S. (2015). Gender differences in health information behaviour: A Finnish population-based survey. *Health Promotion International*, 30(3), 736–745.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103.
- Eriksson, I., Lindblad, M., Möller, U., & Gillsjö, C. (2018). Holistic health care: Patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1), e12603.
- Eugster, B., & Parchet, R. (2013). Culture and Taxes: Towards Identifying Tax Competition. In *Economics Working Paper Series* (Nr. 1339; Economics Working Paper Series). University of St. Gallen, School of Economics and Political Science. <https://ideas.repec.org/p/usg/econwp/201339.html>

- Fan, V. S., Burman, M., McDonnell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 226–233.
- Feehan, M., Walsh, M., Godin, J., Sundwall, D., & Munger, M. A. (2017). Patient preferences for healthcare delivery through community pharmacy settings in the USA: A discrete choice study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 42(6), 738–749.
- Fischer, B., Telser, H., & Zweifel, P. (2018). End-of-life healthcare expenditure: Testing economic explanations using a discrete choice experiment. *Journal of Health Economics*, 60, 30–38.
- GDK. (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: Ein Leitfaden*. https://www.fmc.ch/_Resources/Persistent/710ed198d88654269f53c48c4697c0fbb08bda98/GDK_Leitfaden.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- GDK, & BAG. (2012). *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“*. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/dokumentation/berichte/Neue_Versorgungsmodelle_fuer_die_medizinische_Grundversorgung.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- Gentili, E., Masiero, G., & Mazzonna, F. (2017). The role of culture in long-term care arrangement decisions. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 143, 186–200.
- Gerard, K., Tinelli, M., Latter, S., Smith, A., & Blenkinsopp, A. (2015). Patients' valuation of the prescribing nurse in primary care: A discrete choice experiment. *Health Expectations*, 18(6), 2223–2235.
- gfs.bern. (2020). *Apothekenmonitor*. <https://cockpit.gfs-bern.ch/de/cockpit/apothekenmonitor-2020/> (Zugriff am 28.06.2021).
- gfs.Bern. (2020). *Swiss eHealth Barometer 2020 – Bericht zur Bevölkerungsbefragung*. <https://e-healthforum.ch/wp-content/uploads/sites/3/2020/03/Schlussbericht-Bev%C3%B6lkerung.pdf> (Zugriff am 28.06.2021).
- Gidman, W., & Cowley, J. (2013). A qualitative exploration of opinions on the community pharmacists' role amongst the general public in Scotland. *The International Journal of Pharmacy Practice*, 21(5), 288–296.
- Giewer, I. (2016). *Mittelfristige Umsetzung des Chronic Care Models in der Betreuung von Diabetikern in Schweizer Hausarztpraxen*.
- Giger, M.-A., Häusler, E., Sander, M., & Steffelbach, D. (2018). *Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung*. BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/koordinierte_versorgung/handbuch-abgeltung-koordinierte-versorgung.pdf.download.pdf/180322_BAG_HKV_web_d_01.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- Gordon, N. P., & Hornbrook, M. C. (2016). Differences in Access to and Preferences for Using Patient Portals and Other eHealth Technologies Based on Race, Ethnicity, and Age: A Database and Survey Study of Seniors in a Large Health Plan. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e50.
- Greis, C., Meier Zürcher, C., Djamei, V., Moser, A., Lautenschlager, S., & Navarini, A. A. (2018). Unmet digital health service needs in dermatology patients. *The Journal of Dermatological Treatment*, 29(7), 643–647.
- Grohmann, B., Espin, S., & Gucciardi, E. (2017). Patients' experiences of diabetes education teams integrated into primary care. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 63(2), e128–e136.
- Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M., & Essig, S. (2019). Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 20(1), 163. h
- Hahn, S., Richter, D., Beck, M., & Thilo, F. (2013). *Panorama Gesundheitsberufe 2030*. https://www.bfh.ch/dam/jcr:a1968b27-3328-486c-82ef-74875f97cd95/Panorama_Gesundheitsberufe-2030_Schlussbericht.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- Hainmueller, J., Hopkins, D. J., & Yamamoto, T. (2014). Causal Inference in Conjoint Analysis: Understanding Multi-Dimensional Choices via Stated Preference Experiments. *Political Analysis*, 22(1), 1–30.
- Halperin, I. J., Mukerji, G., Maione, M., Segal, P., Wolfs, M., Goguen, J., & Jeffs, L. (2018). Adult Patient Perspectives on Care for Type 1 and Type 2 Diabetes Across the Institute of Medicine's 6 Domains of Quality. *Canadian Journal of Diabetes*, 42(1), 36–43.
- Hasan, S., Sulieman, H., Stewart, K., Chapman, C. B., & Kong, D. C. M. (2015). Patient expectations and willingness to use primary care pharmacy services in the United Arab Emirates. *International Journal of Pharmacy Practice*, 23(5), 340–348.
- Hauber, A. B., González, J. M., Groothuis-Oudshoorn, C. G. M., Prior, T., Marshall, D. A., Cunningham, C., IJzerman, M. J., & Bridges, J. F. P. (2016). Statistical Methods for the Analysis of Discrete Choice Experiments: A Report of the ISPOR Conjoint Analysis Good Research Practices Task Force. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 19(4), 300–315.
- Häusermann, S. (2010). *The politics of welfare state reform in continental Europe: Modernization in hard times*. Cambridge University Press.
- Hjortdahl, P., & Borchgrevink, C. F. (1991). Continuity of care: Influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 303(6811), 1181–1184.
- Hjortdahl, P., & Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice: Effect on patient satisfaction. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 304(6837), 1287–1290.
- Hostettler, S., & Kraft, E. (2020). FMH-rztestatistik 2019 hohe Abhängigkeit vom Ausland. *Schweizerische Ärztezeitung*.

- Howard, K., Jan, S., Rose, J. M., Wong, G., Craig, J. C., Irving, M., Tong, A., Chadban, S., Allen, R. D., & Cass, A. (2016). Preferences for Policy Options for Deceased Organ Donation for Transplantation: A Discrete Choice Experiment. *Transplantation, 100*(5), 1136–1148.
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Diadiou, F., Lambert, M., & Bouliane, D. (2015). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *Annals of Family Medicine, 13*(6), 523–528.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (S. 10027). National Academies Press.
- Jeannot, J.-G., Froehlich, F., Wietlisbach, V., Burnand, B., Terraz, O., & Vader, J.-P. (2004). Patient use of the Internet for health care information in Switzerland. *Swiss Medical Weekly, 134*(21–22), 307–312.
- Jordi, M. (2018, April 13). *Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung*. Wennberg-Seminar, Zürich. <http://www.wennberg-zurich.org> (Zugriff am 28.06.2021).
- Jubelt, L. E., Graham, J., Maeng, D. D., Li, H., Epstein, A. J., & Metlay, J. P. (2014). Patient ratings of case managers in a medical home: Associations with patient satisfaction and health care utilization. *Annals of Internal Medicine, 161*(10 Suppl), S59-65.
- Jung, H. P., Baerveldt, C., Olesen, F., Grol, R., & Wensing, M. (2003). Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: A systematic literature analysis. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 6*(2), 160–181.
- Kamphuis, C. B., de Bekker-Grob, E. W., & van Lenthe, F. J. (2015). Factors affecting food choices of older adults from high and low socioeconomic groups: A discrete choice experiment. *The American Journal of Clinical Nutrition, 101*(4), 768–774.
- Kaufmann, C., Schmid, C., & Boes, S. (2017). Health insurance subsidies and deductible choice: Evidence from regional variation in subsidy schemes. *Journal of Health Economics, 55*, 262–273.
- Kelfve, S., Kivi, M., Johansson, B., & Lindwall, M. (2020). Going web or staying paper? The use of web-surveys among older people. *BMC Medical Research Methodology, 20*(1), 252.
- Kooienga, S., & Singh, R. L. (2017). Pharmacy and primary care perspectives on e-prescribing in a rural community: A focused ethnography. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 13*(4), 820–830.
- Künzi, K., Detzel, P., & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2007). *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute: Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium : Bestellung : Bundesamt für Statistik.
- Künzi, K., Jäggi, J., & Dutoit, L. (2013). *Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/teritaerstufe/2014_bag_2013_schlussbericht_updaten_aktuel-ler_stand_nichtaerzte.pdf.download.pdf/2014_BAG_2013_BerichtUpdateNichtaerzte_final.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- Lancaster, K. J. (1966). A New Approach to Consumer Theory. *Journal of Political Economy, 74*(2), 132–157.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Le Talec, J.-Y., Authier, D., & Tomolillo, S. (2019). *La promotion de la santé au prisme du genre: Guide théorique et pratique*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Leach, B., Gradison, M., Morgan, P., Everett, C., Dill, M. J., & de Oliveira, J. S. (2018). Patient preference in primary care provider type. *Healthcare, 6*(1), 13–16.
- Lewis, C. L., Wickstrom, G. C., Kolar, M. M., Keyserling, T. C., Bogner, B. A., DuPre, C. T., & Hayden, J. (2000). Patient preferences for care by general internists and specialists in the ambulatory setting. *Journal of General Internal Medicine, 15*(2), 75–83.
- Liljeroos, M., & Strömberg, A. (2019). Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings: Nurse-led heart failure clinics in primary care. *European Journal of Heart Failure, 21*(1),
- Mangham, L. J., Hanson, K., & McPake, B. (2009). How to do (or not to do) ... Designing a discrete choice experiment for application in a low-income country. *Health Policy and Planning, 24*(2), 151–158.
- McFadden, D. (1974). The measurement of urban travel demand. *Journal of Public Economics, 3*(4), 303–328.
- McFadden, D. (1986). The Choice Theory Approach to Market Research. *Marketing Science, 5*(4), 275–297.
- Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Miners, A. H., Llewellyn, C. D., Cooper, V. L., Youssef, E., Pollard, A. J., Lagarde, M., Sabin, C., Nixon, E., Sachikonye, M., Perry, N., & Fisher, M. (2017). A discrete choice experiment to assess people living with HIV's (PLWHIV's) preferences for GP or HIV clinic appointments. *Sexually Transmitted Infections, 93*(2), 105–111.
- Molleda, L., Bahamon, M., St. George, S. M., Perrino, T., Estrada, Y., Correa Herrera, D., Pantin, H., & Prado, G. (2017). Clinic Personnel, Facilitator, and Parent Perspectives of eHealth Familias Unidas in Primary Care. *Journal of Pediatric Health Care, 31*(3), 350–361.
- Naik-Panvelkar, P., Armour, C., Rose, J. M., & Saini, B. (2012). Patient preferences for community pharmacy asthma services:

- A discrete choice experiment. *PharmacoEconomics*, 30(10), 961–976.
- Niehaves, B., & Plattfaut, R. (2014). Internet adoption by the elderly: Employing IS technology acceptance theories for understanding the age-related digital divide. *European Journal of Information Systems*, 23(6), 708–726.
- Obsan (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht 2015* (1. Aufl.). Hogrefe.
- Obsan. (2019). *Lang andauernde Gesundheitsprobleme | OBSAN*. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatorene/lang-andauernde-gesundheitsprobleme> (Zugriff am 28.06.2021).
- O'Malley, A. S., Peikes, D., Wilson, C., Gaddes, R., Peebles, V., Day, T. J., & Jin, J. (2017). Patients' perspectives of care management: A qualitative study. *The American Journal of Managed Care*, 23(11), 684–689.
- Or, C. K. L., & Karsh, B.-T. (2009). A systematic review of patient acceptance of consumer health information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 16(4), 550–560.
- Paddison, C. A. M., Abel, G. A., Burt, J., Campbell, J. L., Elliott, M. N., Lattimer, V., & Roland, M. (2018). What happens to patient experience when you want to see a doctor and you get to speak to a nurse? Observational study using data from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Open*, 8(2), e018690.
- Pahud, O. (2020a). *EHealth in der ambulanten Grundversorgung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (2020b). *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2020 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 12/2020)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2020/obsan_12_2020_bericht_korr.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- Persoskie, A., & Ferrer, R. A. (2017). A Most Odd Ratio: *American Journal of Preventive Medicine*, 52(2), 224–228.
- Polinski, J. M., Barker, T., Gagliano, N., Sussman, A., Brennan, T. A., & Shrank, W. H. (2016). Patients' Satisfaction with and Preference for Telehealth Visits. *Journal of General Internal Medicine*, 31(3), 269–275.
- PwC. (2020). *Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz – Von starren Spitalstrukturen zu flexiblen Netzwerken: Lösungen durch innovative Geschäftsmodelle*.
- Reiners, F., Sturm, J., Bouw, L. J. W., & Wouters, E. J. M. (2019). Sociodemographic Factors Influencing the Use of eHealth in People with Chronic Diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4), 645.
- Ryan, M., Bate, A., Eastmond, C. J., & Ludbrook, A. (2001). Use of discrete choice experiments to elicit preferences. *Quality in Health Care: QHC*, 10 Suppl 1, i55–60.
- Ryan, M., Watson, V., & Entwistle, V. (2009). Rationalising the 'irrational': A think aloud study of discrete choice experiment responses. *Health Economics*, 18(3), 321–336.
- Sager, F., Rüefli, C., & Wälti, M. (2010). *Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium : Bestellung : Bundesamt für Statistik.
- Schäfli, M., B, S., Siegrist, S., & Kägi, W. (2004). *Forschungsprogramm KVG II ; Schlussbericht ; Basel, den 12. Dezember 2003 Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin*.
- Schneider, A., Körner, T., Mehring, M., Wensing, M., Elwyn, G., & Szecsenyi, J. (2006). Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 292–298.
- Schusselé Fillietaz, S. (2017). *Soins intégrés en Suisse: Résultats de la 1re enquête (2015-2016)*. Obsan.
- Schut, F. T. (2003). Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurer Choice in Germany and the Netherlands. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3(2), 117–138.
- Schwarzinger, M., Watson, V., Arwidson, P., Alla, F., & Luchini, S. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: A survey experiment based on vaccine characteristics. *The Lancet Public Health*, 0(0).
- Schweizerischer Gemeindeverband. (2019). *Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle*. https://www.spitex.ch/files/Y5IYXZ6/schweizer_gemeinde_de.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- Selby, K., Zuchuat, J.-C., Cohidon, C., & Senn, N. (2018). Associations between primary care practice type and patient-reported access. *BMC Health Services Research*, 18(1), 779.
- Settumba, S. N., Shanahan, M., Butler, T., Schofield, P., Lafferty, L., Simpson, P., & Chambers, G. M. (2019a). Developing Attributes and Attribute-Levels for a Discrete-Choice Experiment: An Example for Interventions of Impulsive Violent Offenders. *Applied Health Economics and Health Policy*, 17(5), 683–705.
- Settumba, S. N., Shanahan, M., Butler, T., Schofield, P., Lafferty, L., Simpson, P., & Chambers, G. M. (2019b). Developing Attributes and Attribute-Levels for a Discrete-Choice Experiment: An Example for Interventions of Impulsive Violent Offenders. *Applied Health Economics and Health Policy*, 17(5), 683–705.
- Snell, R., Langran, T., & Donyai, P. (2017). Patient views about polypharmacy medication review clinics run by clinical pharmacists in GP practices. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(6), 1162–1165.
- Sottas, B., Josi, R., Gysin, S., & Essig, S. (2019). Implementing advanced practice nurses in Swiss primary care. *Eurohealth*, 25(4).

