

JAHRES- BERICHT 2025

CSSINSTITUT

Vor etwas mehr als fünf Jahren, im Oktober 2020, durfte ich die Leitung des CSS Instituts übernehmen. Damals lag der Forschungsfokus stark auf Versicherungsthemen, deckte den gesundheitsökonomischen Themenbereich also nur teilweise ab. Darüber hinaus lässt sich nicht alles, was gesundheitspolitisch relevant ist, empirisch beantworten; umgekehrt sind viele akademische Fragestellungen für die Praxis nur begrenzt relevant. Ich bin überzeugt, dass Wissenschaft dann Wirkung entfaltet, wenn sie über den akademischen Diskurs hinaus Orientierung bietet und als Grundlage für evidenzbasierte Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen dient. Ziel war es daher, das Institut thematisch breiter aufzustellen, den Fokus konsequent auf kausal beantwortbare Fragestellungen zu richten und aus den Ergebnissen konkrete Handlungsmöglichkeiten abzuleiten. Das vergangene Jahr zeigt erste Erfolge unserer Neuausrichtung.

Zunächst jedoch ein Blick zurück: Zwischen einer ersten Forschungsidee und der Veröffentlichung der Ergebnisse vergehen oft mehrere Jahre. Somit sassen wir im Herbst 2020 auf einem Berg von laufenden Forschungsarbeiten, die teilweise nicht zur neuen Strategie passten und entsprechend keine Priorität mehr genossen. Trotzdem wollten wir die gewonnenen Erkenntnisse nicht verloren gehen lassen und haben immer dann, wenn sich ein freies Zeitfenster ergab, daran weitergearbeitet. So konnten wir diese Projekte langsam, aber stetig, zum Abschluss bringen. Im vergangenen Jahr gelang schliesslich die Publikation der beiden letzten Arbeiten aus diesem Projektbestand. Eine davon, die auf eine Forschungsidee aus dem Jahr 2018 zurückgeht und die Ausweitung der Grundversicherung auf alternativmedizinische Therapien zum Thema hat, fassen wir im vorliegenden Bericht zusammen.

Inzwischen sind auch die ersten neuen Projekte fortgeschritten: Einige wurden bereits publiziert, andere befinden sich im Veröffentlichungsprozess. Dazu gehören zum Beispiel unsere Analysen zum differenzierten Selbstbehalt bei Arzneimitteln und zur Befreiung von der Kostenbeteiligung während der Schwangerschaft, die wir in den letzten Jahresberichten vorgestellt haben. Dieses Jahr präsentieren wir zwei Projekte, die sich mit den Auswirkungen des Angebots auf die Nachfrage

nach Gesundheitsleistungen beschäftigen: Einerseits analysieren wir die Gründe für regionale Unterschiede in den Gesundheitskosten und andererseits beschreiben wir die Effekte von ferienbedingten Abwesenheiten von Ärzten. Zudem geben wir im vorliegenden Bericht auch ein kurzes Update zu unseren Erkenntnissen zum Kostenwachstum für die Jahre 2015 bis 2024.

Besonders freut uns, dass unsere Forschung auch Wirkung in der gesundheitspolitischen Gestaltung entfalten konnte. Im Rahmen des zweiten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung, das im März 2025 verabschiedet wurde, hat der Gesetzgeber mit Art. 56a KVG die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenversicherer ihre Kundinnen und Kunden gezielt über kostengünstigere Leistungen informieren dürfen. Ein zentrales Argument in der politischen Diskussion bildete dabei unsere Forschungsarbeit zu den Generika-Mailings der CSS (siehe unseren Jahresbericht 2023). Zudem haben sich die Versicherer am dritten runden Tisch zur Kostendämpfung – gestützt auf unsere Erkenntnisse – verpflichtet, nach Inkrafttreten von Art. 56a KVG ihre Versicherten, die ein Originalpräparat bezogen haben, aktiv über günstigere Alternativen zu informieren. Damit zeigt sich exemplarisch, wie die Verbindung von empirischer Forschung und gesundheitspolitischen Fragestellungen zu konkreten Systemwirkungen beitragen kann.

Es macht uns stolz, dass wir als kleines, privat finanziertes Forschungsinstitut qualitativ hochstehende Forschung betreiben können. Dieser Erfolg ist in erster Linie dem grossen Engagement und der fachlichen Expertise des Teams zu verdanken. Gemeinsam gelingt es uns, Forschung nicht nur erfolgreich zu publizieren, sondern auch in die Praxis zu tragen und damit einen nachhaltigen Beitrag zur evidenzbasierten Weiterentwicklung des Schweizer Gesundheitswesens zu leisten.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!



Christian P.R. Schmid
Februar 2026

Impressum

Herausgeber:
CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie
Tribtschenstrasse 21
Postfach 2568
6002 Luzern

Autoren:
Caroline Chuard-Keller
Christian P.R. Schmid
Nicolas Schreiner

Die Grafiken auf der Titel- und Rückseite basieren auf «A Doctor's Holiday Keeps the Patient Away: Access Frictions and Healthcare Demand» von Linn Hjalmarsson und Nicolas Schreiner und stellt den Anteil abwesender Hausärzte in der jeweiligen Kalenderwoche dar.

Februar 2026



www.css-institut.ch

Die Deckung der obligatorischen Krankenversicherung wird stetig ausgebaut. Welche Konsequenzen hat das für die Kosten in der Grundversicherung und auf das Verhalten der Leistungserbringer? Wir haben das am Beispiel der Komplementärmedizin analysiert. *Von Christian P.R. Schmid*

Am 17. Mai 2009 stimmte das Schweizer Volk «für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin» durch Bund und Kantone im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeit, wobei die Zustimmung bei 67% lag. Im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung wurde der neue Verfassungsartikel durch die Aufnahme von vier Behandlungsmethoden in den «Leistungskatalog» umgesetzt: Ärztliche Leistungen im Bereich der anthroposophische Medizin, Akupunktur sowie Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM), Homöopathie und Phytotherapie sind seit 2012 durch die Grundversicherung gedeckt. Vorher mussten diese Behandlungen entweder durch die Patienten aus der eigenen Tasche oder durch eine private Zusatzversicherung bezahlt werden. Daraus ergeben sich zwei Fragen: Was sind die finanziellen Konsequenzen für die Grundversicherung und wie verändert sich das Verhalten der Ärzte durch diese Deckungsausweitung?

ÄRZTE IM VERGLEICH

Für unsere Analysen nutzen wir aus, dass komplementärmedizinische Leistungen nur von Ärzten abgerechnet werden können, die über eine entsprechende Weiterbildung verfügen. Weiter ist wichtig, dass diese Weiterbildungen bereits lange vor der Abstimmung und deren Umsetzung absolviert werden konnten. Entsprechend gab es Ärzte, die bei der Aufnahme der vier komplementärmedizinischen Leistungen in die Grundversicherung bereits über eine Weiterbildung verfügten, aber auch Ärzte ohne solche Weiterbildung. Durch einen Vergleich dieser beiden Ärzteguppen über die Zeit, können wir die Auswirkungen der Deckungsausweitung untersuchen. Dabei stellen Ärzte ohne komplementärmedizinische Weiterbildung die «Kontrollgruppe» dar, weil sich für sie direkt nichts geändert hat.

