

# JAHRES- BERICHT 2022



CSSINSTITUT

Rückblickend scheinen die Corona-Pandemie und die dagegen ergriffenen Massnahmen bereits weit weg zu sein, die Erinnerungen daran verblassen überraschend schnell. Tatsächlich wurden in der Schweiz die letzten Massnahmen aber erst Anfang April aufgehoben, im nahen Ausland teilweise sogar wesentlich später. So war Anfang 2022 noch unklar, ob die geplanten wissenschaftlichen Tagungen und Lehrveranstaltungen als Präsenzveranstaltungen durchgeführt werden können. Glücklicherweise entspannte sich die Lage aber je länger je mehr, so dass Stück für Stück die Normalität zurückkehrte, und wir unser Jahresprogramm wie geplant umsetzen konnten.



Ein Schwerpunkt im vergangenen Jahr bildete die Organisation von zwei Konferenzen. Zum einen führten wir zusammen mit der Schweizer Gesellschaft für Gesundheitsökonomie den 5. Swiss Health Economics Workshop (SHEW) durch. Der Workshop ist eine Tagesveranstaltung und findet zweijährlich am Hauptsitz der CSS statt. Es wurden 14 aktuelle Forschungspapiere präsentiert und diskutiert, insgesamt nahmen rund 50 Personen teil. Zum anderen unterstützten wir die Universitäten Bern und Fribourg bei der Organisation des 29. European Workshop in Econometrics and Health Economics, der vom 7. bis 9. September in Fribourg stattfand. Dieser Anlass wurde 1992 von der University of York ins Leben gerufen und wird seither, mit einer kurzen Unterbrechung aufgrund von Corona, jedes Jahr in einer anderen europäischen Stadt durchgeführt.

Im Bereich der Forschung konnten wir erneut eine sehr gute Publikation erzielen. Das Journal of Health Economics hat unsere Arbeit zur Selbstdispensation und Margenoptimierung der Ärzte im Kanton Zürich publiziert.

Zudem haben wir unter anderem ein Arbeitspapier zu den Folgen von Praxisübergaben auf die Gesundheitskosten und Arztbesuche bei Spezialisten fertiggestellt. Auf den folgenden Seiten stellen wir Ihnen diese beiden Forschungsarbeiten kurz vor. Um die Erkenntnisse aus unserer Forschung zur Prämienverbilligung, die wir an dieser Stelle bereits im letzten Jahr vorgestellt haben, einem breiteren Publikum zugänglich zu machen, haben wir ferner Zusammenfassungen davon in zwei Zeitschriften publiziert.

Schliesslich galt es im letzten Jahr auch, unser 15-jähriges Bestehen zu feiern und auf die Erfolge zurückzublicken. Das CSS Institut hat sich seit seiner Gründung im Jahr 2007 als forschungsstarke Institution etabliert und trägt massgeblich zur Schweizer Gesundheitsökonomie bei. Mit unserer aktuellen Forschung wollen wir auch zukünftig einen evidenzbasierten Beitrag an die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens leisten. Wir wünschen Ihnen eine gute Lektüre.

Christian P.R. Schmid  
April 2023

## Impressum

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

Autoren:  
Linn Hjalmarsson  
Lukas Kauer  
Christian P.R. Schmid  
Nicolas Schreiner

Die Grafiken auf der Titel- und Rückseite basieren auf «Perceptions of Economic Conditions and Mental Health» von Lukas Kauer, Lukas Schmid und Valentina Sontheim.