- 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). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/hintergrunddokument-chancengleichheit.pdf.download.pdf/chancengleichheit-hintergrunddokument-def.pdf> (Zugriff am 28.06.2021).
- Stangl, W. (2021). *Kohorte – Kohorteneffekt*. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. <https://lexikon.stangl.eu/3930/kohorte-kohorteneffekt> (Zugriff am 28.06.2021).
- Stewart, D. E., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J., & Grace, S. L. (2004). Gender Differences in Health Information Needs and Decisional Preferences in Patients Recovering From an Acute Ischemic Coronary Event: *Psychosomatic Medicine*, 66(1), 42–48.
- Stokes, J., Panagioti, M., Alam, R., Checkland, K., Cheraghi-Sohi, S., & Bower, P. (2015). Effectiveness of Case Management for „At Risk“ Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 10(7), e0132340.
- Sturny, I., & Widmer, M. (2020). *Unterschiede in der Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme in der Stadt und auf dem Land. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Forums Medizinische Grundversorgung 2020*. (Obsan Bericht 13/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tandjung, R., Hanhart, A., Bärtschi, F., Keller, R., Steinhauer, A., Rosemann, T., & Senn, O. (2015). Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14244.
- Tang, C., Xu, J., & Zhang, M. (2016). The choice and preference for public-private health care among urban residents in China: Evidence from a discrete choice experiment. *BMC Health Services Research*, 16(1), 580.
- Taylor, K., Properzi, F., Bhatti, S., & Ferris, K. (2020). *Digital transformation – Shaping the future of European healthcare*. Deloitte Centre for Health Solutions. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/nl/Documents/public-sector/deloitte-nl-shaping-the-future-of-european-healthcare.pdf> (Zugriff am 28.06.2021).
- Telser, H., & Zweifel, P. (2002). Measuring willingness-to-pay for risk reduction: An application of conjoint analysis. *Health Economics*, 11(2), 129–139.
- Telser, H., & Zweifel, P. (2006). A new role for consumers' preferences in the provision of healthcare. *Economic Affairs*, 26(3), 4–9.
- Thornton, R. D., Nurse, N., Snavelly, L., Hackett-Zahler, S., Frank, K., & DiTomasso, R. A. (2017). Influences on patient satisfaction in healthcare centers: A semi-quantitative study over 5 years. *BMC Health Services Research*, 17(1), 361.
- Thrasher, J., Islam, F., Davis, R., Popova, L., Lambert, V., Cho, Y., Salloum, R., Louviere, J., & Hammond, D. (2018). Testing Cessation Messages for Cigarette Package Inserts: Findings from a Best/Worst Discrete Choice Experiment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 282.
- Thurstone, L. L. (1927). A law of comparative judgment. *Psychological Review*, 34, 273–286.
- Trageser, J., Gschwend, E., & von Stokar, T. (2019). *Ansprüche an die ärztliche Versorgung Befragung der Bevölkerung und der ÄrztInnen*. Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ. https://www.infras.ch/media/filer_public/b6/b7/b6b7a55f-80c6-4703-93c2-4efb1ddb044/kurzfassung_infras_agz_def.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- Tranberg, M., Vedsted, P., Bech, B. H., Christensen, M. B., Birke-land, S., & Moth, G. (2018). Factors associated with low patient satisfaction in out-of-hours primary care in Denmark – A population-based cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(1), 15.
- Vatter, A., & Rüefli, C. (2014). Gesundheitspolitik. In P. Knoepfel (Hrsg.), *Handbuch der Schweizer Politik = Manuel de la politique Suisse* (5., völlig überarb. und erw. Aufl, S. 827–854). Verl. Neue Zürcher Zeitung.
- Verzantvoort, N. C. M., Teunis, T., Verheij, T. J. M., & van der Vel- den, A. W. (2018). Self-triage for acute primary care via a smartphone application: Practical, safe and efficient? *PLOS ONE*, 13(6), e0199284.
- Viney, R., Lancsar, E., & Louviere, J. (2002). Discrete choice experiments to measure consumer preferences for health and healthcare. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2(4), 319–326.
- Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., & Vonkorff, M. (2005). Finding Common Ground: Patient-Centeredness and Evidence-Based Chronic Illness Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(supplement 1), s-7-s-15.
- Whitaker, K. L., Ghanouni, A., Zhou, Y., Lyratzopoulos, G., & Morris, S. (2017). Patients' preferences for GP consultation for perceived cancer risk in primary care: A discrete choice experiment. *British Journal of General Practice*, 67(659), e388–e395.
- WHO. (1978). *Erklärung von Alma-Ata*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf (Zugriff am 28.06.2021).
- Winkelmann, R., & Boes, S. (2009). *Analysis of microdata* (Second edition). Springer.
- Wong, I., Wright, E., Santomauro, D., How, R., Leary, C., & Harris, M. (2018). Implementing two nurse practitioner models of service at an Australian male prison: A quality assurance study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e287–e300.

6 Anhang

6.1 Situationen des Discrete-Choice-Experiments

C1_Akut: Es ist das **Jahr 2040**. Sie fühlen sich seit einer Woche schwach, sind erkältet und spüren im rechten Ohr einen leichten, stechenden Schmerz. Seit heute Morgen hat der **Schmerz im Ohr** stark zugenommen und Sie haben Fieber. Für diese Beschwerden möchten Sie eine Abklärung.

C2_Akut: Im **Jahr 2040** machen Sie beim Treppensteigen einen Fehltritt und knicken um. Sie stellen fest, dass ihr Fuss anschwellt. Beim Weitergehen spüren Sie einen **stechenden Schmerz in Ihrem Fussgelenk**. Sie möchten eine Abklärung.

C3_Routineuntersuchung: Im **Jahr 2040** steht bei Ihnen eine Vorsorgeuntersuchung an, die jedes zweite Jahr einmal vorgenommen wird. Die **Vorsorgeuntersuchung** dient dazu, mögliche Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Bei der Vorsorgeuntersuchung werden unter anderem Blutdruck, Cholesterinwerte und Blutzuckerwerte gemessen.

C4_Routineuntersuchung: Sie leiden an der **chronischen Erkrankung Diabetes** («Zuckerkrankheit»). Bei Diabetes kann der Blutzuckerspiegel über längere Zeit erhöht sein, was zu Folgeschäden an verschiedenen Organen führen kann (z.B. Nierenschäden, Schlaganfall, Herzinfarkt). Es ist das **Jahr 2040** und es steht eine **Routineuntersuchung** an, die jeden dritten Monat einmal vorgenommen wird. Die Routineuntersuchung dient dazu, Folgeerkrankungen von Diabetes vorzubeugen oder rechtzeitig zu erkennen. Bei der Routineuntersuchung werden unter anderem Blutdruck, Cholesterinwerte und Blutzuckerwerte gemessen.

6.2 Zufriedenheit und Vertrauen nach Untergruppen

T 6.1 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Zufriedenheit mit dem Schweizer Gesundheitswesen		Sehr unzufrieden		Eher unzufrieden		Weder zufrieden noch unzufrieden		Eher zufrieden		Sehr zufrieden		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		48	1,3%	334	8,8%	552	14,6%	2 133	56,4%	713	18,9%		3 780
Chronische Erkrankung	Ja	17	1,2%	127	8,7%	195	13,4%	818	56,2%	299	20,5%	0,189	1 456
	Nein	31	1,3%	207	8,9%	357	15,4%	1 315	56,6%	414	17,8%		2 324
Sprachregion	Deutsch	23	0,9%	187	7,1%	323	12,3%	1 478	56,3%	615	23,4%	0,000***	2 626
	Französisch	24	2,4%	138	13,9%	199	20,0%	552	55,6%	80	8,1%		993
	Italienisch	10	1,5%	52	8,0%	98	15,1%	403	62,0%	87	13,4%		650
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	4	0,6%	67	9,4%	95	13,3%	407	56,9%	142	19,9%	0,191	715
	Agglomeration	32	1,6%	155	8,0%	293	15,1%	1 105	57,0%	355	18,3%		1 940
	Städtische Region	12	1,1%	112	10,0%	164	14,6%	621	55,2%	216	19,2%		1 125
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	15	1,6%	67	7,2%	140	15,1%	495	53,2%	213	22,9%	0,001***	930
	Über 5 Stunden	33	1,1%	207	8,4%	412	13,5%	1 638	57,4%	500	19,6%		2 850
Alter	18–34	10	1,2%	86	10,0%	154	17,9%	491	57,2%	117	13,6%	0,000***	858
	35–49	20	1,9%	128	12,0%	181	17,0%	586	55,1%	148	13,9%		1 093
	50–64	13	1,2%	86	7,7%	152	13,7%	623	56,0%	238	21,4%		1 112
	65+	5	0,7%	34	4,6%	65	8,7%	433	58,0%	210	28,1%		747
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	17	1,7%	101	10,1%	187	18,7%	518	51,7%	179	17,9%	0,000***	1 002
	5 000–9 000	13	0,9%	126	8,9%	203	14,3%	804	56,5%	277	19,5%		1 423
	Über 9 000	9	0,9%	70	7,2%	104	10,7%	601	61,7%	190	19,5%		974
Geschlecht	Männlich	27	1,4%	162	8,5%	243	12,8%	1 078	56,9%	385	20,3%	0,008***	1 895
	Weiblich	21	1,1%	172	9,1%	309	16,4%	1 055	56,0%	328	17,4%		1 885

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.2 Veränderung Vertrauen in das Gesundheitssystem aufgrund von Covid-19

Veränderung Vertrauen in Schweizer Gesundheitswesen aufgrund von Covid-19		Sehr negativ verändert		Eher negativ verändert		Gar nicht verändert		Eher positiv verändert		Sehr positiv verändert		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		115	3,0%	583	15,4%	2 313	61,2%	676	17,9%	93	2,5%		3 780
Chronische Erkrankung	Ja	41	2,8%	229	15,7%	887	60,9%	268	18,4%	31	2,1%	0,738	1 456
	Nein	74	3,2%	354	15,2%	1 426	61,4%	408	17,5%	62	2,7%		2 324
Sprachregion	Deutsch	83	3,2%	430	16,4%	1 637	62,3%	1 637	16,5%	433	1,6%	0,000***	2 626
	Französisch	30	3,0%	132	13,3%	589	59,3%	197	19,8%	45	4,5%		993
	Italienisch	7	1,1%	63	9,7%	395	60,8%	162	24,9%	23	3,5%		650
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	24	3,4%	117	16,4%	427	59,7%	128	17,9%	19	2,7%	0,342	715
	Agglomeration	61	3,1%	300	15,5%	1 214	62,6%	324	16,7%	41	2,1%		1 940
	Städtische Region	30	2,7%	166	14,8%	672	59,7%	224	19,9%	33	2,9%		1 125
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	32	3,4%	133	14,3%	573	61,6%	171	18,4%	21	2,3%	0,202	930
	Über 5 Stunden	83	2,9%	450	15,8%	1 740	61,1%	505	17,7%	72	2,5%		2 850
Alter	18–34	24	2,8%	157	18,3%	507	59,1%	150	17,5%	20	2,3%	0,069*	858
	35–49	36	3,4%	173	16,3%	645	60,7%	184	17,3%	25	2,4%		1 063
	50–64	42	3,8%	155	13,9%	694	62,4%	192	17,3%	29	2,6%		1 112
	65+	13	1,7%	98	13,1%	467	62,5%	150	20,1%	19	2,5%		747
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	39	3,9%	193	19,3%	573	57,2%	168	16,8%	29	2,9%	0,000***	1 002
	5 000–9 000	38	2,7%	182	12,8%	903	63,5%	263	18,5%	37	2,6%		1 423
	Über 9 000	18	1,8%	126	12,9%	615	63,1%	192	19,7%	23	2,4%		974
Geschlecht	Männlich	68	3,6%	274	14,5%	1 110	58,6%	388	20,5%	55	2,9%	0,000***	1 895
	Weiblich	47	2,5%	309	16,4%	1 203	63,8%	288	15,3%	38	2,0%		1 885