DATEN AUS ZWEI QUELLEN

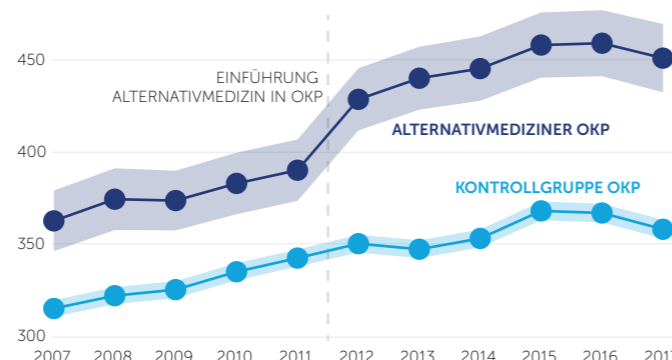
Um das Verhalten der Ärzte zu analysieren, verwenden wir Daten aus zwei Quellen, die beide den Zeitraum von 2007 bis 2017 umfassen. Einerseits nutzen wir den «Datenpool» von SASIS, der praktisch alle von den Schweizer Krankenversicherern gedeckten Leistungen

in der Grundversicherung enthält. Diese Daten haben den Vorteil, dass sich die finanziellen Konsequenzen der Deckungsausweitung sehr präzise beurteilen lassen. Andererseits nutzen wir Daten der CSS, die rund einen Sechstel der Bevölkerung versichert. Diese Daten haben den Vorteil, dass sie auch durch die Zusatzversicherung bezahlte Leistungen enthalten. Das ermöglicht uns, die Reaktion der Ärzte auf die Deckungsausweitung vertieft zu analysieren. Obwohl die CSS Daten nur eine Teilmenge des Datenpools darstellen, sind sie durchaus vergleichbar und insbesondere in den für uns wichtigen Arztleistungen sehr ähnlich: Im Datenpool betragen die Arztleistungen pro Patient vor der Deckungsausweitung für die Ärzte mit komplementärmedizinischer Weiterbildung 381 Franken, während es in den CSS Daten 380 Franken sind. In der Kontrollgruppe sind es 333 bzw. 334 Franken, die beiden Datenquellen unterscheiden sich auch hier nur um einen Franken.

FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN

Die unten stehende Grafik zeigt den Verlauf der Kosten pro Patient für die Gruppe der «Alternativmediziner», also Ärzte mit einer entsprechenden Weiterbildung vor der Deckungsausweitung, und der Kontrollgruppe. Dabei sind zwei Dinge bemerkenswert: Erstens sind die Arztleistungen der Alternativmediziner deutlich höher als diejenigen der Kontrollgruppe, aber sie weisen bis 2011 einen parallelen Verlauf auf. Zweitens kommt es zum Zeitpunkt der Deckungsausweitung, also per 2012, zu einem deutlichen Kostenanstieg bei den Alternativ-

IN DER GRUNDVERSICHERUNG SPRINGEN DIE KOSTEN SOFORT
JÄHRLICHE DURCHSCHNITTSKOSTEN PRO PATIENT

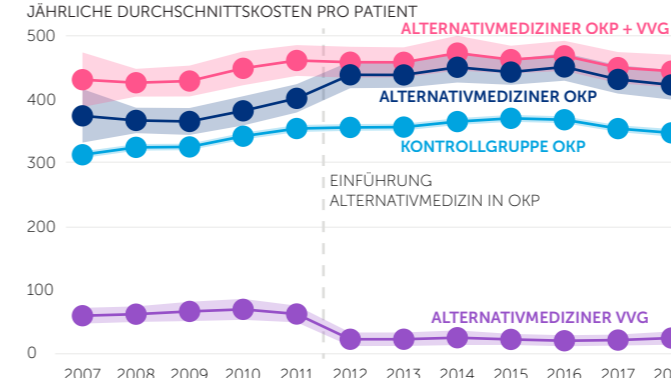


mediziner. Dieser beträgt rund 25 Franken pro Patient, was 7.1% der Arztleistungen entspricht. Unsere Auswertung zeigt, dass dieser Kostenzuwachs fast ausschliesslich durch homöopathisch tätige Ärzte verursacht wird, bei denen die Kosten um rund 70 Franken pro Patient anstiegen. Die Aufnahme der vier Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog hat also die Kosten in der Grundversicherung erhöht. Allerdings wissen wir noch nicht, ob sich diese Erhöhung durch eine Verhaltensänderung oder eine Verlagerung der Kosten aus der Zusatz- in die Grundversicherung erklären lässt.

KEINE VERHALTENSÄNDERUNG

Betrachtet man nun den Kostenverlauf in der zweiten Grafik, die nur auf den CSS Daten basiert, weist dieser ein sehr ähnliches Muster auf. Der Trend in den beiden Gruppen vor der Deckungsausweitung ist nahezu parallel, im Jahr 2012 kommt der Anstieg bei den Alternativmediziner. Allerdings ist diese Grafik um zwei weitere Linien ergänzt. Die violette Linie unten zeigt den Verlauf der durch die Zusatzversicherung gedeckten Kosten für alternativmedizinische Leistungen, die rote Linie oben zeigt die insgesamt durch die Alternativmediziner verursachten Kosten, also die Summe aus Grund- und Zusatzversicherung. Die violette Linie zeigt auf das Jahr 2012 hin einen Rückgang, was wenig erstaunt, denn ein Teil der Komplementärmedizin wird ja nun von der Grundversicherung gedeckt. Interessant ist jedoch der Vergleich der roten Linie und dem Verlauf in der Kontrollgruppe. Hier ergibt sich nun keine Differenz mehr auf das Jahr 2012 hin, das heisst, die Alternativmediziner haben aufgrund der Deckungsausweitung nicht mehr Leistungen erbracht, sie werden lediglich anders finanziert als vorher.

VERSCHIEBUNG DER KOSTEN ZUR ALLGEMEINHEIT
JÄHRLICHE DURCHSCHNITTSKOSTEN PRO PATIENT



VERTEILUNGSEFFEKTE

Es gibt mehrere Möglichkeiten, weshalb es zu keiner Mengenausweitung kommt. Erstens könnte es ein, dass die Nachfrage nach alternativmedizinischen Leistungen nicht sehr preissensitiv ist. Es ist also möglich, dass die Präferenzen der Versicherten eine viel wichtiger Rolle spielen als die Versicherungsdeckung. Zweitens hat sich für die Versicherten vielleicht gar nicht so viel verändert, denn rund zwei Drittel verfügten vor 2012 bereits über eine Zusatzversicherung, die alternativmedizinische Leistungen bezahlt. Wenn eine Kundengruppe keine Präferenz für die Leistung hat und die andere keine echte Veränderung erfährt, ist das Ausbleiben einer Mengenreaktion auch nicht erstaunlich. Interessant ist in diesem Zusammenhang aber, dass die Zustimmung zum Verfassungsartikel und der Anteil der Bevölkerung mit einer Zusatzversicherung für Komplementärmedizin sehr ähnlich sind. Es besteht also die Möglichkeit, dass sich die Mehrheit eine Leistung solidarisch durch eine Minderheit mitfinanzieren lässt, obwohl diese keinerlei Präferenz für diese Leistung hat.

FORTWÄHRENDER LEISTUNGS-AUSBAU

Letztlich geht es also darum, was alles in die Grundversicherung gehört, und auch um die Frage nach der gerechten Verteilung der Gesundheitskosten. Im vorliegenden Fall kann man argumentieren, dass der Betrag relativ klein ist, denn heute fallen schweizweit nur gerade einmal 18 Millionen Franken für die Komplementärmedizin in der Grundversicherung an. Andererseits gab es vor der Reform einen funktionierenden Markt und Versicherungsprodukte, welche die Bedürfnisse der Versicherten in diesem Bereich abgedeckt haben. Es ist daher fraglich, ob aus ökonomischer Sicht die Deckungsausweitung gerechtfertigt war. In der Tendenz nahm der solidarisch finanzierte Anteil – und damit die Prämien in der Grundversicherung – über die letzten Jahre stetig zu, während die private Finanzierung zurückging. Mit Blick auf die steigende Prämienlast wäre es daher wünschenswert, wenn der Trade-off zwischen Leistungsumfang und Prämie in der politischen Diskussion mehr Gewicht erhalten würde.