April 2023



[www.css-institut.ch](http://www.css-institut.ch)

Eine Mehrheit der Deutschschweizer Kantone erlaubt, dass Ärzte ihren Patienten direkt Medikamente abgeben. Da diese Praxis nicht unumstritten ist, haben wir untersucht, wie sich die Selbstdispensation auf das Ärzteverhalten auswirkt. *Von Christian P.R. Schmid*

Die Selbstdispensation, also die ärztliche Medikamentenabgabe in der Praxis, ist in einem Grossteil der Deutschschweizer Kantone erlaubt. Lediglich in den Kantonen Basel-Stadt und Aargau ist sie grundsätzlich verboten. Weiter kennen Bern und Graubünden gewisse Einschränkungen, wenn die Medikamentenversorgung ausreichend durch Apotheken sichergestellt ist. Die Versorgung der ländlichen Bevölkerung, die oft keinen guten Zugang zu Apotheken hat, dürfte ursprünglich auch einer der Hauptgründe für die Selbstdispensation gewesen sein. Zudem scheint sie, wenn man die kantonalen Abstimmungen der vergangenen Jahre betrachtet, in einigen Kantonen durchaus einem Bedürfnis der Bevölkerung zu entsprechen.

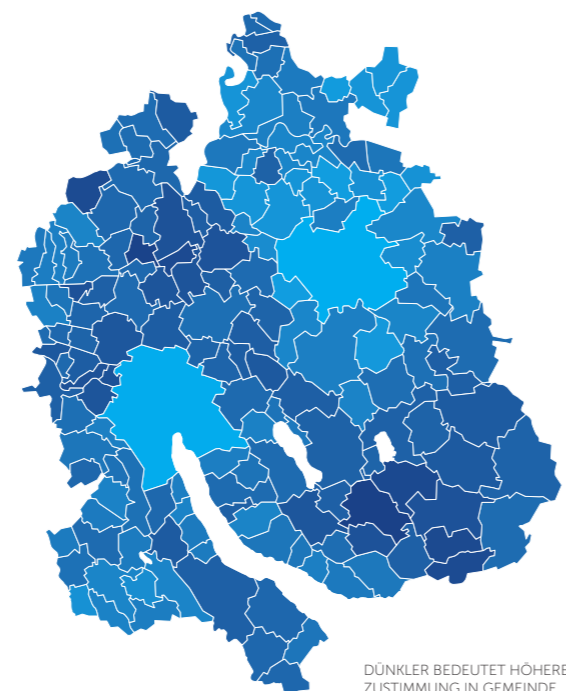
## NEGATIVE ANREIZE FÜR ÄRZTE

Während die Patienten tendenziell von der Selbstdispensation profitieren, weil mancher Gang in die Apotheke entfällt, führt sie bei Ärzten zu negativen Anreizen. Da sie mit jeder Medikamentenabgabe eine Marge verdienen, können sie ihr Einkommen aufbessern, indem sie zusätzliche oder teurere Medikamente abgeben. Die zusätzlichen Kosten müssten die Patienten und Prämienzahler tragen. Allerdings handeln Ärzte auch im Interesse ihrer Patienten, d.h., der Eigennutzen wird dem Patientennutzen untergeordnet. So scheint es wenig wahrscheinlich, dass Ärzte ihren Patienten Medikamente abgeben, die diese gar nicht brauchen. Letztlich ist es eine empirische Frage, ob und inwieweit die negativen Anreize zu Mehrkosten führen. Diese Frage lässt sich jedoch nicht einfach beantworten, denn ob ein Arzt selbst Medikamente abgibt und auf die finanziellen Anreize reagiert, hängt von vielen Faktoren ab, die teilweise nicht beobachtbar sind. So lohnt sich beispielsweise die Medikamentenabgabe für Ärzte, deren Patienten viele Medikamente benötigen, wesentlich mehr, als für Ärzte, die kaum Medikamente verschreiben. Die Selbstselektion, d.h., der ärztliche Entscheid zu dispensieren oder nicht, könnte bei einem direkten Vergleich der Medikamentenkosten von selbstdispensierenden und nicht selbstdispensierenden Ärzten also zu Fehlschlüssen führen.