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.3 Vertrauen in das Gesundheitssystem

Vertrauen in Schweizer Gesundheitswesen		Überhaupt kein Vertrauen		Wenig Vertrauen		Ein gewisses Vertrauen		Viel Vertrauen		Volles Vertrauen		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		22	0,6%	120	3,2%	1 250	33,1%	2 096	55,4%	292	7,7%		3 780
Chronische Erkrankung	Ja	6	0,4%	41	2,8%	478	32,8%	810	55,6%	121	8,3%	0,518	1 456
	Nein	16	0,7%	79	3,4%	772	33,2%	1 286	55,3%	171	7,4%		2 324
Sprachregion	Deutsch	8	0,3%	67	2,6%	763	29,1%	1 539	58,6%	249	9,5%	0,000***	2 626
	Französisch	13	1,3%	46	4,6%	430	43,3%	468	47,1%	36	3,6%		993
	Italienisch	1	0,6%	7	4,3%	57	35,4%	89	55,3%	7	4,3%		650
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	4	0,6%	21	2,9%	238	33,3%	394	55,1%	58	8,1%	0,768	715
	Agglomeration	14	0,7%	59	3,0%	654	33,7%	1 074	55,4%	139	7,2%		1 940
	Städtische Region	4	0,4%	40	3,6%	358	31,8%	628	55,8%	95	8,4%		1 125
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	11	1,2%	32	3,4%	319	34,3%	491	52,8%	77	8,3%	0,032**	930
	Über 5 Stunden	11	0,4%	88	3,1%	931	32,7%	1 605	56,3%	215	7,5%		2 850
Alter	18–34	1	0,1%	35	4,1%	294	34,3%	447	52,1%	81	9,4%	0,000***	858
	35–49	7	0,7%	46	4,3%	398	37,4%	536	50,4%	76	7,1%		1 063
	50–64	11	1,0%	29	2,6%	329	29,6%	662	59,5%	81	7,3%		1 112
	65+	3	0,4%	10	1,3%	229	30,7%	451	60,4%	54	7,2%		747
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	9	0,9%	47	4,7%	379	37,8%	479	47,8%	88	8,8%	0,000***	1 002
	5 000–9 000	7	0,5%	39	2,7%	492	34,6%	793	55,7%	92	6,5%		1 423
	Über 9 000	2	0,2%	19	2,0%	235	24,1%	636	65,3%	82	8,4%		974
Geschlecht	Männlich	12	0,6%	54	2,8%	554	29,2%	1 103	58,2%	172	9,1%	0,000***	1 895
	Weiblich	10	0,5%	66	3,5%	696	36,9%	993	52,7%	120	6,4%		1 885

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.4 Zufriedenheit und Veränderung des Vertrauens ins Schweizer Gesundheitswesen

	Zufriedenheit mit dem Schweizer Gesundheitswesen		Vertrauen in das Schweizer Gesundheitswesen		Veränderung Vertrauen in Schweizer Gesundheitswesen aufgrund von Covid-19	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (<i>Referenzkategorie: Nein</i>)						
Ja	0,995	0,070	0,948	0,068	0,983	0,071
Sprachregion (<i>Referenzkategorie: Deutschschweiz</i>)						
Lateinische Schweiz	0,421***	0,031	0,500***	0,037	1,499***	0,113
Urbanisierungsgrad (<i>Referenzkategorie: Land</i>)						
Agglomeration/Stadt	0,906	0,078	0,913	0,080	1,051	0,093
Internetnutzung (<i>Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche</i>)						
5 bis 10 Stunden	0,883	0,082	0,964	0,090	0,832*	0,078
Über 10 Stunden	0,786***	0,073	1,011	0,095	1,060	0,100
Alter (<i>Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige</i>)						
35- bis 49-Jährige	0,884	0,084	0,792**	0,078	1,014	0,101
50- bis 64-Jährige	1,425***	0,139	1,104	0,110	1,129	0,114
Über 64-Jährige	2,497***	0,281	1,337**	0,152	1,455***	0,166
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (<i>Referenzkategorie: Unter 5000 CHF</i>)						
5 001–9 000 CHF	1,296***	0,106	1,157*	0,096	1,383***	0,117
Über 9 000 CHF	1,750***	0,161	1,920***	0,182	1,473***	0,140
Geschlecht (<i>Referenzkategorie: Männlich</i>)						
Weiblich	0,889*	0,060	0,755***	0,052	0,846*	0,059
Konstante						
1/2	0,009***	0,002	0,004***	0,001	0,040***	0,009
2/3	0,091***	0,018	0,027***	0,006	0,303***	0,058
3/4	0,284***	0,053	0,433***	0,082	5,683***	1,104
4/5	4,578***	0,859	10,316***	2,030	56,906***	12,414
N	3 399					

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.5 Merkmal akute Situation: Erstkontakt

		Hausärztin/ Hausarzt		Apothekerin/ Apotheker		Pflegefach- person mit Hochschul- abschluss		Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss		App		Kann ich nicht sagen		P- Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		1 277	65,3%	121	6,2%	109	5,6%	90	4,6%	348	17,8%	12	0,6%		1 957
Chronische Erkrankung	Ja	521	68,5%	45	5,9%	37	4,9%	33	4,3%	121	15,9%	4	0,5%	0,207	761
	Nein	756	63,2%	76	6,4%	72	6,0%	57	4,8%	227	19,0%	8	0,7%		1 196
Sprachregion	Deutsch	873	63,6%	76	5,5%	67	4,9%	67	4,9%	282	20,55	8	0,6%	0,000***	1 373
	Französisch	335	66,7%	40	8,0%	40	8,0%	23	4,6%	60	12,0%	4	0,8%		502
	Italienisch	262	79,6%	16	4,9%	11	3,3%	5	1,5%	35	10,6%	0	0,0%		329
Urbanisierungs- grad	Gering	247	66,8%	21	5,7%	18	4,9%	18	4,9%	63	17,0%	3	0,8%	0,993	370
	Mittel	648	65,2%	61	6,1%	56	5,6%	47	4,7%	176	17,7%	6	0,6%		994
	Dicht	382	64,4%	39	6,6%	35	5,9%	25	4,2%	109	18,4%	3	0,5%		593
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	382	77,3%	26	5,3%	22	4,5%	17	3,4%	43	8,7%	4	0,8%	0,000** *	494
	Über 5 Stunden	895	61,2%	95	6,5%	87	5,9%	73	5,0%	305	20,8%	8	0,5%		1 463
Alter	18–34	218	50,3%	40	9,2%	41	9,5%	32	7,4%	101	23,3%	1	0,2%	0,000***	433
	35–49	341	61,9%	32	5,8%	35	6,4%	22	4,0%	117	21,2%	4	0,7%		551
	50–64	402	69,4%	31	5,4%	22	3,8%	24	4,1%	96	16,6%	4	0,7%		579
	65+	316	80,2%	18	4,6%	11	2,8%	12	3,0%	34	8,6%	3	0,8%		394
Monatliches Netto-Haushalts- einkommen	Bis 5 000	381	73,0%	30	5,7%	22	4,2%	25	4,8%	62	11,9%	2	0,4%	0,000***	522
	5 000–9 000	499	65,5%	44	5,8%	49	6,4%	35	4,6%	127	16,7%	8	1,0%		762
	Über 9 000	267	55,3%	32	6,6%	25	5,2%	25	5,2%	134	27,7%	0	0,0%		483
Geschlecht	Männlich	645	67,0%	46	4,8%	39	4,1%	47	4,9%	182	18,9%	3	0,3%	0,003**	962
	Weiblich	632	63,5%	75	7,5%	70	7,0%	43	4,3%	166	16,7%	9	0,9%		995

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

6.3 Verteilungen der Merkmale

T 6.6 Merkmal akute Situation: Kontaktweg

		Persönliches Vorbeigehen		Per Telefon		Per Videotelefonie		Kann ich nicht sagen		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		573	29,3%	822	42,0%	561	28,7%	1	0,1%		1 957
Chronische Erkrankung	Ja	237	31,1%	315	41,4%	209	27,5%	0	0,0%	0,330	761
	Nein	336	28,1%	507	42,4%	352	29,4%	1	0,1%		1 196
Sprachregion	Deutsch	354	25,8%	602	43,8%	416	30,3%	1	0,1%	0,000***	1 373
	Französisch	192	38,2%	188	37,5%	122	24,3%	0	0,0%		502
	Italienisch	108	32,8%	127	38,6%	94	28,6%	0	0,0%		329
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	116	30,0%	170	37,1%	84	32,9%	0	0,0%	0,005*	370
	Agglomeration	279	31,4%	432	45,9%	282	22,7%	1	0,0%		994
	Städtische Region	178	28,1%	220	43,5%	195	28,4%	0	0,1%		593
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	159	32,2%	241	48,8%	94	19,0%	0	0,0%	0,000**	494
	Über 5 Stunden	414	28,3%	581	39,7%	467	31,9%	1	0,1%		1 463
Alter	18–34	116	26,8%	206	47,6%	111	25,6%	0	0,0%	0,004**	433
	35–49	161	29,2%	212	38,5%	178	32,3%	0	0,0%		551
	50–64	175	30,2%	222	38,3%	181	31,3%	1	0,2%		579
	65+	121	30,7%	182	46,2%	91	23,1%	0	0,0%		394
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	179	34,3%	231	44,3%	112	21,5%	0	0,0%	0,000***	522
	5 000–9 000	218	28,6%	327	42,9%	216	28,3%	1	0,1%		762
	Über 9 000	112	23,2%	182	37,7%	189	39,1%	0	0,0%		483
Geschlecht	Männlich	286	32,6%	361	37,55	314	32,6%	1	0,1%	0,000***	962
	Weiblich	287	24,8%	461	46,3%	247	24,8%	0	0,0%		995

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.7 Merkmal akute Situation: Behandlungsperson

		Hausärztin/ Hausarzt		Fachärztin/ Facharzt		Pflegefachperson mit Hochschulab- schluss		Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Haus- arzt		Kann ich nicht sagen		P- Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		1 119	57,2%	527	26,9%	67	3,4%	234	12,0%	10	0,5%		1 957
Chronische Erkrankung	Ja	454	59,7%	202	26,5%	17	2,2%	86	11,3%	2	0,3%	0,075*	761
	Nein	665	55,6%	325	27,2%	50	4,2%	148	12,4%	8	0,7%		1 196
Sprachregion	Deutsch	780	56,8%	353	25,7%	55	4,0%	176	12,8%	9	0,7%	0,01**	1 373
	Französisch	289	57,6%	150	29,9%	11	2,2%	51	10,2%	1	0,2%		502
	Italienisch	168	51,1%	115	35,0%	7	2,1%	38	11,6%	1	0,3%		329
Urbanisierungs- grad	Ländliche Region	240	64,9%	85	23,0%	12	3,2%	31	8,4%	2	0,5%	0,026**	370
	Agglomeration	570	57,3%	267	26,9%	35	3,5%	117	11,8%	5	0,5%		994
	Städtische Region	309	52,1%	175	29,5%	20	3,4%	86	14,5%	3	0,5%		593
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	330	66,8%	117	23,7%	10	2,0%	35	7,1%	2	0,4%	0,000** *	494
	Über 5 Stunden	789	53,9%	410	28,0%	57	3,9%	199	13,6%	8	0,5%		1 463
Alter	18–34	215	49,7%	140	32,3%	35	8,1%	39	9,0%	4	0,9%	0,000***	433
	35–49	285	51,7%	173	31,4%	13	2,4%	76	13,8%	4	0,7%		551
	50–64	339	58,5%	140	24,2%	11	1,9%	87	15,0%	2	0,3%		579
	65+	280	71,1%	74	18,8%	8	2,0%	32	8,10%	0	0,0%		394
Monatliches Netto-Haushalts- einkommen	Bis 5 000	316	60,5%	149	28,5%	12	2,3%	43	8,2%	2	0,4%	0,003***	522
	5 000–9 000	447	58,7%	188	24,7%	25	3,3%	100	13,1%	2	0,3%		762
	Über 9 000	255	52,8%	126	26,1%	18	3,7%	79	16,4%	5	1%		483
Geschlecht	Männlich	544	56,5%	266	27,7%	29	3,0%	119	12,4%	4	0,4%	0,731	962
	Weiblich	575	57,8%	261	26,2%	38	3,8%	115	11,6%	6	0,6%		995

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.8 Merkmal Routineuntersuchung: Untersuchungsperson