Dieses Papier wurde von Christian P.R. Schmid vom CSS Institut gemeinsam mit Boris Kaiser von BSS und Andreas Kohler von der ZHAW verfasst.

Regionale Unterschiede bei Gesundheitskosten: Was verraten Umzüge innerhalb der Schweiz über Angebot und Nachfrage? Die Antwort darauf gibt Einblicke, wo Angebotssteuerung sinnvoll ist – und wo nicht. *Von Caroline Chuard-Keller*

Die Gesundheitskosten unterscheiden sich in der Schweiz stark je nach Region. Im Durchschnitt liegen die jährlichen Pro-Kopf-Kosten in unserem Datensatz über alle Versorgungsregionen (Hospital Service Areas, kurz HSAs) bei rund CHF 2'400 – zugleich sind die Unterschiede substantiell. HSAs sind funktionale Versorgungsräume (in der Schweiz 74), die anhand von Patientenströmen definiert sind und regionale Analysen entlang tatsächlicher Versorgungswege erlauben. Besonders hohe Ausgaben finden sich in urbanen Zentren wie Genf und Basel-Stadt, während zentrale deutschsprachige Regionen tendenziell tiefer liegen; die Rangfolge der Regionen über die Jahre ist erstaunlich stabil. Das führt zur entscheidenden Frage: Sind diese regionalen Unterschiede vor allem Ausdruck unterschiedlicher Nachfrage – oder spiegeln sie Unterschiede im Angebot und in der Leistungserbringung wider?

UMZÜGE ALS IDENTIFIKATIONSSTRATEGIE

Wenn Menschen von einer Versorgungsregion in eine andere ziehen, wechseln sie nicht nur die Adresse, sondern auch das lokale Versorgungsumfeld. Genau diese Veränderung nutzen wir, um zu messen, wie stark sich die Inanspruchnahme nach einem Umzug an das neue regionale Niveau anpasst: Zieht zum Beispiel jemand aus einer teuren Genfersee-Region in die vergleichsweise günstige Region Uri, dann würden bei einem 100-prozentigen Angebotseffekt die Gesundheitskosten nach dem Umzug sofort auf das tiefere Uri-Niveau fallen. Bei einem 100-prozentigen Nachfrageeffekt würde dieselbe Person ihren Konsum dagegen gar nicht anpassen und trotz Umzug auf dem hohen ursprünglichen Niveau bleiben.

DETAILLIERTE DATEN ENTSCHEIDEND

Wir verwenden administrative Daten der CSS (2010–2022) und verfolgen Personen, die einmalig über HSAs hinweg umziehen und nach dem Umzug tatsächlich einen grossen Teil ihrer Leistungen in der Zielregion beziehen. Der empirische Ansatz folgt dem Movers-Design von Finkelstein et al. (2016) und wird als Event-Study umgesetzt. Sprich, wir schauen uns jeweils die

Jahre vor und nach einem Umzug an und aggregieren über die Umzüge aller unserer Umzügler hinweg. Die CSS-Daten sind reich an Detailinformationen und erlauben eine präzise Verfolgung individueller Verläufe um den Umzug. Allerdings sind sie nicht notwendigerweise repräsentativ für die gesamte Wohnbevölkerung, insbesondere im Fall von Umzügen, welche einen Versicherungswechsel begünstigen könnten. Deshalb replizieren wir die zentralen Resultate zusätzlich mit Individualdaten des BAG (gesamte Wohnbevölkerung, 2019–2023). Dies dient zur externen Validierung.

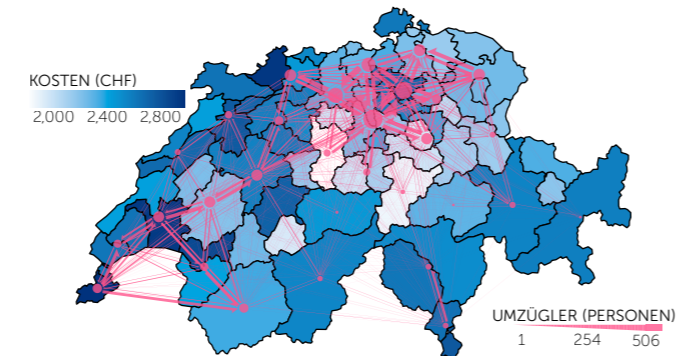
NACHFRAGESEITE MIT 60% HAUPTTREIBER

Für die Gesamtkosten zeigt unsere Analyse, dass der grössere Teil der regionalen Unterschiede auf die Nachfrageseite zurückgeht: Rund 60% lassen sich durch nachfrageseitige Faktoren erklären. Zu diesen zählen mögliche Unterschiede in Gesundheitszustand und Morbidität, Altersstruktur, Risikoverhalten, Gesundheitskompetenz, sozioökonomische Lage, aber auch Präferenzen und Erwartungen an medizinische Versorgung. Die restlichen 40% fallen entsprechend auf angebotsseitige Faktoren wie beispielsweise Dichte und Zusammensetzung von Anbietern, Erreichbarkeit oder regionale Praxisstile.

AUCH ANGEBOT ZÄHLT – JE NACH BEREICH

Die Angebotswirkung ist je nach Leistungsbereich sehr unterschiedlich. Besonders wenig angebotsgetrieben sind Bereiche mit stärkerer Patientenpräferenz bzw.

TEURES ANGEBOT ODER TEURE PATIENTEN?
ANZAHL UMZÜGLER UND REGIONALE GESUNDHEITSKOSTEN PRO PERSON

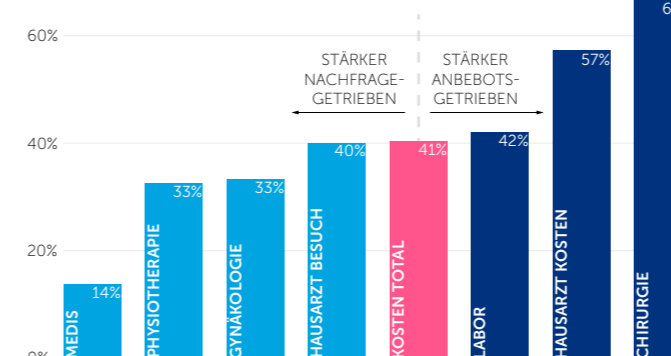


geringerer ärztlicher Diskretion – etwa verschreibungspflichtige Medikamente (14%) oder Physiotherapie (33%). Deutlich stärker angebotsgetrieben sind Leistungen mit mehr Spielraum in Diagnostik und Behandlungsintensität wie Labor (42%) oder Hausarzt-Gesamtkosten (57%). Auch innerhalb der Spezialistinnen und Spezialisten sind die Unterschiede gross – etwa zwischen Gynäkologie (33%) und Chirurgie (67%) was dazu passt, dass chirurgische Leistungen häufiger eingriffsbezogene Entscheidungen beinhalten, während viele gynäkologische Leistungen stärker standardisiert sind. Ein aufschlussreiches Muster zeigt sich bei den Hausärzten: Der erste Kontakt (Hausarzt-Besuch) ist vergleichsweise weniger angebotsgetrieben, die Folgeleistungen (und damit die Gesamtkosten) dagegen deutlich stärker – konsistent mit der Idee, dass Anbieter besonders die Behandlungsintensität prägen.

JÜNGERE STÄRKER ANGEBOTSGETRIEBEN

Bei den unter 45-Jährigen ist die geschätzte Angebotskomponente mit 68% deutlich höher als bei den über 45-Jährigen (30%). Das spricht dafür, dass jüngere Personen ihre Inanspruchnahme nach einem Umzug stärker an das neue regionale Versorgungsniveau anpassen – etwa, weil sie weniger durch chronische Erkrankungen und etablierte Behandlungspfade gebunden sind und dadurch flexibler auf lokale Strukturen reagieren. Nach Geschlecht sind die Gesamteffekte insgesamt sehr ähnlich, was darauf hindeutet, dass Männer und Frauen im Aggregat vergleichbar stark auf regionale Unterschiede reagieren. Auf der Ebene einzelner Leistungsarten zeigen sich jedoch teils Abweichungen: bei bestimmten Leistungen wie z.B. Laborleistungen unterscheiden sich die Anpassungsmuster deutlich.