## KANTON ZÜRICH ALS NATÜRLICHES EXPERIMENT

Deshalb fokussieren wir hier auf den Kanton Zürich. Seit 1951 war es den Ärzten in den Städten Winterthur und Zürich verboten, Medikamente an die Patienten abzugeben, im restlichen Kantonsgebiet war die Selbstdispensation hingegen erlaubt. Aufgrund einer kantonalen Volksinitiative, der die Bevölkerung am 30. November 2008 mit 53.7% zugestimmt hatte, sollte die Selbstdispensation auch in den beiden grössten Städten des Kantons ab 2010 erlaubt werden. Dabei war die Zustimmung auf dem Land am grössten, in den beiden Städten wurde die Vorlage hingegen abgelehnt. Aufgrund diverser juristischer Auseinandersetzungen kam es jedoch zu Verzögerungen, weshalb die Ärzte erst ab Anfang Mai 2012 auch in Winterthur und Zürich Medikamente abgeben konnten. Daraus ergibt sich für uns

**BETROFFENE STÄDTE GEGEN SELBSTDISPENSATION**  
JA-STIMMENANTEIL KANTONALE INITIATIVE 2008 IN ZÜRCHER GEMEINDEN

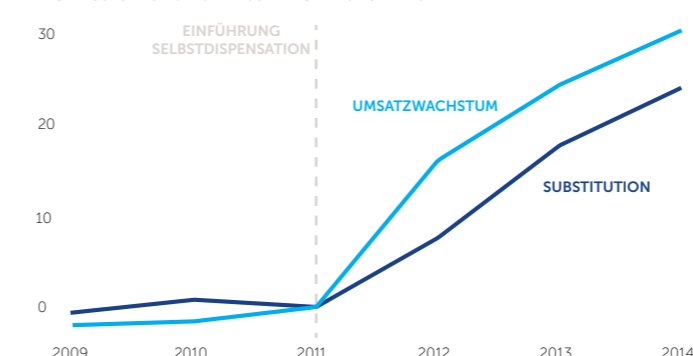


ein natürliches Experiment: Da sich für sie nichts geändert hat, sind die Ärzte ausserhalb der beiden Städte sind unsere Kontrollgruppe, bei der wir keine Verhaltensänderung erwarten; auf die Ärzte in den Städten Winterthur und Zürich trifft dies hingegen nicht zu. Wir können also das Verhalten der Ärzte vor und nach der Einführung der Selbstdispensation beobachten und dabei die Ärzte innerhalb und ausserhalb der beiden Städte vergleichen. Dieser Differenzen-in-Differenzen-Ansatz erlaubt es uns, den kausalen Effekt der Selbstdispensation auf das Verschreibungs- und Abgabeverhalten der Ärzte zu schätzen.

## SELBSTDISPENSATION FÜHRT ZU HÖHEREN KOSTEN

Unsere Schätzungen zeigen, dass die jährlichen Medikamentenkosten pro Patient durch die Selbstdispensation insgesamt um 20 bis 30 Franken gestiegen sind, was rund vier bis fünf Prozent entspricht. Die untenstehende Grafik zeigt zwei Effekte der Regulierungsänderung getrennt. Einerseits kommt es zu einer – völlig erwarteten – Verlagerung der Medikamentenabgabe weg von den Apotheken hin zu den Ärzten, was wir als «Substitution» bezeichnen. Dadurch nimmt der Umsatz der Ärzte zu, selbst wenn sie ihr Verhalten nicht verändern. Andererseits steigt der Gesamtumsatz aber so stark an, dass es durch Substitution allein nicht mehr erklärbar ist. Dies deutet darauf hin, dass Ärzte ihre Einnahmen durch die Wahl der abgegebenen Präparate zusätzlich steigern konnten. Wir haben deshalb untersucht, welche Strategien hierfür angewendet wurden. Erstens finden wir, dass die Selbstdispensation nicht dazu geführt hat, dass mehr Patienten medikamentös behandelt werden. Auch hat sich zweitens die abgege-

**EFFEKTE DER SELBSTDISPENSATION**  
ABGABESUBSTITUTION UND ZUSÄTZLICHER UMSATZ VON ÄRZTEN



bene Dosis pro Patient nicht erhöht. Drittens zeigt sich anhand von drei untersuchten Wirkstoffen aber, dass Packungsgrössen und Präparate gewählt werden, die aus Sicht des Arztes profitabler sind. Die Ärzte betreiben also Margenoptimierung, behalten aber sonst die Verschreibungspraxis konstant. Schliesslich zeigt sich auch, dass nicht alle gleich auf die finanziellen Anreize der Selbstdispensation reagieren: Bei Ärzten, deren Patienten in einem alternativen Versicherungsmodell (bspw. Hausarztmodell) versichert sind, findet sich kein signifikanter Effekt auf die Medikamentenkosten. Die Kostensteigerung wird demnach durch jene Ärzte verursacht, die kein Managed Care betreiben.