		Hausärztin/ Hausarzt		Fachärztin/ Facharzt		Pflegefachperson mit Hochschulab- schluss		Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Haus- arzt		Kann ich nicht sa- gen		P- Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		984	54,0%	538	29,5%	147	8,1%	143	7,8%	11	0,6%		1 823
Chronische Erkrankung	Ja	397	57,1%	199	28,6%	51	7,3%	44	6,3%	4	0,6%	0,173	695
	Nein	587	52,1%	339	30,1%	96	8,5%	99	8,8%	7	0,6%		1 128
Sprachregion	Deutsch	711	56,7%	344	27,5%	107	8,5%	82	6,5%	9	0,7%	0,001***	1 253
	Französisch	237	48,3%	162	33,0%	39	7,9%	51	10,4%	2	0,4%		491
	Italienisch	179	55,8%	100	31,2%	10	3,1%	29	9,0%	3	0,9%		321
Urbanisierungs- grad	Ländliche Region	203	58,8%	85	24,6%	29	8,4%	26	7,5%	2	0,6%	0,386	345
	Agglomeration	513	54,2%	279	29,5%	74	7,8%	73	7,7%	7	0,7%		946
	Städtische Region	268	50,4%	174	32,7%	44	8,3%	44	8,3%	2	0,4%		532
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	264	60,6%	126	28,9%	20	4,6%	25	5,7%	1	0,2%	0,001***	436
	Über 5 Stunden	720	51,9%	412	29,7%	127	9,2%	118	8,5%	10	0,7%		1 387
Alter	18–34	189	44,5%	149	35,1%	57	13,4%	26	6,1%	4	0,9%	0,000***	425
	35–49	239	46,7%	176	34,4%	46	9,0%	47	9,2%	4	0,8%		512
	50–64	307	57,6%	146	27,4%	33	6,2%	45	8,4%	2	0,4%		533
	65+	249	70,5%	67	19,0%	11	3,1%	25	7,1%	1	0,3%		353
Monatliches Netto-Haushalts- einkommen	Bis 5 000	254	52,9%	159	33,1%	29	6,0%	33	6,9%	5	1,0%	0,000***	480
	5 000–9 000	396	59,9%	171	25,9%	53	8,0%	38	5,7%	3	0,5%		661
	Über 9 000	235	47,9%	148	30,1%	51	10,4%	56	11,4%	1	0,2%		491
Geschlecht	Männlich	525	56,3%	259	27,8%	60	6,4%	82	8,8%	7	0,8%	0,011**	933
	Weiblich	459	51,6%	279	31,3%	87	9,8%	61	6,9%	4	0,4%		890

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.9 Merkmal akute Situation: Öffnungszeiten

		Bürozeiten		Verlängerte Bürozeiten		Rund um die Uhr		Kann ich nicht sagen		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		605	30,9%	957	48,9%	392	20,0%	3	0,2%		1 957
Chronische Erkrankung	Ja	245	32,2%	357	46,9%	159	20,9%	0	0,0%	0,345	761
	Nein	360	30,1%	600	50,2%	233	19,5%	3	0,3%		1 196
Sprachregion	Deutsch	438	31,9%	661	48,1%	271	19,7%	3	0,2%	0,262	1 373
	Französisch	141	28,1%	253	50,4%	108	21,5%	0	0,0%		502
	Italienisch	117	35,6%	145	44,1%	67	20,4%	0	0,0%		329
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	121	32,7%	183	49,5%	66	17,8%	0	0,0%	0,014**	370
	Agglomeration	320	32,2%	453	45,6%	219	22,0%	2	0,2%		994
	Städtische Region	164	27,7%	321	54,1%	107	18,0%	1	0,2%		593
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	196	39,7%	193	39,1%	103	20,9%	2	0,4%	0,000***	494
	Über 5 Stunden	409	28%	764	52,2%	289	19,8%	1	0,1%		1 463
Alter	18–34	99	22,9%	244	56,4%	90	20,85	0	0,0%	0,000***	433
	35–49	144	26,1%	296	53,7%	110	20,0%	1	0,2%		551
	50–64	192	33,2%	267	46,1%	119	20,6%	1	0,2%		579
	65+	170	43,1%	150	38,1%	73	18,5%	1	0,3%		394
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	177	33,9%	222	42,5%	122	23,4%	1	0,2%	0,000***	522
	5 000–9 000	253	33,2%	366	48%	141	18,5%	2	0,3%		762
	Über 9 000	122	25,3%	275	56,9%	86	17,8%	0	0,0%		483
Geschlecht	Männlich	325	33,8%	463	48,1%	173	18,0%	1	0,1%	0,010	962
	Weiblich	280	28,1%	494	49,6%	219	22,0%	2	0,2%		995

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.10 Merkmal Routineuntersuchung: Öffnungszeiten

		Bürozeiten		Verlängerte Bürozeiten		Rund um die Uhr		Kann ich nicht sagen		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		783	43,0%	856	47,0%	178	9,7%	6	0,3%		1 823
Chronische Erkrankung	Ja	328	47,2%	306	44,0%	58	8,3%	3	0,4%	0,024**	695
	Nein	455	40,3%	550	48,8%	120	10,6%	3	0,3%		1 128
Sprachregion	Deutsch	559	44,6%	567	45,3%	122	9,7%	5	0,4%	0,088*	1 253
	Französisch	193	39,3%	249	50,7%	48	9,8%	1	0,2%		491
	Italienisch	128	39,9%	146	45,5%	45	14,0%	2	0,6%		321
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	161	46,7%	163	47,2%	21	6,1%	0	0,0%	0,126	345
	Agglomeration	407	43,0%	439	46,4%	96	10,1%	4	0,4%		946
	Städtische Region	215	40,4%	254	47,7%	61	11,5%	2	0,4%		532
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	224	51,4%	169	38,8%	41	9,4%	2	0,5%	0,000**	436
	Über 5 Stunden	550	40,3%	687	49,5%	137	9,9%	4	0,3%		1 387
Alter	18–34	115	27,1%	257	60,5%	51	12,0%	2	0,5%	0,000***	425
	35–49	204	39,8%	269	52,5%	37	7,2%	2	0,4%		512
	50–64	237	44,5%	241	45,2%	54	10,1%	1	0,2%		533
	65+	227	64,3%	89	25,2%	36	10,2%	1	0,3%		353
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	230	47,9%	185	38,5%	63	13,1%	2	0,4%	0,000***	480
	5 000–9 000	292	44,2%	319	48,3%	50	7,6%	0	0,0%		661
	Über 9 000	180	36,7%	269	54,8%	40	8,1%	2	0,4%		491
Geschlecht	Männlich	415	44,5%	422	45,2%	95	10,2%	1	0,1%	0,141	933
	Weiblich	368	41,3%	434	48,8%	83	9,3%	5	0,6%		890

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.11 Merkmal akute Situation: Kenntnis

		Gesundheitsfachperson kennt Vergangenheit und hat Einblick in Patientendossier		Gesundheitsfachperson kennt Vergangenheit nicht, hat aber Einblick in Patientendossier		Gesundheitsfachperson kennt Vergangenheit nicht und hat keinen Einblick in Patientendossier		Kann ich nicht sagen		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		1 348	68,9%	533	27,2%	65	3,3%	11	0,6%		1 957
Chronische Erkrankung	Ja	553	72,7%	180	23,7%	25	3,3%	3	0,4%	0,015**	761
	Nein	795	66,5%	353	29,5%	40	3,3%	8	0,7%		1 196
Sprachregion	Deutsch	921	67,1%	402	29,3%	41	3,3%	9	0,7%	0,000***	1 373
	Französisch	360	71,7%	118	23,5%	22	4,4%	2	0,4%		502
	Italienisch	263	79,9%	56	17,0%	9	2,7%	1	0,3%		329
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	263	71,1%	93	25,1%	11	3,0%	3	0,8%	0,653	370
	Agglomeration	683	68,7%	275	27,7%	30	3,0%	6	0,6%		994
	Städtische Region	402	67,8%	165	27,8%	24	4,0%	2	0,3%		593
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	374	75,7%	100	20,2%	17	3,4%	3	0,6%	0,000***	494
	Über 5 Stunden	974	66,6%	433	29,6%	48	3,3%	8	0,5%		1 463
Alter	18–34	276	63,7%	146	33,7%	10	2,3%	1	0,2%	0,000***	433
	35–49	348	63,2%	170	30,9%	25	4,5%	8	1,5%		551
	50–64	404	69,8%	150	25,9%	24	4,1%	1	0,2%		579
	65+	320	81,2%	67	17,0%	6	1,5%	1	0,3%		394
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	379	72,6%	126	24,1%	16	3,1%	1	0,2%	0,017**	522
	5 000–9 000	527	69,2%	197	25,9%	32	4,2%	6	0,8%		762
	Über 9 000	311	64,4%	157	32,5%	13	2,7%	2	0,4%		483
Geschlecht	Männlich	678	70,5%	244	25,4%	32	3,3%	8	0,8%	0,210	962
	Weiblich	670	67,3%	289	29,0%	33	3,3%	3	0,3%		995

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.12 Merkmal Routineuntersuchung: Kontinuität

		Gesundheitsfachperson kennt Vergangenheit und hat Einblick in Patientendossier		Gesundheitsfachperson kennt Vergangenheit nicht, hat aber Einblick in Patientendossier		Gesundheitsfachperson kennt Vergangenheit nicht und hat keinen Einblick in Patientendossier		Kann ich nicht sagen		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		1 442	79,1%	315	17,3%	56	3,1%	10	0,5%		1 823
Chronische Erkrankung	Ja	579	83,3%	101	14,5%	10	1,4%	5	0,7%	0,000***	695
	Nein	863	76,5%	214	19,0%	46	4,1%	5	0,4%		1 128
Sprachregion	Deutsch	974	77,7%	234	18,7%	39	3,1%	6	0,5%	0,000***	1 253
	Französisch	395	80,4%	76	15,5%	16	3,3%	4	0,8%		491
	Italienisch	289	90,0%	20	6,2%	10	3,1%	2	0,6%		321
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	280	81,2%	54	15,7%	9	2,6%	2	0,6%	0,879	345
	Agglomeration	740	78,2%	170	18,0%	32	3,4%	4	0,4%		946
	Städtische Region	422	79,3%	91	17,1%	15	2,8%	4	0,8%		532
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	350	80,3%	68	15,6%	14	3,2%	4	0,9%	0,476	436
	Über 5 Stunden	1 092	78,7%	247	17,8%	42	3,0%	6	0,4%		1 387
Alter	18–34	333	78,4%	83	19,5%	8	1,9%	1	0,2%	0,003***	425
	35–49	392	76,6%	96	18,8%	20	3,9%	4	0,8%		512
	50–64	409	76,7%	103	19,3%	17	3,2%	4	0,8%		533
	65+	308	87,3%	33	9,3%	11	3,1%	1	0,3%		353
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	374	77,9%	77	16,0%	25	5,2%	4	0,8%	0,006***	480
	5 000–9 000	542	82,0%	103	15,6%	13	2,0%	3	0,5%		661
	Über 9 000	387	78,8%	94	19,1%	8	1,6%	2	0,4%		491
Geschlecht	Männlich	741	79,4%	157	16,8%	29	3,1%	6	0,6%	0,903	933
	Weiblich	701	78,8%	158	17,8%	27	3,0%	4	0,4%		890

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.13 Merkmal akute Situation: Entscheidung

		Entscheidung Gesundheitsfachperson		Gemeinsame Entscheidung		Entscheidung Patientin/Patient		Kann ich nicht sagen		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		117	6.0%	1 680	85.8%	160	8.2%	0	0,0%		1 957
Chronische Erkrankung	Ja	42	5.5%	664	87.3%	55	7.2%	0	0,0%	0,350	761
	Nein	75	6.3%	1 016	84.9%	105	8.8%	0	0,0%		1 196
Sprachregion	Deutsch	41	3,0%	1 202	87.5%	130	9.5%	0	0,0%	0,000***	1 373
	Französisch	72	14.3%	402	80.1%	28	5.6%	0	0,0%		502
	Italienisch	28	8.5%	285	86.6%	16	4.9%	0	0,0%		329
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	27	7.3%	315	85.1%	28	7.6%	0	0,0%	0,796	370
	Agglomeration	56	5.6%	857	86.2%	81	8.1%	0	0,0%		994
	Städtische Region	34	5.7%	508	85.7%	51	8.6%	0	0,0%		593
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	35	7.1%	416	84.2%	43	8.7%	0	0,0%	0,410	494
	Über 5 Stunden	82	5.6%	1 264	86.4%	117	8,0%	0	0,0%		1 463
Alter	18–34	31	7.2%	368	85,0%	34	7.9%	0	0,0%	0,752	433
	35–49	26	4.7%	477	86.6%	48	8.7%	0	0,0%		551
	50–64	33	5.7%	499	86.2%	47	8.1%	0	0,0%		579
	65+	27	6.9%	336	85.3%	31	7.9%	0	0,0%		394
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	34	6.5%	522	84.5%	47	9,0%	0	0,0%	0,586	522
	5 000–9 000	44	5.8%	762	87.3%	53	7,0%	0	0,0%		762
	Über 9 000	26	5.4%	483	85.9%	42	8.7%	0	0,0%		483
Geschlecht	Männlich	64	6,7%	815	84,7%	83	8,6%	0	0,0%	0,334	962
	Weiblich	53	5,3%	865	86,9%	77	7,7%	0	0,0%		995

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.14 Merkmal Routineuntersuchung: Entscheidung