GROSSE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN LEISTUNGSARTEN
EINFLUSS DES ANGEBOTS AUF DIE HÖHE DER BEZOGENEN LEISTUNGEN



CSS-DATEN REPRÄSENTATIV

In den BAG-Daten fällt die geschätzte Angebotskomponente der totalen Kosten niedriger aus (rund 22%). Der Unterschied erklärt sich vor allem dadurch, dass dort wichtige Einschränkungen (z.B. «nicht exponierte» Umzüge oder Umzüge aufgrund gesundheitlicher Veränderungen) nicht gleich umgesetzt werden können. Die Angebotswirkung wird dadurch mechanisch nach unten verzerrt. Interessanterweise verschwinden die Unterschiede weitgehend, sobald wir in den CSS-Daten dieselben (weniger restriktiven) Kriterien anwenden wie in den BAG-Daten: Ohne diese relevanten Einschränkungen liegt die geschätzte Angebotskomponente auch in den CSS-Daten bei nur rund 19% und damit sehr nahe am BAG-Wert. Es zeigt sich also, dass die CSS-Daten den Gesamtmarkt sehr gut abdecken und sogar von Vorteil sein können, aufgrund des Detailgehalts.

FOLGEN FÜR POLITIK UND VERSORGUNG

Was bedeuten diese Ergebnisse für Politik und Versorgung? Erstens: Ein grosser Teil regionaler Kostenunterschiede hängt mit der Nachfrageseite zusammen. Reine Angebotssteuerung kann daher nur einen Teil der Varianz adressieren. Zweitens: Dort, wo die Angebotswirkung hoch ist (z.B. Diagnostik, chirurgische Leistungen, Intensität von Behandlungen), sind gezielte Hebel besonders relevant – etwa über Anreize, Leitlinien, Transparenz oder organisatorische Modelle, die Behandlungsentscheidungen strukturieren.

FAZIT

Umzüge innerhalb der Schweiz liefern einen selten klaren Blick darauf, warum Gesundheitskosten regional so stark variieren. Insgesamt sind Unterschiede eher nachfrage- als angebotsgetrieben – aber je nach Leistungsbereich und Altersgruppe verschieben sich die Gewichte stark. Genau diese Differenzierung ist entscheidend, wenn man Massnahmen zur Effizienzsteigerung gezielt dort ansetzen will, wo sie am meisten bewirken.

Dieses Papier wurde von Caroline Chuard-Keller vom CSS Institut gemeinsam mit Philip Hochuli von der Universität Bern und der CSS verfasst.

Wie reagieren Patienten wenn der Hausarzt temporär abwesend ist? Hat dieser erschwerte Zugang zur Grundversorgung negative Folgen für die Kosten und Gesundheit? Unsere Analyse liefert Ein-sichten für die Organisation der ersten Anlaufstelle im Gesundheitssystem. *Von Nicolas Schreiner*

«A bed built is a bed filled» – dieses als Roemer’s Law bekannte Prinzip beschreibt ein klassisches Phänomen im Spitalwesen: Werden Kapazitäten ausgeweitet, folgt oft auch eine entsprechende Nachfrage nach diesen Leistungen. Unklar ist, ob diese Gesetzmässigkeit auch für die Grundversorgung gilt. Während Spitäler meist am Ende von Behandlungspfaden stehen, fungieren Hausärzte als erste Anlaufstelle und nehmen eine Schlüsselrolle bei der Koordination weiterer Abklärungen und Therapien ein. Sollte eine höhere Verfügbarkeit auch in der Grundversorgung zusätzliche Nachfrage generieren, könnte dies daher auf das ganze System auswirken. Dem steht die Hypothese gegenüber, dass ein eingeschränkter Zugang zur Grundversorgung notwendige Untersuchungen und Behandlungen verhindert, wodurch Risiken unentdeckt bleiben und sich gesundheitliche Probleme später in schwereren, kostspieligeren Verläufen manifestieren könnten. Dieses Spannungsfeld zwischen unnötiger Mengenausweitung und gefährlicher Unterversorgung steht im Zentrum vieler aktueller gesundheitspolitischer Debatten.

TRENNUNG VON ANGEBOT UND NACHFRAGE

Den kausalen Einfluss der Verfügbarkeit von Grundversorgung auf die Nachfrage präzise zu isolieren, ist methodisch ausserordentlich anspruchsvoll. In der Realität sind Angebot und Nachfrage untrennbar miteinander verflochten. Ärzte lassen sich verständlicherweise eher dort nieder, wo sie einen hohen Bedarf vermuten. Beobachten wir also, dass in Regionen mit hoher Hausärztedichte auch häufiger Arztbesuche stattfinden, bleibt unklar, ob das Angebot die Nachfrage erst schafft oder ob eine höhere Krankheitslast schlicht mehr Mediziner anzieht. Diese wechselseitige Abhängigkeit stellt das zentrale Identifikationsproblem vieler Analysen dar.

FERIEN DES HAUSARZTES ALS INSTRUMENT

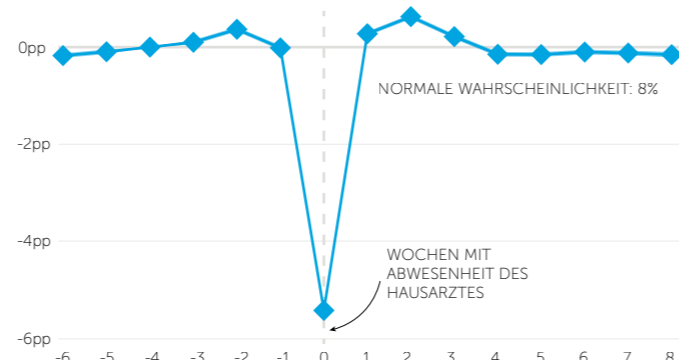
Um diese gegenseitige Abhängigkeit zu durchbrechen, nutzen wir ein natürliches Experiment: Ferienabwesenheiten der Hausärzte. Die Urlaubsplanung von Mediziner folgt primär persönlichen Präferenzen und wird nicht durch kurzfristige Schwankungen im Gesund-

heitszustand ihrer Patienten bestimmt. Hierin liegt der entscheidende methodische Vorteil: Eine vorübergehend geschlossene Praxis stellt eine temporäre, klar definierte Erhöhung der Zugangsbarriere dar, die unabhängig vom individuellen Bedarf entsteht. Indem wir die Nachfrage in den Wochen vor, während und nach einer solchen Abwesenheit analysieren und mit dem Verhalten einer Kontrollgruppe aus ähnlichen Patienten vergleichen, deren Hausarzt verfügbar bleibt, lässt sich der Effekt dieser Hürde präzise isolieren. Zudem bereinigt dieses Forschungsdesign automatisch saisonale Muster, wie etwa die Tatsache, dass in bestimmten Wochen auch viele Patienten selbst verreisen und so die Nachfrage unabhängig vom Angebot sinkt. Unsere empirische Analyse stützt sich auf Daten von 1.8 Millionen CSS-Versicherten im Zeitraum von 2015 bis 2024.