## FEHLANREIZE BESEITIGEN

Sollte die Selbstdispensation also verboten werden? Aus gesundheitsökonomischer Sicht gibt es darauf keine eindeutige Antwort. Einerseits kann die Bevölkerung nicht nur mitbestimmen, sondern sie trägt auch die finanziellen Folgen ihres Entscheids selbst. Wenn die Bevölkerung eines Kantons bereit ist, für die ärztliche Medikamentenabgabe höhere Arzneimittelkosten in Kauf zu nehmen, dann ist das zu akzeptieren. Mit Blick auf die vergangenen Abstimmungen in den Kantonen Aargau (2013), Zürich (2008) und Schaffhausen (2012) scheint es durchaus Präferenzunterschiede zu geben, die mit der heutigen, kantonalen Souveränität abgebildet werden können. Der Beitrag der Gesundheitsökonomie liegt hier somit darin, die Kostenfolge möglichst präzise abzuschätzen und so einen fundierten Entscheid zu ermöglichen. Andererseits gibt es eine elegantere Lösung, welche die Fehlanreize beseitigen könnte, ohne im Widerspruch zu den Präferenzen von Teilen der Bevölkerung zu stehen: Anreizneutrale Margen. Eine preisunabhängige Ausgestaltung der Margen hätte zudem den Vorteil, dass sie auch die Fehlanreize bei den Apotheken eliminieren würde. Politisch wird diese Lösung aktuell diskutiert. Ob und wie sich die Medikamentenabgabe dadurch tatsächlich ändert, wird sich also womöglich in Zukunft analysieren lassen.

Dieses Papier wurde von Christian P.R. Schmid vom CSS Institut gemeinsam mit Michael Gerfin von der Universität Bern und Tobias Müller von der Berner Fachhochschule verfasst.

Die Zahl der Hausärzte nimmt aufgrund von zunehmenden Pensionierungen und Nachwuchsmangel stetig ab. Was geschieht nun mit Patienten, deren Hausarzt in Rente geht und somit ein neuer Leistungserbringer gefunden werden muss? *Von Linn Hjalmarsson*

Gemäss eigenen Angaben haben 90% der Schweizer Bevölkerung einen Hausarzt. Die Hausarztmedizin ist Teil der Grundversorgung und bildet eines der Fundamente des Schweizer Gesundheitssystems, da sie eine niederschwellige und kostengünstige Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen ermöglicht. Hausärzte erbringen jedoch nicht nur Gesundheitsleistungen, sie entscheiden auch, ob ein Patient an einen Spezialisten überwiesen werden sollte oder nicht. Dadurch erhalten sie einen Überblick des gesamten Patientenpfades. Über die Zeit akkumulieren Hausärzte so wertvolles Wissen über den Gesundheitszustand ihrer Patienten und können so die passenden Behandlungen durchführen oder vorschlagen. Des Weiteren bauen Patienten über die Jahre Vertrauen zu ihren Hausärzten auf. Somit besteht oftmals eine langjährige Arzt-Patienten-Beziehung, die sogenannte interpersonale Kontinuität, welche laut einer Vielzahl von Studien zu einer effizienten Gesundheitsversorgung führt.