		Entscheidung Gesundheitsfachperson		Gemeinsame Entscheidung		Entscheidung Patientin/Patient		Kann ich nicht sagen		P-Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Total		51	2,8%	1 504	82,5%	268	14,7%	0	0,0%		1 823
Chronische Erkrankung	Ja	12	1,7%	599	86,2%	84	12,1%	0	0,0%	0,003***	695
	Nein	39	3,5%	905	80,2%	184	16,3%	0	0,0%		1 128
Sprachregion	Deutsch	19	1,5%	1 018	81,2%	216	17,2%	0	0,0%	0,000***	1 253
	Französisch	29	5,9%	414	84,3%	48	9,8%	0	0,0%		491
	Italienisch	14	4,4%	282	87,9%	25	7,8%	0	0,0%		321
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	10	2,9%	283	82,0%	52	15,1%	0	0,0%	0,972	345
	Agglomeration	25	2,6%	786	83,1%	135	14,3%	0	0,0%		946
	Städtische Region	16	3,0%	435	81,8%	81	15,2%	0	0,0%		532
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	9	2,1%	370	84,9%	57	13,1%	0	0,0%	0,283	436
	Über 5 Stunden	42	3,0%	1 134	81,8%	211	15,2%	0	0,0%		1 387
Alter	18–34	17	4,0%	341	80,2%	67	15,8%	0	0,0%	0,472	425
	35–49	13	2,5%	426	83,2%	73	14,3%	0	0,0%		512
	50–64	13	2,4%	436	81,8%	84	15,8%	0	0,0%		533
	65+	8	2,3%	301	85,3%	44	12,5%	0	0,0%		353
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	21	4,4%	384	80,0%	75	15,6%	0	0,0%	0,045**	480
	5 000–9 000	18	2,7%	555	84,0%	88	13,3%	0	0,0%		661
	Über 9 000	7	1,4%	419	85,3%	65	13,2%	0	0,0%		491
Geschlecht	Männlich	30	3,2%	775	83,1%	128	13,7%	0	0,0%	0,284	933
	Weiblich	21	2,4%	729	81,9%	140	15,7%	0	0,0%		890

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.15 Merkmal Routineuntersuchung: Koordinationsperson

		Hausärztin/ Hausarzt		Apothekerin/ Apotheker		Pflegefachperson mit Hochschulab- schluss		Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss		Kann ich nicht sagen		P- Wert	Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n
Total		1 380	75,7%	38	2,1%	239	13,1%	130	7,1%	36	2,0%		1 823
Chronische Erkrankung	Ja	554	79,7%	10	1,4%	89	12,8%	32	4,6%	10	1,4%	0,003***	695
	Nein	826	73,2%	28	2,5%	150	13,3%	98	8,7%	26	2,3%		1 128
Sprachregion	Deutsch	941	75,1%	24	1,9%	166	13,2%	98	7,8%	24	1,9%	0,067*	1 253
	Französisch	373	76,0%	13	2,6%	65	13,2%	29	5,9%	11	2,2%		491
	Italienisch	268	83,5%	4	1,2%	33	10,3%	11	3,4%	5	1,6%		321
Urbanisierungs- grad	Ländliche Region	266	77,1%	6	1,7%	39	11,3%	28	8,1%	6	1,7%	0,093*	345
	Agglomeration	728	77,0%	16	1,7%	122	12,9%	56	5,9%	24	2,5%		946
	Städtische Region	386	72,6%	16	3,0%	78	14,7%	46	8,6%	6	1,1%		532
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	369	84,6%	8	1,8%	37	8,5%	19	4,4%	3	0,7%	0,000***	436
	Über 5 Stunden	1 011	72,9%	30	2,2%	202	14,6%	111	8,0%	33	2,4%		1 387
Alter	18–34	256	60,2%	14	3,3%	98	23,1%	44	10,4%	13	3,1%	0,0000***	425
	35–49	368	71,9%	14	2,7%	64	12,5%	50	9,8%	16	3,1%		512
	50–64	434	81,4%	6	1,1%	61	11,4%	27	5,1%	5	0,9%		533
	65+	322	91,2%	4	1,1%	16	4,5%	9	2,5%	2	0,6%		353
Monatliches Netto-Haushalts- einkommen	Bis 5 000	381	79,4%	10	2,1%	52	10,8%	29	6,0%	8	1,7%	0,079*	480
	5 000–9 000	511	77,3%	11	1,7%	87	13,2%	43	6,5%	9	1,4%		661
	Über 9 000	345	70,3%	10	2,0%	81	16,5%	46	9,4%	9	1,8%		491
Geschlecht	Männlich	734	78,7%	12	1,3%	100	10,7%	69	7,4%	18	1,9%	0,002***	933
	Weiblich	646	72,6%	26	2,9%	139	15,6%	61	6,9%	18	2,0%		890

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.16 Merkmal Routineuntersuchung: Zuteilung Koordinationsperson

		Koordinationsperson wird von Patient/in gewählt		Koordinationsperson wird durch Krankenversicherung zugeteilt		Kann ich nicht sagen		P-Wert	Total n
		n	%	n	%	n	%		
Total		1 612	88,4%	178	9,8%	33	1,8%		1 823
Chronische Erkrankung	Ja	623	89,6%	57	8,2%	15	2,2%	0,154	695
	Nein	989	87,7%	121	10,7%	18	1,6%		1 128
Sprachregion	Deutsch	1 091	87,1%	137	10,9%	25	2,0%	0,089*	1 253
	Französisch	451	91,9%	34	6,9%	6	1,2%		491
	Italienisch	282	87,9%	32	10,0%	7	2,2%		321
Urbanisierungsgrad	Ländliche Region	307	89,0%	29	8,4%	9	2,6%	0,226	345
	Agglomeration	841	88,9%	87	9,2%	18	1,9%		946
	Städtische Region	464	87,2%	62	11,7%	6	1,1%		532
Wöchentliche Internetnutzung	Unter 5 Stunden	401	92,0%	28	6,4%	7	1,6%	0,023**	436
	Über 5 Stunden	1 211	87,3%	150	10,8%	26	1,9%		1 387
Alter	18–34	359	84,5%	56	13,2%	10	2,4%	0,005***	425
	35–49	443	86,5%	59	11,5%	10	2,0%		512
	50–64	481	90,2%	42	7,9%	10	1,9%		533
	65+	329	93,2%	21	5,9%	3	0,8%		353
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen	Bis 5 000	429	89,4%	42	8,8%	9	1,9%	0,806	480
	5 000–9 000	584	88,4%	68	10,5%	9	1,4%		661
	Über 9 000	439	89,4%	43	8,8%	9	1,8%		491
Geschlecht	Männlich	809	86,7%	106	11,4%	18	1,9%	0,056*	933
	Weiblich	803	90,2%	72	8,1%	15	1,7%		890

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

6.4 Regression der Merkmale

T 6.17 Regression Merkmal akute Situation: Erstkontakt

Erstkontakt (Referenzkategorie: Hausärztin/Hausarzt)	Apothekerin/Apotheker		Pflegefachperson mit Hochschulabschluss		Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss		Online APP	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)								
Ja	0,949	0,207	0,961	0,222	0,986	0,240	0,986	0,139
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)								
Lateinische Schweiz	1,196	0,259	1,279	0,288	0,684	0,181	0,493***	0,080
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)								
Agglomeration/Stadt	1,238	0,348	1,224	0,356	0,869	0,249	0,848	0,145
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)								
5 bis 10 Stunden	0,978	0,294	1,003	0,310	1,199	0,400	1,487*	0,317
Über 10 Stunden	1,517	0,432	1,212	0,364	1,548	0,507	2,646***	0,539
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)								
35- bis 49-Jährige	0,477***	0,132	0,620*	0,167	0,501**	0,155	0,674**	0,120
50- bis 64-Jährige	0,468***	0,133	0,310***	0,099	0,461**	0,145	0,523***	0,098
Über 64-Jährige	0,317***	0,112	0,223***	0,089	0,317***	0,122	0,310***	0,075
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)								
5 001–9 000 CHF	1,226	0,311	1,851**	0,507	1,110	0,310	1,490**	0,263
Über 9 000 CHF	1,545	0,433	1,626	0,516	1,343	0,416	2,492***	0,460
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)								
Weiblich	1,656**	0,350	1,734**	0,387	0,932	0,216	1,043	0,140
Vignette (Referenzkategorie: Schmerz im Fussgelenk)								
Mittellohrentzündung	1,014	0,209	1,030	0,223	0,456***	0,111	1,153	0,153
Konstante	0,078***	0,046	0,063***	0,039	0,176***	0,112	0,206***	0,080
N	1 957							

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.18 Regression Merkmal akutes Gesundheitsproblem: Kontaktweg

Kontaktweg (Referenzkategorie: <i>Persönliches Vorbeigehen</i>)	Apothekerin/Apotheker		Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: <i>Nein</i>)				
Ja	1,091	0,134	1,067	0,143
Sprachregion (Referenzkategorie: <i>Deutschschweiz</i>)				
Lateinische Schweiz	0,583***	0,073	0,609***	0,084
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: <i>Land</i>)				
Agglomeration/Stadt	0,972	0,142	1,257	0,212
Internetnutzung (Referenzkategorie: <i>Unter 5 Stunden in der Woche</i>)				
5 bis 10 Stunden	0,775*	0,120	1,236	0,224
Über 10 Stunden	0,812	0,128	1,689***	0,304
Alter (Referenzkategorie: <i>18- bis 34-Jährige</i>)				
35- bis 49-Jährige	0,644**	0,111	0,982	0,185
50- bis 64-Jährige	0,623***	0,109	1,053	0,203
Über 64-Jährige	0,798	0,154	0,958	0,212
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: <i>Unter 5000 CHF</i>)				
5 001–9 000 CHF	1,228	0,168	1,469**	0,232
Über 9 000 CHF	1,408**	0,232	2,306***	0,409
Geschlecht (Referenzkategorie: <i>Männlich</i>)				
Weiblich	1,263**	0,149	0,857	0,111
Vignette (Referenzkategorie: <i>Schmerz im Fussgelenk</i>)				
Mittelohrentzündung	1,341**	0,157	0,940	0,120
Konstante	1,589	0,519	0,478**	0,177
N	1 957			

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

T 6.19 Regression Merkmal akute Situation: Untersuchungsperson

Untersuchungsperson (Referenzkategorie: Hausärztin/Hausarzt)	Fachärztin/Facharzt		Pflegefachperson mit Hochschulabschluss		Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)						
Ja	0,911	0,110	1,384	0,446	1,087	0,174
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)						
Lateinische Schweiz	1,136	0,140	0,463**	0,174	0,835	0,144
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)						
Agglomeration/Stadt	1,448**	0,220	1,324	0,503	1,535**	0,330
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)						
5 bis 10 Stunden	1,098	0,173	1,248	0,536	1,501*	0,348
Über 10 Stunden	1,215	0,191	1,319	0,561	2,343***	0,522
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)						
35- bis 49-Jährige	1,098	0,175	0,381***	0,139	1,545*	0,355
50- bis 64-Jährige	0,728*	0,122	0,280***	0,113	1,749**	0,403
Über 64-Jährige	0,456***	0,089	0,265***	0,125	0,901	0,254
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)						
5 001–9 000 CHF	0,843	0,115	1,546	0,567	1,409*	0,284
Über 9 000 CHF	0,871	0,136	1,790	0,715	1,635**	0,355
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)						
Weiblich	0,854	0,099	1,252	0,358	1,044	0,159
Vignette (Referenzkategorie: Schmerz im Fussgelenk)						
Mittellohrentzündung	0,730***	0,083	1,019	0,286	1,002	0,152
Konstante	0,583*	0,188	0,033***	0,029	0,044***	0,021
N	1 957					

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.20 Regression Merkmal Routineuntersuchung: Untersuchungsperson

Untersuchungsperson (Referenzkategorie: Hausärztin/Hausarzt)	Fachärztin/Facharzt		Pflegefachperson mit Hochschulabschluss		Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)						
Ja	0,983	0,122	0,899	0,181	1,695**	0,367
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)						
Lateinische Schweiz	1,449***	0,185	1,141	0,243	2,015***	0,401
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)						
Agglomeration/Stadt	1,334*	0,210	0,966	0,234	0,983	0,245
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)						
5 bis 10 Stunden	0,908	0,149	1,397	0,420	1,343	0,392
Über 10 Stunden	1,116	0,182	1,613	0,476	1,802**	0,519
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)						
35- bis 49-Jährige	0,968	0,160	0,733	0,175	1,653*	0,487
50- bis 64-Jährige	0,630***	0,106	0,386***	0,102	1,323	0,397
Über 64-Jährige	0,362***	0,074	0,172***	0,068	1,183	0,408
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)						
5 001–9 000 CHF	0,673***	0,098	1,123	0,285	0,645*	0,168
Über 9 000 CHF	0,875	0,139	1,613*	0,428	1,434	0,366
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)						
Weiblich	1,277**	0,153	1,762***	0,343	0,801	0,161
Vignette (Referenzkategorie: Routineuntersuchung mit Diabetes)						
Vorsorgeuntersuchung	0,503***	0,060	0,628**	0,120	0,795	0,154
Konstante	0,810	0,266	0,180***	0,097	0,032***	0,019
N	1 823					

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.21 Regression Merkmal akute Situation: Öffnungszeiten

Öffnungszeiten (Referenzkategorie: Bürozeiten)	Fachärztin/Facharzt		Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)				
Ja	0,937	0,110	0,873	0,127
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)				
Lateinische Schweiz	1,141	0,141	1,091	0,167
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)				
Agglomeration/Stadt	1,051	0,148	1,331	0,244
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)				
5 bis 10 Stunden	1,430**	0,213	1,066	0,197
Über 10 Stunden	1,498***	0,226	1,303	0,240
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)				
35- bis 49-Jährige	0,868	0,146	1,055	0,222
50- bis 64-Jährige	0,619***	0,104	0,847	0,178
Über 64-Jährige	0,438***	0,081	0,565**	0,131
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)				
5 001–9 000 CHF	1,126	0,151	0,792	0,129
Über 9 000 CHF	1,575***	0,247	0,913	0,177
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)				
Weiblich	1,241*	0,140	1,407**	0,197
Vignette (Referenzkategorie: Schmerz im Fussgelenk)				
Mittelohrentzündung	0,960	0,107	0,760**	0,105
Konstante	1,342	0,424	0,691	0,270
N	1 957			

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: *p < ,1; **p < ,05; ***p < ,01.