NACHFRAGE BRICHT EIN – KEIN AUSWEICHEN

Die Ergebnisse sind eindeutig: Weilt der eigene Hausarzt in den Ferien, sinkt die Wahrscheinlichkeit eines Besuchs in der Grundversorgung massiv um rund 75%. Zwar lässt sich eine leichte Zunahme von Konsultationen in ambulanten Notfallaufnahmen beobachten, doch fällt diese im Vergleich zur starken Reduktion der Hausarztbesuche kaum ins Gewicht. Es findet somit keine systematische Ausweichbewegung zu anderen Anbietern statt. Zudem verschieben Patienten ihre Konsultationen auch nicht einfach zeitlich. Wir finden weder Anzeichen für «vorsorgliche» Termine kurz vor dem Urlaub oder eine Nachholwelle nach der Rück-

BEI FERIEN DES HAUSARZTS NIMMT NACHFRAGE EINE AUSZEIT
WAHRSCHEINLICHKEIT BESUCH BEI GRUNDVERSORGERN RUND UM ABWESENHEIT



kehr. Ist die vertraute Praxis geschlossen, werden viele Besuche nicht verlagert, sondern schlicht ausgelassen.

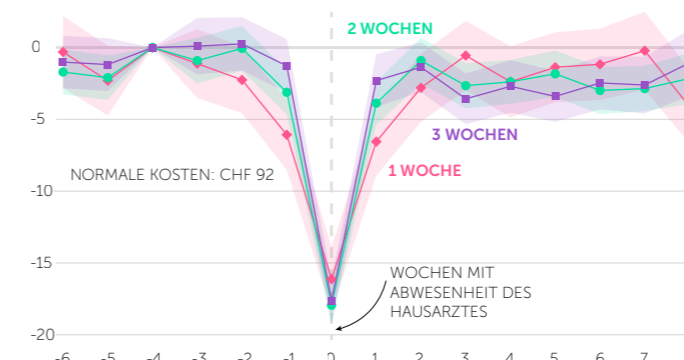
HAUSÄRZTE ALS KATALYSATOREN DES SYSTEMS

Parallel zum Rückgang der Kontakte fallen die gesamten Gesundheitskosten während den Abwesenheitswochen um rund 19%, was etwa 18 Franken pro Woche und Patienten entspricht. Diese Reduktion ist nicht allein eine mechanische Folge der fehlenden Konsultationen, sondern auch weil ohne Hausarzt die Nachfrage nach anderen Gesundheitsleistungen sinkt. Bei den Arzneimittelkosten zeigt sich ein Minus von 24%, das nach der Rückkehr des Arztes schnell wieder auf das Normalniveau steigt. Spezialistenbesuche gehen während den Hausarztferien zwar «lediglich» um etwa 10% zurück, allerdings dauert es nach der Rückkehr mehr als einen Monat, bis sie wieder die übliche Häufigkeit erreichen. Viele Facharztkontakte scheinen durch Überweisungen aus der Grundversorgung ausgelöst zu werden, die bei einer Abwesenheit nicht einfach kompensiert werden. Interessanterweise unterscheiden sich diese Effekte jedoch nicht zwischen Modellen mit freier oder eingeschränkter Arztwahl.

GESUNDHEITLICHE KONSEQUENZEN?

Angesichts der hohen Zahl entfallener Arztkontakte drängt sich die Sorge auf, ob sich eine solche Unterbrechung nicht mittel- bis langfristig negativ auswirkt. Sollten notwendige Abklärungen ausbleiben oder Symptome nicht zeitnah beurteilt werden, wäre in den Folgewochen eine «Nachholwelle» mit mehr Konsultationen, gar mehr Spitaleintritten, oder zumindest höhere Gesamtkosten zu erwarten. Wir haben daher untersucht, was in den zwei Monaten nach der Rückkehr des

KURZE UND LANGE AUSZEITEN MIT GLEICHEN KONSEQUENZEN
WÖCHENTLICHE GESUNDHEITSKOSTEN UND DAUER DER ABWESENHEIT



Hausarztes geschieht. Bemerkenswerterweise finden sich keinerlei Hinweise auf negative Konsequenzen. Weder steigen die Hausarztbesuche noch die Notfallkonsultationen über das übliche Mass hinaus, und auch die Gesamtkosten weisen keine Sprünge auf, die auf eskalierte Behandlungen hindeuten würden. Die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung verbleibt nach der Abwesenheit sogar stets leicht tiefer als üblich. Dabei finden wir keine signifikanten Unterschiede ob die Abwesenheit nur eine Woche oder drei Wochen am Stück dauert. Wenn überhaupt, dann scheint die anschliessende Gesundheitsnachfrage mittelfristig auf ein umso tieferes Niveau zu sinken, je länger der gewohnte Zugang zur Grundversorgung unterbrochen war.

GRUNDVERSORGUNG NACHFRAGESEITIG STÄRKEN

Bei Debatten zur Entlastung der hausärztlichen Medizin sollte daher die Reduktion unnötiger Konsultationen und eine verbesserte Steuerung der Patientenströme stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik rücken. Da sich die medizinische Notwendigkeit oft erst im Nachhinein beurteilen lässt, stellt dies eine Herausforderung dar. Eine mögliche Konsequenz wäre deshalb nicht, den Zugang pauschal zu erschweren oder zu verteuern, sondern die erste Anlaufstelle stärker zu differenzieren. Vermeintlich «akute» Anliegen könnten zuerst über effizientere Kanäle wie eine standardisierte Triage oder direkt über andere Leistungserbringer abgewickelt werden. Denkbar wäre auch eine Lenkung hin zu unpersönlicheren Versorgungssettings, die zwar erreichbar, aber weniger «bequem» sind. So würden medizinisch nicht gerechtfertigte Besuche stärker mit der eigenen (Warte-)Zeit statt mit Systemkosten und Zeit der Hausärzte sowie anderer Patienten bezahlt – ähnlich wie dies in ambulanten Notfallaufnahmen der Fall ist. Dies würde Hausärzten den nötigen Freiraum verschaffen, um sich intensiver den tatsächlich komplexen und chronisch kranken Patienten zu widmen. Wer die Grundversorgung stärken möchte, sollte nicht nur die Anzahl Hausärzte, sondern auch die Nachfrageentstehung thematisieren. So können knappe und wertvolle ärztliche Ressourcen dort eingesetzt werden, wo sie den grössten medizinischen Nutzen stiften.

Dieses Papier wurde von Linn Hjalmarsson und Nicolas Schreiner vom CSS Institut verfasst.

Von 2015 bis 2024 sind die jährlichen Kosten in der Grundversicherung bei der CSS pro Person um 797 Franken gestiegen. Ein beträchtlicher Teil dieses Anstiegs lässt sich durch die Aufnahme neuer Leistungen in den «Leistungskatalog» der Grundversicherung erklären.

Im Jahr 2015 lagen die Kosten pro Person in der CSS Grundversicherung bei 3,613 Franken, 10 Jahre später betragen sie bereits 4,410 Franken. Der Anstieg von 797 Franken pro Person lässt sich auf mehrere Faktoren zurückführen, wobei die in unserem Bericht zur Entwicklung der Gesundheitskosten beschriebenen Trends grösstenteils fortgeschrieben werden. So haben Arztleistungen und Medikamente mit 303 bzw. 219 Franken pro Kopf immer noch den grössten Anteil am Anstieg der Kosten, während die Kosten im stationären Bereich weiterhin schrumpfen. Die Kosten pro Kopf für andere Leistungen wie bspw. Labor, Physiotherapie oder Pflege sind wiederum moderat gewachsen und haben je zwischen 44 und 69 Franken zugenommen. Auch zeigt sich, dass die Alterung lediglich einen Sechstel des Kostenwachstums erklärt und das relative Wachstum in den jüngeren Altersgruppen deutlich grösser ist als bei den älteren. Im Folgenden beleuchten wir einige Faktoren, mit denen sich diese Trends erklären lassen.