## VERLUST DES HAUSARZTES

Wie wir alle, werden aber auch die Hausärzte jedes Jahr älter und irgendwann ist der Zeitpunkt gekommen, um in Rente zu gehen. Dieses Ereignis hat mehrere Folgen: Erstens wird die langjährige Arzt-Patienten-Beziehung plötzlich unterbrochen. Zweitens kann der Zugang zur Grundversorgung eingeschränkt werden, falls der Hausarzt keinen geeigneten Nachfolger findet. Drittens unterscheidet sich der Praxisstil des neuen Arztes von demjenigen des ehemaligen. Damit Empfehlungen für die Gesundheitspolitik vorgenommen werden können, muss genau verstanden werden, wie jeder dieser drei Wirkungskanäle die Grundversorgung beeinflusst. In der bisherigen Literatur konnte aufgezeigt werden, was insgesamt nach dem Verlust eines Hausarztes geschieht. Die Mehrheit findet eine Verschiebung von der Grundversorgung hin zur oftmals teureren Sekundärversorgung, was sich in einem Kostenanstieg widerspiegelt. Jedoch ist oftmals unklar, welcher der genannten Kanäle wie genau gewirkt hat.

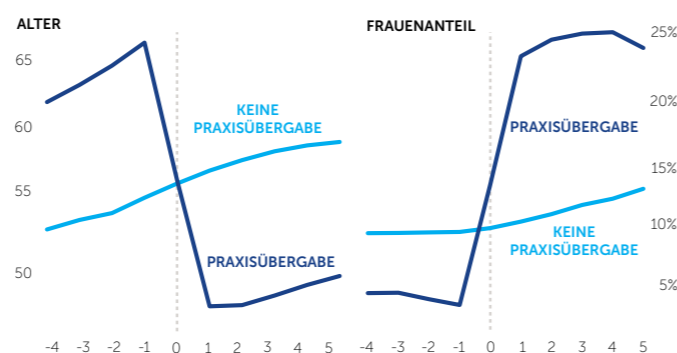
## PRAXISÜBERGABEN

Damit wir die Wirkungskanäle einzeln identifizieren und quantifizieren können, fokussieren wir uns explizit auf Praxisübergaben. Dies bedeutet, dass der pensionierte Arzt einen Nachfolger für seine Arztpraxis gefunden hat. Dementsprechend bleibt für die Patienten der Zugang, der Weg zur Arztpraxis, oftmals auch das nicht-medizinische Personal die Infrastruktur gleich, nur der Hausarzt verändert sich. Dies ist eine ideale Umgebung, um die Wirkungen der interpersonalen Diskontinuität und des Praxisstils des Arztes, ohne Veränderungen im Zugang, zu untersuchen. Die Wirkungen der Diskontinuität sind eher kurzfristig, da mit dem neuen Arzt nach einer gewissen Zeit wieder eine Arzt-Patienten-Beziehung aufgebaut wird, wohingegen die Auswirkungen des Praxisstils langfristig sind. Indem wir uns auf Praxisübergaben fokussieren und eine ökonometrische Methode verwenden, die uns ermöglicht, die Effekte in kurz- und langfristig zu unterteilen, können wir die Wirkungen der obengenannten Kanäle identifizieren.

## KAUSALE ANALYSE

Wir wenden eine Version der Differenzen-in-Differenzen Methode an, bei der wir die Entwicklung zwischen den Patienten, die von einer Praxisübergabe betroffen sind, und einer Gruppe von ähnlichen Patienten, die zum gleichen Zeitpunkt keine Praxisübergabe erleben, vergleichen. Unter der Annahme, dass sich die beiden

**JÜNGER UND WEIBLICHER NACH PRAXISÜBERGABEN**  
VERÄNDERUNG MERKMALE VON ÄRZTEN



Gruppen über die Zeit gleich entwickelt hätten, sofern niemand von einer Praxischliessung betroffen gewesen wäre, ermöglicht dieses Vorgehen die Identifikation von kausalen Effekten. Dabei betrachten wir eine Reihe an verschiedenen Ergebnisvariablen in den Kategorien Gesundheitsnutzung, Kosten und Hospitalisierungen.