© Obsan 2021

T 6.22 Regression Merkmal Routineuntersuchung: Öffnungszeiten

Öffnungszeiten (Referenzkategorie: Bürozeiten)	Verlängerte Bürozeiten		Rund um die Uhr	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)				
Ja	1,026	0,117	1,295	0.250
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)				
Lateinische Schweiz	1,329**	0,158	1,103	0.219
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)				
Agglomeration/Stadt	1,032	0,143	1,533	0.401
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)				
5 bis 10 Stunden	0,955	0,143	1,016	0.267
Über 10 Stunden	1,338*	0,202	1,748**	0.450
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)				
35- bis 49-Jährige	0,599***	0,096	0,550**	0.149
50- bis 64-Jährige	0,486***	0,078	0,691	0.177
Über 64-Jährige	0,229***	0,044	0,502**	0.148
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)				
5 001–9 000 CHF	1,365**	0,186	0,599**	0.130
Über 9 000 CHF	1,620***	0,243	0,665*	0.160
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)				
Weiblich	1,182	0,131	0,811	0.151
Vignette (Referenzkategorie: Routineuntersuchung mit Diabetes)				
Vorsorgeuntersuchung	0,925	0,101	1,026	0.186
Konstante	1.174	0,358	0,170***	0,089
N	1 823			

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.23 Regression Merkmal akute Situation: Kontinuität

Kenntnisse der Gesundheitsfachperson über Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten + Einblick in ihr Patientendossier (Referenzkategorie: Kennt Patient/in + Einblick in Patientendossier)	Kennt Patient/in nicht + Einblick in Patientendossier		Kennt Patient/in nicht + Keinen Einblick in Patientendossier	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)				
Ja	1,197	0,141	1,146	0,322
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)				
Lateinische Schweiz	0,704***	0,089	1,224	0,340
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)				
Agglomeration/Stadt	1,017	0,147	1,091	0,377
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)				
5 bis 10 Stunden	1,224	0,195	1,263	0,453
Über 10 Stunden	1,535***	0,239	1,118	0,407
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)				
35- bis 49-Jährige	0,970	0,147	1,788	0,707
50- bis 64-Jährige	0,853	0,134	1,643	0,666
Über 64-Jährige	0,466***	0,090	0,430	0,248
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)				
5 001–9 000 CHF	1,056	0,145	1,284	0,411
Über 9 000 CHF	1,276	0,192	0,787	0,310
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)				
Weiblich	1,233*	0,138	1,202	0,321
Vignette (Referenzkategorie: Schmerz im Fussgelenk)				
Mittellohrentzündung	0,710***	0,079	0,834	0,221
Konstante	0,290***	0,092	0,023***	0,018
N	1 957			

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.24 Regression Merkmal Routineuntersuchung: Kontinuität

Kenntnisse der Gesundheitsfachperson über Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten + Einblick in ihr Patientendossier (Referenzkategorie: Kennt Patient/in + Einblick in Patientendossier)	Kennt Patient/in nicht + Einblick in Patientendossier		Kennt Patient/in nicht + Keinen Einblick in Patientendossier	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)				
Ja	1,324*	0,192	3,904***	1,576
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)				
Lateinische Schweiz	0,675**	0,104	0,604	0,211
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)				
Agglomeration/Stadt	1,021	0,179	1,510	0,685
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)				
5 bis 10 Stunden	1,051	0,201	1,721	0,722
Über 10 Stunden	0,995	0,191	1,371	0,605
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)				
35- bis 49-Jährige	1,161	0,216	5,202***	2,748
50- bis 64-Jährige	1,096	0,207	3,933**	2,132
Über 64-Jährige	0,498***	0,126	1,703	1,097
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)				
5 001–9 000 CHF	0,802	0,137	0,241***	0,088
Über 9 000 CHF	0,966	0,175	0,185***	0,081
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)				
Weiblich	0,977	0,134	1,053	0,331
Vignette (Referenzkategorie: Routineuntersuchung mit Diabetes)				
Vorsorgeuntersuchung	1,157	0,156	1,450	0,451
Konstante	0,155***	0,059	0,001***	0,001
N	1 823			

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.25 Regression Merkmal akute Situation: Entscheidung

Entscheidung über potenzielle medizinische Folgebehandlung (Referenzkategorie: Entscheidung Gesundheitsfachperson)	Gemeinsame Entscheidung		Entscheidung durch Patientin/Patient	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)				
Ja	0,785	0,176	1,025	0,293
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)				
Lateinische Schweiz	0,219***	0,047	0,134***	0,040
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)				
Agglomeration/Stadt	1,148	0,284	1,324	0,441
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)				
5 bis 10 Stunden	1,142	0,309	0,835	0,294
Über 10 Stunden	1,417	0,396	1,234	0,435
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)				
35- bis 49-Jährige	1,562	0,475	1,950*	0,753
50- bis 64-Jährige	1,286	0,384	1,424	0,554
Über 64-Jährige	1,077	0,355	1,181	0,509
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)				
5 001–9 000 CHF	1,064	0,261	0,756	0,238
Über 9 000 CHF	1,034	0,298	0,920	0,331
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)				
Weiblich	1,307	0,278	1,195	0,322
Vignette (Referenzkategorie: Schmerz im Fussgelenk)				
Mittellohrentzündung	0,617**	0,131	0,657	0,176
Konstante	29,490***	17,501	2,219	1,683
N	1 957			

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.26 Regression Merkmal Routineuntersuchung: Entscheidung

Entscheidung über potenzielle medizinische Folgebehandlung (Referenzkategorie: Entscheidung Gesundheitsfachperson)	Gemeinsame Entscheidung		Entscheidung durch Patientin/Patient	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)				
Ja	0,476**	0,174	0,710	0.278
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)				
Lateinische Schweiz	0,263***	0,084	0,126***	0.045
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)				
Agglomeration/Stadt	0,947	0,385	0,835	0.364
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)				
5 bis 10 Stunden	0,824	0,404	1,197	0.623
Über 10 Stunden	0,444*	0,202	0,468	0.230
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)				
35- bis 49-Jährige	1,427	0,607	1,419	0.655
50- bis 64-Jährige	1,137	0,481	1,220	0.558
Über 64-Jährige	1,157	0,576	0,911	0.495
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)				
5 001–9 000 CHF	1,655	0,570	1,210	0.456
Über 9 000 CHF	3,742***	1,742	2,686**	1.332
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)				
Weiblich	1,564	0,497	1,728	0.592
Vignette (Referenzkategorie: Schmerz im Fussgelenk)				
Mittellohrentzündung	1,383	0,427	1,715	0.572
Konstante	120,383	113,205	13,034	13,171
N	1 823			

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.27 Regression Merkmal Routineuntersuchung: Koordinationsperson

Koordinationsperson (Referenzkategorie: Hausärztin/Hausarzt)	Apothekerin/Apotheker		Pflegefachperson mit Hochschulabschluss		Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)						
Ja	1,296	0,534	0,883	0,142	1,608**	0.364
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)						
Lateinische Schweiz	1,292	0,494	1,028	0,172	0,636**	0.147
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)						
Agglomeration/Stadt	0,901	0,425	1,080	0,222	0,661*	0.159
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)						
5 bis 10 Stunden	0,682	0,381	1,062	0,258	1,177	0.377
Über 10 Stunden	1,158	0,584	1,704**	0,390	1,784*	0.544
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)						
35- bis 49-Jährige	0,614	0,273	0,460***	0,090	0,914	0.223
50- bis 64-Jährige	0,260**	0,146	0,390***	0,078	0,442***	0.124
Über 64-Jährige	0,224**	0,156	0,134***	0,044	0,172***	0.080
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)						
5 001–9 000 CHF	0,890	0,407	1,319	0,262	0,925	0.242
Über 9 000 CHF	1,106	0,535	1,628**	0,339	1,258	0.336
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)						
Weiblich	2,082*	0,808	1,673***	0,259	1,109	0.222
Vignette (Referenzkategorie: Routineuntersuchung mit Diabetes)						
Vorsorgeuntersuchung	0,782	0,292	1,349*	0,206	1,175	0.232
Konstante	0.026***	0,027	0,164***	0,071	0,065***	0,038
N	1 823					

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.28 Regression Merkmal Routineuntersuchung: Wahl der Koordinationsperson

Zuteilung der Koordinationsperson (Referenzkategorie: Wahl durch Patientin/Patient)	Zuteilung durch Krankenversicherung	
	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)		
Ja	1,170	0,217
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)		
Lateinische Schweiz	0,616**	0,126
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)		
Agglomeration/Stadt	1,130	0,268
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)		
5 bis 10 Stunden	1,350	0,374
Über 10 Stunden	1,891**	0,507
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)		
35- bis 49-Jährige	1,239	0,282
50- bis 64-Jährige	0,804	0,198
Über 64-Jährige	0,598	0,189
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)		
5 001–9 000 CHF	0,992	0,212
Über 9 000 CHF	0,700	0,169
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)		
Weiblich	0,641**	0,115
Vignette (Referenzkategorie: Routineuntersuchung mit Diabetes)		
Vorsorgeuntersuchung	1,241	0,215
Konstante	0,072***	0,037
N	1 823	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

6.5 Regressionen Discrete-Choice-Experiment

T 6.29 Personen mit chronischer Erkrankung: akute Situation

	Gesamt	
	Log odds	SE
<i>Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>		
Apothekerin/Apotheker	0,670***	0,041
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,828***	0,049
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,799***	0,053
App	0,692***	0,048
Apothekerin/Apotheker × Chronisch kranke Personen	0,939	0,093
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Chronisch kranke Personen	0,935	0,089
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Chronisch kranke Personen	0,987	0,105
App × Chronisch Kranke	0,970	0,107
<i>Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)</i>		
Telefon	1,010	0,041
Videotelefonie	1,044	0,044
Telefon × Chronisch kranke Personen	1,025	0,068
Videotelefonie × Chronisch kranke Personen	1,008	0,069
<i>Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>		
Fachärztin/Facharzt	1,063	0,051
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,764***	0,039
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,805***	0,043
Fachärztin/Facharzt × Chronisch kranke Personen	0,894	0,068
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Chronisch kranke Personen	0,774***	0,064
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Chronisch kranke Personen	0,926	0,080
<i>Öffnungszeiten (ref. Level: Bürozeiten)</i>		
Verlängerte Bürozeiten	1,092**	0,044
Rund um die Uhr	1,178***	0,044
Verlängerte Bürozeiten × Chronisch kranke Personen	1,041	0,067
Rund um die Uhr × Chronisch kranke Personen	1,065	0,064
<i>Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)</i>		
Kennt nicht + Einblick	0,843***	0,035
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,602***	0,032
Kennt nicht + Einblick × Chronisch kranke Personen	1,024	0,068
Kennt nicht + Keinen Einblick × Chronisch kranke Personen	0,976	0,085
<i>Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)</i>		
Gemeinsame Entscheidung	1,533***	0,072
Entscheidung Patientin/Patient	1,264***	0,060
Gemeinsame Entscheidung × Chronisch kranke Personen	1,061	0,080
Entscheidung Patientin/Patient × Chronisch kranke Personen	0,981	0,075
<i>Krankenkassenprämien</i>		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien	0,997***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien × Chronisch kranke Personen	1,001	0,001
N	19,570	
R2	0,023	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,553,972	
Wald Test	423,460*** (df = 32)	
LR Test	456,945*** (df = 32)	
Score (Logrank) Test	445,095*** (df = 32)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.30 Junge Personen (< 50 Jahre): Routineuntersuchung

	Gesamt	
	Log odds	SE
<i>Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>		
Fachärztin/Facharzt	0,756***	0,040
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,629***	0,046
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,709***	0,051
Fachärztin/Facharzt × Junge Personen	1,320***	0,097
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Junge Personen	1,395***	0,139
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Junge Personen	1,170	0,117
<i>Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)</i>		
Verlängerte Bürozeiten	1,111**	0,051
Rund um die Uhr	0,901**	0,040
Verlängerte Bürozeiten × Junge Personen	1,020	0,065
Rund um die Uhr × Junge Personen	1,080	0,067
<i>Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)</i>		
Kennt nicht + Einblick	0,738***	0,034
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,518***	0,035
Kennt nicht + Einblick × Junge Personen	1,127*	0,072
Kennt nicht + Keinen Einblick × Junge Personen	1,088	0,100
<i>Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)</i>		
Gemeinsame Entscheidung	1,610***	0,100
Entscheidung Patientin/Patient	1,461***	0,084
Gemeinsame Entscheidung × Junge Personen	1,092	0,094
Entscheidung Patientin/Patient × Junge Personen	1,019	0,081
<i>Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>		
Apothekerin/Apotheker	0,751***	0,044
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,808***	0,045
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,781***	0,044
Apothekerin/Apotheker × Junge Personen	1,053	0,086
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Junge Personen	1,108	0,086
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Junge Personen	1,005	0,079
<i>Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)</i>		
Zuteilung durch Krankenversicherung	0,672***	0,025
Zuteilung durch Krankenversicherung × Junge Personen	1,132*	0,057
<i>Krankenversicherungsprämie</i>		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie	0,998***	0,001
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie × Junge Personen	0,999	0,001
N	18,230	
R2	0,025	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,089,713	
Wald Test	423,880*** (df = 28)	
LR Test	456,646*** (df = 28)	
Score (Logrank) Test	445,410*** (df = 28)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.31 Lateinische Schweiz: Routineuntersuchung