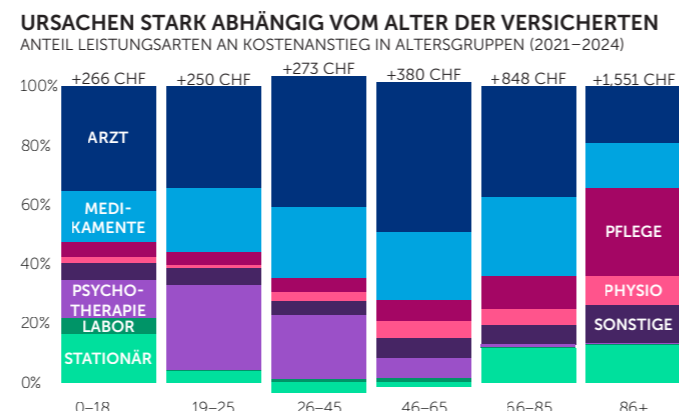
NEUE MEDIKAMENTE ALS KOSTENTREIBER

Im langjährigen Schnitt liegt der Kostenanteil der ambulanten Medikamente in der Grundversicherung bei über 20 Prozent. Trotz eines leichten Aufwärtstrends aufgrund der fortschreitenden Ambulantisierung ist dieser Anteil einigermassen stabil geblieben (wie viel wir insgesamt für Medikamente ausgeben, ist unbekannt, weil die im stationären Bereich abgegebenen Medikamente nicht separat erfasst werden). Wenn aber der Anteil einer Kostengruppe an den Gesamtkosten über die Jahre stabil bleibt, muss der Beitrag zum Kostenwachstum diesem Anteil entsprechen. Genau das zeigt dann auch ein Blick in die Daten: Die Kosten für von Ärzten und Apothekern abgegebene Medikamente sind um 158 Franken gestiegen, also rund 19.9 Prozent von 797 Franken. Grund für diesen Kostenanstieg sind «neue» Medikamente, die nach 2015 in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen wurden. Zwar nahm der Anteil an Patienten, die ein «altes» Medikament nutzen, zwischen 2015 und 2024 auch leicht zu, aber diese Medikamente wurden über die Jahre auch günstiger. Hätte es 2024 nur die bereits 2015 er-

hältliche Medikamente gegeben, wären die Medikamentenkosten heute vermutlich tiefer als früher. Bei den neuen Medikamenten sieht es hingegen komplett anders aus: Der Anteil Bezüger stieg von null auf 21 Prozent, wodurch die Medikamentenkosten pro Kopf deutlich zunahm. Das bedeutet, dass die Aufnahme neuer Medikamente in den Leistungskatalog das gesamte Kostenwachstum in dieser Kostengruppe erklärt.

KLEINE ÄNDERUNGEN MIT GROSSEN FOLGEN

Ein weiterer Ausbau des Leistungskatalogs im betrachteten Zeitraum war die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Seit Mitte 2022 können psychologische Psychotherapeuten auf Anordnung eines Arztes hin selbstständig zu Lasten der Grundversicherung abrechnen. Einerseits wurde dadurch der Zugang zu solchen Therapien erleichtert, andererseits auch die Finanzierung und der Tarif geändert. Das Gesamtwachstum von Leistungen der psychologischen Psychotherapie zwischen 2015 und 2024 beträgt 53 Franken, wobei sich der Anstieg ab 2022 deutlich beschleunigt hat. Unter der Annahme, dass sich die Kosten ohne die Neuregelung vor und nach 2021 gleich entwickelt hätten, hat der Ausbau des Leistungskatalogs ein zusätzliches Kostenwachstum von 25 Franken ausgelöst (zum Vergleich: die Kosten pro Kopf für die viel diskutierten «Abnehmspritzen» wie Ozempic und Wegovy haben im gleichen Zeitraum um rund 7 Franken zugenommen). Dieses Wachstum ist aber nicht über alle Alterskategorien gleich verteilt. Insbesondere



bei den jüngeren Versicherten bis 45 macht die psychologische Psychotherapie einen grossen Anteil am Kostenwachstum aus, wie man aus der linken Grafik entnehmen kann.

VERSTÄRKT FINANZIERUNG DURCH ALLGEMEINHEIT

In Bezug auf den Leistungskatalog ist die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie kein Einzelfall. Während ein Teil des Leistungsausbaus in der Grundversicherung auf neuartige Therapien wie bspw. neue Medikamente, diagnostische Verfahren, usw. zurückzuführen ist, erfolgt ein anderer Teil über die Aufnahme bereits bestehender Behandlungen in den Leistungskatalog. Darunter sind auch viele Leistungen, die vorher entweder durch eine Zusatzversicherung gedeckt waren oder von den Patienten aus der eigenen Tasche bezahlt wurden. Entsprechend kommt es laufend zu einer Verschiebung in der Finanzierung: Der privat finanzierte Anteil nimmt ab, der solidarisch finanzierte Anteil hingegen zu. Im Jahr 1996 finanzierte die Grundversicherung 30 Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen, im Jahr 2022 waren es bereits 37 Prozent. Gleichzeitig sank der selbstbezahlte oder durch Privatversicherung finanzierte Anteil von insgesamt 41.5 auf 29 Prozent.

VERLAGERUNG IN OKP HEISST PRÄMIENWACHSTUM

Entsprechend wachsen die Krankenkassenprämien relativ gesehen auch schneller als die Gesundheitskosten, weil damit ein immer grösserer Teil ebendieser Kosten finanziert werden muss (in Zahlen: Zwischen 2015 und 2024 sind die durchschnittlichen Schweizer Prämien, also von allen Versicherten bei allen Krankenkassen, um 30% gestiegen, die gesamten Gesundheitskosten

hingegen «nur» um 21%). Die versicherten Personen erhalten in der Grundversicherung zwar laufend mehr Leistungen, aber sie müssen dafür auch mit jährlich überproportional steigenden Prämien rechnen.

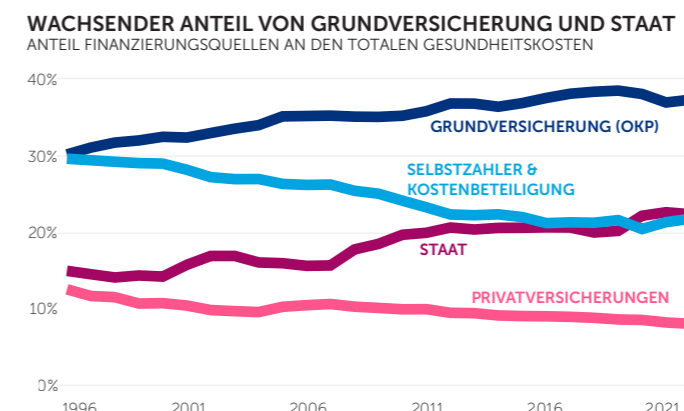
UMFANG DES LEISTUNGSKATALOGS ESSENZIELL

Die steigenden Gesundheitskosten sind nur zu einem kleinen Teil auf nicht-beeinflussbare Faktoren wie den demografischen Wandel zurückzuführen. Der weitaus grössere Teil wird durch die Ausweitung des Leistungskatalogs bestimmt. Einerseits wird die medizinische Versorgung dank des technologischen Fortschritts stetig verbessert. Dieser Fortschritt entfaltet aber nur dann eine Kostenwirkung in der Grundversicherung, wenn die entsprechenden Therapien auch von dieser bezahlt werden. Andererseits werden auch bestehende Behandlungen in den Leistungskatalog aufgenommen, bspw. die psychologische Psychotherapie, die Podologie oder alternativmedizinische Therapien (siehe die Zusammenfassung in diesem Jahresbericht auf Seite 4). Und der Ausbau geht munter weiter, so fällt ab dem 01. Januar 2026 die Franchise auf zahlreiche Impfungen weg und die Kostenübernahme für die Früherkennung von Darmkrebs wird ausgeweitet. Einzelne betrachtet machen alle diese Ausbauschritte teilweise wenige Zusatzkosten aus, zusammen ist ihre Wirkung aber beträchtlich.