	Gesamt	
	Log odds	SE
Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	0,850***	0,037
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,723***	0,043
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,703***	0,043
Fachärztin/Facharzt × Lateinische Schweiz	1,086	0,087
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Lateinische Schweiz	1,112	0,120
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Lateinische Schweiz	1,347***	0,145
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,138***	0,044
Rund um die Uhr	0,945	0,035
Verlängerte Bürozeiten × Lateinische Schweiz	0,946	0,066
Rund um die Uhr × Lateinische Schweiz	0,965	0,064
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,762***	0,029
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,521***	0,029
Kennt nicht + Einblick × Lateinische Schweiz	1,102	0,076
Kennt nicht + Keinen Einblick × Lateinische Schweiz	1,115	0,111
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,813***	0,095
Entscheidung Patientin/Patient	1,609***	0,076
Gemeinsame Entscheidung × Lateinische Schweiz	0,790**	0,073
Entscheidung Patientin/Patient × Lateinische Schweiz	0,765***	0,066
Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,763***	0,038
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,862***	0,040
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,800***	0,038
Apothekerin/Apotheker × Lateinische Schweiz	1,035	0,090
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Lateinische Schweiz	0,958	0,080
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Lateinische Schweiz	0,936	0,080
Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)		
Zuteilung durch Krankenversicherung	0,744***	0,023
Zuteilung durch Krankenversicherung × Lateinische Schweiz	0,881**	0,048
Krankenversicherungsprämie		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie	0,997***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie × Lateinische Schweiz	1,001	0,001
N	18,230	
R2	0,024	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,094,052	
Wald Test	415,860*** (df = 28)	
LR Test	447,970*** (df = 28)	
Score (Logrank) Test	436,971*** (df = 28)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.32 Für einzelne Sprachregionen separat geschätzt: akute Situation

	Deutschschweiz		Französischsprachige Schweiz		Italienischsprachige Schweiz	
	Log Odds	SE	Log Odds	SE	Log Odds	SE
<i>Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>						
Apothekerin/Apotheker	0,666***	0,038	0,619***	0,059	0,624***	0,073
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,835***	0,046	0,752***	0,071	0,780**	0,089
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,822***	0,050	0,736***	0,078	0,753**	0,097
App	0,739***	0,047	0,550***	0,061	0,673***	0,089
<i>Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)</i>						
Telefon	1,012	0,039	1,021	0,065	0,916	0,073
Videotelefonie	1,066	0,042	0,980	0,064	0,928	0,075
<i>Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>						
Fachärztin/Facharzt	1,038	0,046	0,977	0,072	1,180*	0,107
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,700***	0,033	0,670***	0,054	0,674***	0,066
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,755***	0,038	0,851*	0,072	0,854	0,089
<i>Öffnungszeiten (ref. Level: Bürozeiten)</i>						
Verlängerte Bürozeiten	1,085**	0,041	1,270***	0,081	0,966	0,074
Rund um die Uhr	1,191***	0,042	1,244***	0,072	1,115	0,080
<i>Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)</i>						
Kennt nicht + Einblick	0,868***	0,033	0,791***	0,051	0,867*	0,069
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,611***	0,031	0,526***	0,045	0,708***	0,073
<i>Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)</i>						
Gemeinsame Entscheidung	1,687***	0,075	1,383***	0,101	1,311***	0,115
Entscheidung Patientin/Patient	1,415***	0,064	1,034	0,075	0,970	0,087
<i>Krankenversicherungsprämien</i>						
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien	0,998***	0,000	0,996***	0,001	0,999	0,001
N	13,730		5,020		3,290	
R2	0,025		0,025		0,022	
Max, Possible R2	0,5		0,5		0,5	
Log Likelihood	-4,586,285		-1,675,702		-1,102,907	
Wald Test	317,030*** (df = 16)		119,800*** (df = 16)		69,750*** (df = 16)	
LR Test	344,342*** (df = 16)		128,195*** (df = 16)		74,641*** (df = 16)	
Score (Logrank) Test	334,570*** (df = 16)		125,326*** (df = 16)		72,968*** (df = 16)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.33 Für einzelne Sprachregionen separat geschätzt: Routineuntersuchung

	Deutschschweiz		Französischsprachige Schweiz		Italienischsprachige Schweiz	
	Log Odds	SE	Log Odds	SE	Log Odds	SE
Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)						
Facharzt/Fachärztin	0,850***	0,037	0,907	0,065	0,832**	0,073
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,723***	0,043	0,815**	0,078	0,599***	0,072
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,703***	0,043	0,940	0,089	0,865	0,104
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)						
Verlängerte Bürozeiten	1,138***	0,044	1,101	0,068	1,121	0,085
Rund um die Uhr	0,945	0,035	0,904*	0,054	1,122	0,082
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)						
Kennt nicht + Einblick	0,762***	0,029	0,844***	0,052	0,765***	0,058
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,521***	0,029	0,611***	0,054	0,542***	0,059
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)						
Gemeinsame Entscheidung	1,813***	0,095	1,443***	0,118	1,451***	0,144
Entscheidung Patientin/Patient	1,609***	0,076	1,248***	0,096	1,128	0,106
Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)						
Apothekerin/Apotheker	0,763***	0,038	0,827**	0,064	0,672***	0,066
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,862***	0,040	0,829**	0,062	0,780***	0,073
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,800***	0,038	0,750***	0,057	0,651***	0,061
Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)						
Zuteilung durch Krankenversicherung	0,744***	0,023	0,655***	0,032	0,744***	0,044
Krankenversicherungsprämien						
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie	0,997***	0,000	0,998***	0,001	0,998**	0,001
N	12,530		4,910		3,210	
R2	0,023		0,026		0,032	
Max, Possible R2	0,5		0,5		0,5	
Log Likelihood	-4,195,147		-1,637,911		-1,059,549	
Wald Test	274,910*** (df = 14)		118,210*** (df = 14)		97,290*** (df = 14)	
LR Test	294,840*** (df = 14)		127,530*** (df = 14)		105,905*** (df = 14)	
Score (Logrank) Test	288,040*** (df = 14)		124,307*** (df = 14)		102,996*** (df = 14)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.34 Ländliche Region: akute Situation

	Gesamt	
	Log Odds	SE
<i>Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>		
Apothekerin/Apotheker	0,653***	0,035
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,801***	0,041
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,793***	0,046
App	0,684***	0,041
Apothekerin/Apotheker × Ländliche Region	1,020	0,124
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Ländliche Region	1,046	0,123
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Ländliche Region	1,036	0,137
App × Ländliche Region	1,008	0,139
<i>Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)</i>		
Telefon	1,022	0,036
Videotelefonie	1,078**	0,040
Telefon × Ländliche Region	0,983	0,081
Videotelefonie × Ländliche Region	0,870*	0,073
<i>Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>		
Fachärztin/Facharzt	1,025	0,042
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,702***	0,031
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,805***	0,038
Fachärztin/Facharzt	0,964	0,091
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Ländliche Region	0,938	0,095
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Ländliche Region	0,857	0,092
<i>Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)</i>		
Verlängerte Bürozeiten	1,109***	0,039
Rund um die Uhr	1,237***	0,040
Verlängerte Bürozeiten × Ländliche Region	1,002	0,080
Rund um die Uhr × Ländliche Region	0,880*	0,066
<i>Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)</i>		
Kennt nicht + Einblick	0,840***	0,030
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,597***	0,028
Kennt nicht + Einblick × Ländliche Region	1,081	0,089
Kennt nicht + Keinen Einblick × Ländliche Region	1,013	0,109
<i>Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)</i>		
Gemeinsame Entscheidung	1,564***	0,064
Entscheidung Patientin/Patient	1,245***	0,052
Gemeinsame Entscheidung × Ländliche Region	1,011	0,094
Entscheidung Patientin/Patient × Ländliche Region	1,038	0,099
<i>Krankenkassenprämien</i>		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien	0,997***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien × Ländliche Region	1,001	0,001
N	19,570	
R2	0,023	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,558,415	
Wald Test	416,290*** (df = 32)	
LR Test	448,060*** (df = 32)	
Score (Logrank) Test	436,780*** (df = 32)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.35 Ländliche Region: Routineuntersuchung

	Gesamt	
	Log odds	SE
Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	0,896***	0,036
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,699***	0,039
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,752***	0,042
Fachärztin/Facharzt × Ländliche Region	0,879	0,082
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Ländliche Region	1,434***	0,181
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Ländliche Region	1,133	0,144
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,112***	0,039
Rund um die Uhr	0,934***	0,032
Verlängerte Bürozeiten × Ländliche Region	1,036	0,085
Rund um die Uhr × Ländliche Region	0,998	0,079
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,763***	0,027
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,525***	0,027
Kennt nicht + Einblick × Ländliche Region	1,157*	0,094
Kennt nicht + Keinen Einblick × Ländliche Region	1,179	0,137
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,691***	0,081
Entscheidung Patientin/Patient	1,451***	0,064
Gemeinsame Entscheidung × Ländliche Region	0,987	0,108
Entscheidung Patientin/Patient × Ländliche Region	1,119	0,113
Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,758***	0,034
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,850***	0,036
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,770***	0,034
Apothekerin/Apotheker × Ländliche Region	1,070	0,112
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Ländliche Region	1,012	0,100
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Ländliche Region	1,098	0,111
Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)		
Zuteilung durch Krankenversicherung	0,720***	0,020
Zuteilung durch Krankenversicherung × Ländliche Region	0,972	0,062
Krankenversicherungsprämie		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie	0,998***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie × Ländliche Region	0,999	0,001
N		18,230
R2		0,024
Max, Possible R2		0,5
Log Likelihood		-6,093,660
Wald Test		417,660*** (df = 28)
LR Test		448,753*** (df = 28)
Score (Logrank) Test		438,074*** (df = 28)

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.36 Weiblich: akute Situation

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,647***	0,044
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,817***	0,054
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,836**	0,062
App	0,730***	0,056
Apothekerin/Apotheker × Weiblich	1,029	0,099
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Weiblich	0,980	0,091
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Weiblich	0,912	0,095
App × Weiblich	0,885	0,095
Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)		
Telefon	1,024	0,047
Videotelefonie	1,029	0,049
Telefon × Weiblich	0,986	0,063
Videotelefonie × Weiblich	1,034	0,068
Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	1,067	0,057
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,722***	0,042
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,796***	0,047
Fachärztin/Facharzt × Weiblich	0,917	0,068
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Weiblich	0,923	0,074
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Weiblich	0,965	0,081
Öffnungszeiten (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,035	0,046
Rund um die Uhr	1,180***	0,049
Verlängerte Bürozeiten × Weiblich	1,148**	0,072
Rund um die Uhr × Weiblich	1,041	0,061
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,845***	0,039
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,637***	0,038
Kennt nicht + Einblick × Weiblich	1,017	0,066
Kennt nicht + Keinen Einblick × Weiblich	0,887	0,075
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,406***	0,073
Entscheidung Patientin/Patient	1,139**	0,061
Gemeinsame Entscheidung × Weiblich	1,242***	0,092
Entscheidung Patientin/Patient × Weiblich	1,211**	0,091
Krankenkassenprämien		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien	0,998***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien × Weiblich	0,999	0,001
N	19,570	
R2	0,023	
Max, Possible R2	0,500	
Log Likelihood	-6,555,022	
Wald Test	421,860*** (df = 32)	
LR Test	454,846*** (df = 32)	
Score (Logrank) Test	443,155*** (df = 32)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.37 Weiblich: Routineuntersuchung

	Gesamt	
	Log odds	SE
Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	0,859***	0,044
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,774***	0,053
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,795***	0,055
Fachärztin/Facharzt × Weiblich	1,041	0,076
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Weiblich	0,933	0,093
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Weiblich	0,944	0,094
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,089*	0,048
Rund um die Uhr	0,931*	0,040
Verlängerte Bürozeiten × Weiblich	1,064	0,068
Rund um die Uhr × Weiblich	1,007	0,062
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,812***	0,036
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,625***	0,040
Kennt nicht + Einblick × Weiblich	0,927	0,059
Kennt nicht + Keinen Einblick × Weiblich	0,749***	0,069
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,407***	0,083
Entscheidung Patientin/Patient	1,246***	0,068
Gemeinsame Entscheidung × Weiblich	1,452***	0,125
Entscheidung Patientin/Patient × Weiblich	1,429***	0,113
Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,752***	0,042
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,809***	0,043
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,758***	0,041
Apothekerin/Apotheker × Weiblich	1,047	0,085
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Weiblich	1,111	0,086
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Weiblich	1,074	0,085
Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)		
Zuteilung durch Krankenversicherung	0,762***	0,026
Zuteilung durch Krankenversicherung × Weiblich	0,880***	0,044
Krankenversicherungsprämie		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie	0,998***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie × Weiblich	0,998***	0,001
N	18,230	
R2	0,024	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,096,026	
Wald Test	409,160*** (df = 28)	
LR Test	444,020*** (df = 28)	
Score (Logrank) Test	432,037*** (df = 28)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.38 Über 5 Stunden Internetnutzung/Woche: akute Situation

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,586***	0,056
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,647***	0,060
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,780**	0,081
App	0,636***	0,068
Apothekerin/Apotheker × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,169	0,129
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,353***	0,145
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,039	0,124
App × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,109	0,137
Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)		
Telefon	0,989	0,063
Videotelefonie	0,884*	0,058
Telefon × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,042	0,077
Videotelefonie × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,258***	0,096
Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	0,858**	0,063
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,628***	0,049
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,609***	0,052
Fachärztin/Facharzt × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,261***	0,108
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,144	0,104
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,398***	0,137
Öffnungszeiten (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,064	0,066
Rund um die Uhr	1,168***	0,069
Verlängerte Bürozeiten × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,061	0,077
Rund um die Uhr × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,048	0,071
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,831***	0,054
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,558***	0,047
Kennt nicht + Einblick × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,036	0,077
Kennt nicht + Keinen Einblick × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,099	0,107
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,609***	0,118
Entscheidung Patientin/Patient	1,274***	0,094
Gemeinsame Entscheidung × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	0,962	0,082
Entscheidung Patientin/Patient × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	0,976	0,084
Krankenkassenprämien		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien	0,997***	0,001
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,001	0,001
N	19,570	
R2	0,024	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,548,332	
Wald Test	434,760*** (df = 32)	
LR Test	468,227*** (df = 32)	
Score (Logrank) Test	456,396*** (df = 32)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