PRÄMIENHÖHE IST ENTSCHEID DER GESELLSCHAFT

Dabei gilt es zu bedenken, dass jedem Ausbau des Leistungskatalogs ein politischer oder behördlicher Entscheid zu Grunde liegt. Die Kosten der Grundversicherung – und damit auch die Prämien – wachsen, weil wir als Gesellschaft dies so wollen. Hinzu kommt, dass es beinahe unmöglich scheint, Leistungen aus der Grundversicherung zu streichen, selbst wenn sie sich als wenig nützlich erweisen. Umgekehrt bedeutet das, wenn wir das Prämienwachstum in der Grundversicherung wirklich bremsen wollten, müssten wir zukünftig auf neue Therapien verzichten, die Verschiebung der Finanzierung hin zur Allgemeinheit stoppen und/oder Leistungen mit geringem Mehrnutzen streichen.

Dieser Kurzbericht wurde gemeinsam von Caroline Chuard-Keller, Christian P.R. Schmid und Nicolas Schreiner vom CSS Institut verfasst.



PEER REVIEW PUBLIKATIONEN

- Hochuli, Philip und **Christian P.R. Schmid**. 2025. «Insurance Expansion During Pregnancy.» *Health Economics* 34(9): 1595-1613.
- Kaiser, Boris, Andreas Kohler und **Christian P.R. Schmid**. 2025. «The Causal Effects of Mandatory Health Insurance Coverage Expansion in Switzerland.» *International Journal of Health Economics and Management* 25: 193-215
- Chuard-Keller, Caroline**, Annatina Aerne, Beatrix Eugster und Roland Hodler. 2025. «Ethnic Clustering in Schools and Early Career Outcomes.» *Economics of Education Review* 106: 102645.
- Bharadwaj, Prashant, Daniel Graeber, Stephanie Khoury, und **Christian P.R. Schmid**. 2026. «Asylum Seekers and Host Country Mental Health: Evidence from Germany and Switzerland.» *Journal of Development Economics* 176: 103579. (im Druck)

NEUE ARBEITSPAPIERE

- Chuard-Keller, Caroline**, Fabienne Lötscher und **Christian P.R. Schmid**. «Forward-Looking Behavior in Health Insurance.» CSSI Working Paper 2025/01, CSS Institute for Empirical Health Economics. (Project FOLDEX, eingereicht)
- Hochuli, Philip und **Caroline Chuard-Keller**. «Unpacking Regional Variation in Health Care: Insights from Internal Migration in Switzerland.» CSSI Working Paper 2025/02, CSS Institute for Empirical Health Economics. (Project SOKOKE, eingereicht)
- Schreiner, Nicolas** und Alois Stutzer. «Direct Democracy and Political Extremism.» IZA Discussion Paper 18266, IZA Institute of Labor Economics.

EINGEREICHTE PAPIERE

- Hjalmarsson, Linn, **Christian P.R. Schmid** und **Nicolas Schreiner**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.» (Project SANDCAT)
- Gerfin, Michael, Fabienne Lötscher und **Christian P.R. Schmid**. «The Effect of Potential Higher Out-of-Pocket Payments on Drug Prices and Quantities.»

BERICHTE UND BEITRÄGE

- Chuard-Keller, Caroline**, **Christian P.R. Schmid** und **Nicolas Schreiner**. «Wieso steigen die Prämien schneller als die Gesundheitskosten?» *CSS Institut Online-Bericht*. Dezember 2025. (Projekt KARAKAL II)

LAUFENDE FORSCHUNGSPROJEKTE

- Chuard-Keller, Caroline**, Beatrix Eugster, Samuel Jong Kang und Sofia Sierra Vasquez. «Child Health and Parental Labor Market Outcomes.»
- Chuard-Keller, Caroline** und **Nicolas Schreiner**. «Costly Co-Payments? The Effects of Liquidity Constraints on Healthcare Utilization.» (Project OCELOT)
- Chuard-Keller, Caroline**, **Nicolas Schreiner** und BIS Innovation Hub. «Using Health Insurance Data for Measuring Macroeconomic Activity.» (Project KODKOD)
- Chuard-Keller, Caroline** und **Nicolas Schreiner**. «Focus Group: How ADHD Treatment for Children Affects Parental Health Outcomes.» (Project ANGORA)
- Eugster, Beatrix, Joel Frischknecht und **Nicolas Schreiner**. «How Health Insurance Deductibles and Gatekeeping Models Shape Patient Pathways.» (Project TIGER I)
- Hjalmarsson, Linn und **Nicolas Schreiner**. «A Doctor's Holiday Keeps the Patient Away: Access Frictions and Healthcare Demand.» (Project SANDCAT)
- Hochuli, Philip und **Nicolas Schreiner**. «Specialization and Safety: Does Removing the Pharmacist Increase Medication Risk?» (Project PANTHER)
- Meier, Armando N., **Nicolas Schreiner** und Lan Zou. «Cost Saliency and Health Insurance Choices» (Project SNOW LEOPARD)
- Schmid, Christian P.R.**, **Nicolas Schreiner** und **Roman Stutzer**. «The Effect of Premium Subsidies on Health Insurance Choices and Healthcare Utilization.» (Project SERVAL)

AKADEMISCHE KONFERENZEN

- Caroline Chuard-Keller**. «Geographic Variation: Supply or Demand?» *Research Seminar in Health Sciences and Medicine*. Luzern, 12. Mai 2025.
- Caroline Chuard-Keller**. «Unpacking Regional Variation in Health Care: Insights from Internal Migration in Switzerland.» *Workshop on Health Economics Research Using Administrative Data in Switzerland (HEADS)*. Lugano, 6. Juni 2025.
- Christian P.R. Schmid**. «Health (Insurance) Data in Switzerland: Facilitate Access and Promote Collaboration.» *HEADS*. Lugano, 6. Juni 2025.
- Nicolas Schreiner**. Discussion of Michael Stucki et al. «Tracking Spending by Disease in Switzerland between 2012 and 2022: Overcoming the Challenge of Limited Diagnostic Data in a Fragmented Health Care System.» *HEADS*. Lugano, 6. Juni 2025.
- Caroline Chuard-Keller**. «Unpacking Regional Variation in Health Care: Insights from Internal Migration in Switzerland.» *7th Conference of the Swiss Society of Health Economics*. St. Gallen, 13. Juni 2025.
- Roman Stutzer**. «The Effect of Premium Subsidies on Health Insurance Choices and Healthcare Utilization.» *7th Conference of the Swiss Society of Health Economics*. St. Gallen, 13. Juni 2025.
- Nicolas Schreiner**. Discussion of Tuuli Suomela et al. «Delivering High-Value Care: The Value of Clinical Practice Guideline Adherence.» *12th EuHEA PhD & Supervisor Conference*. Brüssel, 3. September 2025.
- Roman Stutzer**. «The Effect of Premium Subsidies on Health Insurance Choices and Healthcare Utilization.» *12th EuHEA PhD & Supervisor Conference*. Brüssel, 3. September 2025.
- Nicolas Schreiner**. «A Doctor's Holiday Keeps the Patient Away? The Effect of Primary Care Availability on Patient Demand.» *3rd Croatian Health Economics Workshop*. Split, 8. September 2025.
- Nicolas Schreiner**. Discussion of Dorian Mignon et al. «Patients with Mental Health Conditions in a Pressured Primary Care Context: Access, Experience and Inequalities.» *3rd Croatian Health Economics Workshop*. Split, 8. September 2025.
- Christian P.R. Schmid**. «The Effect of Premium Subsidies on Health Insurance Choices and Healthcare Utilization.» *3rd Croatian Health Economics Workshop*. Split, 9. September 2025.
- Christian P.R. Schmid**. Discussion of Laura Anselmi et al. «Socio-Economic and Ethnic Inequalities in General Practice Appointments in England.» *3rd Croatian Health Economics Workshop*. Split, 9. September 2025.
- Christian P.R. Schmid**. In Vertretung von Caroline Chuard-Keller «Unpacking Regional Variation in Health Care: Insights from Internal Migration in Switzerland.» *3rd Croatian Health Economics Workshop*. Split, 9. September 2025.