© Obsan 2021

T 6.39 Über 5 Stunden Internetnutzung/Woche: Routineuntersuchung

	Gesamt	
	Log odds	SE
Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	0,733***	0,055
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,590***	0,061
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,704***	0,072
Fachärztin/Facharzt × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,262***	0,109
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,370***	0,161
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,123	0,131
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,011	0,067
Rund um die Uhr	0,823***	0,052
Verlängerte Bürozeiten × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,142*	0,086
Rund um die Uhr × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,179**	0,086
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,757***	0,050
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,528***	0,049
Kennt nicht + Einblick × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,053	0,079
Kennt nicht + Keinen Einblick × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,033	0,111
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,380***	0,122
Entscheidung Patientin/Patient	1,300***	0,105
Gemeinsame Entscheidung × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,296**	0,131
Entscheidung Patientin/Patient × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,183*	0,109
Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,741***	0,063
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,748***	0,059
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,718***	0,059
Apothekerin/Apotheker × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,051	0,102
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,192*	0,108
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,122	0,105
Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)		
Zuteilung durch Krankenversicherung	0,709***	0,037
Zuteilung durch Krankenversicherung × über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,011	0,060
Krankenversicherungsprämie		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie	0,997***	0,001
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie × Über 5 Stunden wöchentliche Internetnutzung	1,000	0,001
N	18,230	
R2	0,024	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-6,094,207	
Wald Test	414,750*** (df = 28)	
LR Test	447,659*** (df = 28)	
Score (Logrank) Test	436,385*** (df = 28)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020. © Obsan 2021
 Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.40 Einkommen über 9 000 CHF: akute Situation

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,695***	0,048
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,847**	0,057
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,877*	0,066
App	0,744***	0,058
Apothekerin/Apotheker × Personen mit hohem Einkommen	0,853	0,086
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Personen mit hohem Einkommen	0,926	0,091
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Personen mit hohem Einkommen	0,849	0,093
App × Personen mit hohem Einkommen	0,870	0,099
Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)		
Telefon	0,967	0,045
Videotelefonie	0,998	0,048
Telefon × Personen mit hohem Einkommen	1,175**	0,080
Videotelefonie × Personen mit hohem Einkommen	1,148**	0,080
Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	0,980	0,053
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,698***	0,040
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,769***	0,047
Fachärztin/Facharzt × Personen mit hohem Einkommen	1,090	0,086
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Personen mit hohem Einkommen	0,990	0,083
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Personen mit hohem Einkommen	1,077	0,096
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,143***	0,052
Rund um die Uhr	1,167***	0,049
Verlängerte Bürozeiten × Personen mit hohem Einkommen	0,931	0,062
Rund um die Uhr × Personen mit hohem Einkommen	1,059	0,065
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,900**	0,042
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,603***	0,037
Kennt nicht + Einblick × Personen mit hohem Einkommen	0,907	0,062
Kennt nicht + Keinen Einblick × Personen mit hohem Einkommen	0,998	0,089
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,455***	0,077
Entscheidung Patientin/Patient	1,190***	0,064
Gemeinsame Entscheidung × Personen mit hohem Einkommen	1,147*	0,089
Entscheidung Patientin/Patient × Personen mit hohem Einkommen	1,088	0,086
Krankenkassenprämien		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien	0,997***	0,000
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämien × Personen mit hohem Einkommen	1,000	0,001
N	17,670	
R2	0,023	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-5,914,123	
Wald Test	388,260*** (df = 32)	
LR Test	419,664*** (df = 32)	
Score (Logrank) Test	408,487*** (df = 32)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

T 6.41 Einkommen über 9 000 CHF: Routineuntersuchung

	Gesamt	
	Log odds	SE
Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Fachärztin/Facharzt	0,835***	0,044
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,738***	0,054
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	0,776***	0,057
Fachärztin/Facharzt × Personen mit hohem Einkommen	1,113	0,086
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Personen mit hohem Einkommen	1,070	0,113
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt × Personen mit hohem Einkommen	1,044	0,111
Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)		
Verlängerte Bürozeiten	1,087*	0,051
Rund um die Uhr	0,875***	0,040
Verlängerte Bürozeiten × Personen mit hohem Einkommen	1,041	0,071
Rund um die Uhr × Personen mit hohem Einkommen	1,141*	0,075
Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)		
Kennt nicht + Einblick	0,786***	0,037
Kennt nicht + Keinen Einblick	0,546***	0,037
Kennt nicht + Einblick × Personen mit hohem Einkommen	0,931	0,063
Kennt nicht + Keinen Einblick × Personen mit hohem Einkommen	0,916	0,089
Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)		
Gemeinsame Entscheidung	1,654***	0,105
Entscheidung Patientin/Patient	1,459***	0,084
Gemeinsame Entscheidung × Personen mit hohem Einkommen	1,086	0,099
Entscheidung Patientin/Patient × Personen mit hohem Einkommen	1,053	0,088
Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apothekerin/Apotheker	0,759***	0,045
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	0,811***	0,046
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	0,819***	0,047
Apothekerin/Apotheker × Personen mit hohem Einkommen	1,009	0,087
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss × Personen mit hohem Einkommen	1,129	0,092
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss × Personen mit hohem Einkommen	0,928	0,077
Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)		
Zuteilung durch Krankenversicherung	0,722***	0,027
Zuteilung durch Krankenversicherung × Personen mit hohem Einkommen	0,987	0,053
Krankenversicherungsprämie		
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie	0,998***	0,001
Veränderung der monatlichen Krankenversicherungsprämie × Personen mit hohem Einkommen	1,000	0,001
N	16,320	
R2	0,025	
Max, Possible R2	0,5	
Log Likelihood	-5,452,515	
Wald Test	377,660*** (df = 28)	
LR Test	407,132*** (df = 28)	
Score (Logrank) Test	397,013*** (df = 28)	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

6.6 Zukunftsszenarios

T 6.42 Zukunftsszenario Sensoren

	Sensoren Gesundheitszustand an Gesundheitsfachpersonen		Sensoren Gesundheitsverhalten an Krankenversicherung	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (<i>Referenzkategorie: Nein</i>)				
Ja	0,871	0,156	1,109	0,228
Sprachregion (<i>Referenzkategorie: Deutschschweiz</i>)				
Lateinische Schweiz	1,484**	0,287	1,106	0,223
Urbanisierungsgrad (<i>Referenzkategorie: Land</i>)				
Agglomeration/Stadt	1,080	0,222	1,143	0,286
Internetnutzung (<i>Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche</i>)				
5 bis 10 Stunden	1,155	0,274	1,366	0,358
Über 10 Stunden	1,908***	0,463	1,364	0,360
Alter (<i>Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige</i>)				
35- bis 49-Jährige	1,171	0,275	0,637	0,181
50- bis 64-Jährige	1,460	0,352	0,907	0,249
Über 64-Jährige	1,801**	0,513	1,103	0,343
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (<i>Referenzkategorie: Unter 5000 CHF</i>)				
5 001–9 000 CHF	0,933	0,197	1,060	0,242
Über 9 000 CHF	1,069	0,246	1,160	0,305
Geschlecht (<i>Referenzkategorie: Männlich</i>)				
Weiblich	0,988	0,172	0,842	0,165
Konstante				
1/2	1,031	0,501	2,764*	1,444
2/3	4,527***	2,221	12,306***	6,601
N	495		476	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.43 Zukunftsszenario: Pflege

	Betreuungsgutschriften		Pflegeroboter	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)				
Ja	1,077	0,206	1,263	0,233
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)				
Lateinische Schweiz	1,132	0,225	0,811	0,157
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)				
Agglomeration/Stadt	1,226	0,271	1,204	0,266
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)				
5 bis 10 Stunden	0,837	0,213	1,222	0,295
Über 10 Stunden	1,231	0,308	1,930***	0,482
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)				
35- bis 49-Jährige	1,049	0,273	0,785	0,203
50- bis 64-Jährige	0,950	0,246	1,260	0,337
Über 64-Jährige	1,762*	0,533	1,405	0,413
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)				
5 001–9 000 CHF	0,972	0,216	0,931	0,199
Über 9 000 CHF	0,825	0,206	0,966	0,229
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)				
Weiblich	0,995	0,180	0,664**	0,117
Konstante				
1/2	0,285**	0,150	1,318	0,652
2/3	2,320*	1,216	7,582***	3,823
N	460		471	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.44 Zukunftsszenario: Organisation

	Gesundheit als Bundesaufgabe		Einheitskasse		Abschaffung der Prämienregionen	
	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE	Odds ratio	SE
Personen mit chronischer Erkrankung (Referenzkategorie: Nein)						
Ja	0,907	0,177	1,254	0,244	0,861	0,170
Sprachregion (Referenzkategorie: Deutschschweiz)						
Lateinische Schweiz	0,723*	0,141	1,462*	0,305	1,132	0,237
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: Land)						
Agglomeration/Stadt	1,084	0,252	1,541*	0,367	1,646*	0,421
Internetnutzung (Referenzkategorie: Unter 5 Stunden in der Woche)						
5 bis 10 Stunden	1,216	0,316	1,327	0,333	0,803	0,210
Über 10 Stunden	1,470	0,382	1,272	0,307	0,897	0,240
Alter (Referenzkategorie: 18- bis 34-Jährige)						
35- bis 49-Jährige	1,070	0,275	1,716**	0,439	1,159	0,323
50- bis 64-Jährige	1,048	0,270	2,861***	0,775	1,321	0,375
Über 64-Jährige	0,809	0,252	1,159	0,337	1,013	0,312
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen (Referenzkategorie: Unter 5000 CHF)						
5 001–9 000 CHF	1,592**	0,353	1,009	0,224	0,900	0,210
Über 9 000 CHF	1,571*	0,403	0,603**	0,147	1,298	0,347
Geschlecht (Referenzkategorie: Männlich)						
Weiblich	0,716*	0,132	0,789	0,148	1,299	0,251
Konstante						
1/2	0,785	0,406	0,518	0,268	0,249**	0,130
2/3	5,337***	2,792	2,613*	1,352	1,037	0,538
N	440		492		451	

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

Signifikanzniveaus: * = $p < ,1$; ** = $p < ,05$; *** = $p < ,01$.

T 6.45 Zahlungsbereitschaft: akute Situation

Willingness to pay in CHF	Allgemeinbevölkerung	Personen mit einer chronischen Erkrankung	Personen unter 50 Jahren
<i>Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>			
Apothekerin/Apotheker	-161,40	-225,60	-91,80
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	-80,60	-124,70	-44,80
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	-86,20	-115,20	-66,90
App	-144,20	-193,90	-119,40
<i>Kontaktweg (ref. Level: Persönliches Vorbeigehen)</i>			
Telefon	6,80	16,70	-13,50
Videotelefonie	17,70	25,20	6,20
<i>Behandlungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>			
Fachärztin/Facharzt	7,20	-24,80	37,20
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	-140,40	-255,50	-70,80
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	-93,90	-142,80	-38,10
<i>Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)</i>			
Verlängerte Bürozeiten	39,50	62,70	42,00
Rund um die Uhr	71,70	110,20	69,80
<i>Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)</i>			
Kennt nicht + Einblick	-61,10	-71,90	-54,10
Kennt nicht + Keinen Einblick	-196,20	-258,80	-146,70
<i>Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)</i>			
Gemeinsame Entscheidung	171,10	236,50	105,60
Entscheidung Patientin/Patient	86,30	104,50	45,10

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021

T 6.46 Zahlungsbereitschaft: Routineuntersuchung

Willingness to pay in CHF	Allgemeinbevölkerung	Personen mit einer chronischen Erkrankung	Personen unter 50 Jahren
<i>Untersuchungsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>			
Fachärztin/Facharzt	-52,90	-75,80	-0,50
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	-116,10	-130,20	-46,70
Digital zugeschaltete/r Hausärztin/Hausarzt	-104,30	-113,60	-67,10
<i>Öffnungszeit (ref. Level: Bürozeiten)</i>			
Verlängerte Bürozeiten	44,80	33,40	45,10
Rund um die Uhr	-27,70	-46,30	-9,70
<i>Kontinuität (ref. Level: Kennt + Einblick)</i>			
Kennt nicht + Einblick	-97,10	-101,20	-66,20
Kennt nicht + Keinen Einblick	-245,60	-238,40	-206,00
<i>Entscheidung (ref. Level: Entscheidung Gesundheitsfachperson)</i>			
Gemeinsame Entscheidung	209,20	206,00	202,60
Entscheidung Patientin/Patient	157,00	141,90	142,90
<i>Koordinationsperson (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)</i>			
Apothekerin/Apotheker	-105,40	-95,60	-84,40
Pflegefachperson mit Hochschulabschluss	-63,60	-66,20	-39,50
Fachperson Gesundheit mit Lehrabschluss	-97,70	-63,60	-86,80
<i>Zuteilung Koordinationsperson (ref. Level: Eigene Wahl)</i>			
Zuteilung durch Krankenversicherung	-133,90	-130,80	-98,20

Quelle: Bevölkerungsbefragung Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – September und Oktober 2020.

© Obsan 2021



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.