PRÄSENTATIONEN

- Christian P.R. Schmid**. «Gesundheitsdaten neu denken: Potenziale, Herausforderungen & Lösungen.» *Swiss Health Tech Forum*. Rüşchlikon, 13. März 2025.
- Christian P.R. Schmid**. «Das CSS Institut: Forschung mit Wirkung.» *CSS Delegiertenversammlung*. Genf, 26. April 2005.
- Christian P.R. Schmid**. «Finanzierung des Gesundheitswesens: Eine schleichende Verstaatlichung?» *Kommissionssitzung economieuisse*. Zürich, 20. Mai 2005.
- Christian P.R. Schmid**. «Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens mit Fokus auf die Grundversicherung.» *Think Camp der Rhön Stiftung*. Frankfurt, 18. September 2025.

LEHRVERANSTALTUNGEN

- Chuard-Keller, Caroline**. «MIA Morning on Economic Principles.» Blockseminar (Master). HS 2025. Universität St. Gallen.
- Chuard-Keller, Caroline**. «MIA Morning on Economic Reasoning.» Blockseminar (Master). HS 2025. Universität St. Gallen.
- Gerfin, Michael und **Christian P.R. Schmid**. «Topics in Health Economics.» Vorlesung (Master). FS 2025. Universität Bern.
- Schmid, Christian P.R.** «Die Ökonomie des Marktes für Arzneimittel.» Vorlesung (Master). HS 2025. Universität Luzern.
- Schreiner, Nicolas**. «Topics in Pharmaceutical Economics.» Wöchentliches Seminar (Master). FS 2025. Universität Luzern.

TEAM

CHRISTIAN P.R. SCHMID

Leiter CSS Institut



Christian arbeitet seit 2015 im CSS Institut, zuerst als wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit Oktober 2020 als Institutsleiter. Er ist zudem Privatdozent an der Universität Bern, an der er 2014 auch seinen Doktor in Ökonomie erworben hat.

CAROLINE CHUARD-KELLER

Wissenschaftliche
Projektleiterin



Caroline arbeitet seit 2023 als wissenschaftliche Projektleiterin im CSS Institut. Zuvor war sie als Postdoc am Schweizerischen Institut für empirische Wirtschaftsforschung an der Universität St. Gallen tätig und doktorierte an der Universität Zürich in Ökonomie.

NICOLAS SCHREINER

Wissenschaftlicher
Projektleiter



Nicolas arbeitet seit 2021 als wissenschaftlicher Projektleiter im CSS Institut. Zuvor war er am Lehrstuhl für politische Ökonomie an der Universität Basel tätig, wo er 2020 sein Doktoratsstudium in Ökonomie abgeschlossen hat.

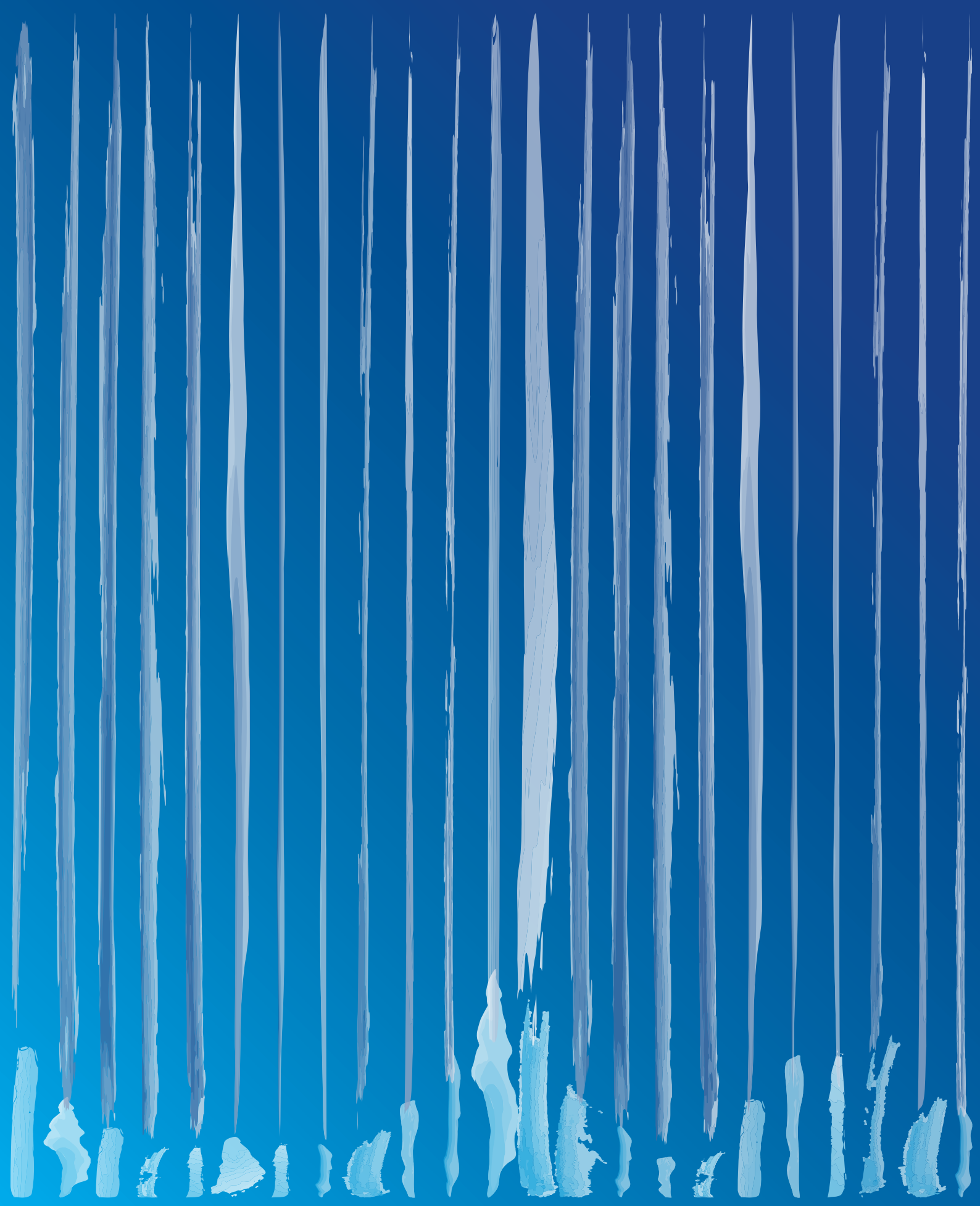
ROMAN STUTZER

Externer Doktorand



Roman ist seit 2024 als externer Doktorand im CSS Institut integriert. Sein Doktorat in Ökonomie absolviert er an der Universität Luzern, wo er zudem als wissenschaftlicher Assistent tätig ist.

Das CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (kurz CSS Institut) wurde 2007 von der CSS Versicherung AG ins Leben gerufen. Das CSS Institut dient der wissenschaftlichen Forschung und Lehre im Bereich der angewandten Gesundheitsökonomie. Es erstellt, diskutiert und publiziert empirische Analysen zum Schweizer Gesundheitsmarkt und vermittelt allgemeines sowie erworbenes gesundheitsökonomisches Wissen. Ferner unterstützt es die universitäre Forschung im Bereich der Gesundheitsökonomie und führt an Hochschulen regelmässig eigene Lehrveranstaltungen durch. Das CSS Institut hat seinen Sitz in Luzern.



CSSINSTITUT
FORSCHUNG MIT WIRKUNG