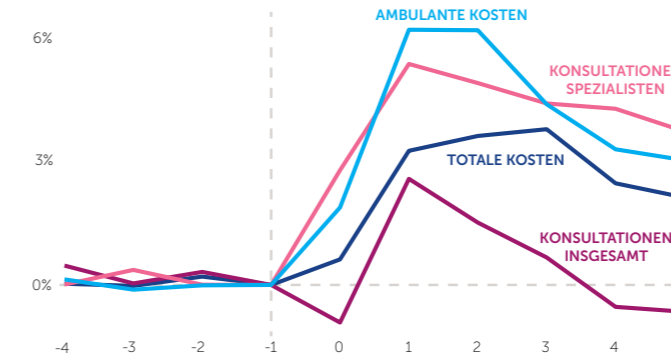
## HAUPTERGEBNISSE

Unsere Ergebnisse zeigen, dass eine Praxisübergabe kurzfristig zu einem Anstieg der Gesamtzahl an Arztbesuchen und der Gesundheitskosten führt (Grund- und Sekundärversorgung). Diese Beobachtungen können hauptsächlich durch die neuerliche Bestandsaufnahme des Gesundheitszustandes der Patienten durch den neuen Hausarzt erklärt werden. In der langen Frist können wir einen persistenten Anstieg in der Nutzung der Sekundärversorgung, den Kosten im ambulanten Bereich, Kosten für Laboranalysen und den Kosten pro Arztbesuch beobachten. Letzteres kann durch einen veränderten Praxisstil der neuen Ärzte erklärt werden. Da die übernehmenden Ärzte im Schnitt um einiges jünger und häufiger Frauen sind, ist es nicht sehr überraschend, dass sich die Praxisstile unterscheiden. Frühere Studien haben gezeigt, dass Praxisstile gerade entlang von diesen Merkmalen teils stark variieren. So führen Frauen beispielsweise häufiger Laboranalysen durch, verweisen eher an einen Spezialisten und verbringen mehr Zeit mit ihren Patienten. All diese Punkte sind konsistent mit unseren Ergebnissen.

## ZUGANG ALS KNACKPUNKT

Im Gegensatz zu unserer früheren Studie, in der wir

**KONSEQUENZEN VON PRAXENÜBERGABEN**  
ANHALTEND HÖHERE KOSTEN



explizit Praxischliessungen ohne geregelte Nachfolge analysiert haben, finden wir keinen Rückgang in der Nutzung der Grundversorgung. Im Gegenteil, wir finden sogar Evidenz für einen potenziellen Anstieg der Qualität der Grundversorgung. Wir beobachten einen signifikanten Anstieg in der Prävalenz von häufigen chronischen Krankheiten, die anhand der verschriebenen Medikamente erkannt werden können. Dies kann einerseits darauf zurückzuführen sein, dass der neue Hausarzt zuvor unbemerkte oder unentdeckte chronische Krankheiten diagnostiziert oder aber auch die Präferenz bezüglich des Einsatzes von Medikamenten widerspiegeln. Letzteres ist wiederum durch unterschiedliche Praxisstile zu erklären. Insgesamt zeigt unsere Studie, dass, sofern der Zugang zur Primärversorgung gewährleistet ist, ein Hausarztwechsel zwar zu einem leichten Kostenanstieg führt, jedoch auch die Behandlungsqualität positiv beeinflusst wird. Somit kann sich ein Hausarztwechsel langfristig positiv auf die Gesundheit auswirken.

## EMPFEHLUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITSPOLITIK

Im Hinblick auf die bevorstehende Pensionierungswelle bei Hausärzten, sollte die Politik sicherstellen, dass der Zugang zur Primärversorgung zu jeder Zeit gewährleistet ist. Während eine Praxischliessung, insbesondere in ländlichen Regionen, negative Effekte auf die Gesundheitsversorgung hat, ist dies bei Praxisübergaben nicht zu beobachten. Diese Erkenntnisse unterstreichen, dass eine unterbrochene Grundversorgung anzustreben ist, damit ein kosteneffizientes Gesundheitssystem bestehen kann. Beispielsweise kann den Patienten von pensionierten Hausärzten ohne geregelte Nachfolge geholfen werden, einen passenden, neuen Hausarzt zu finden. Alternativ könnten auch temporär andere medizinische Fachkräfte eingesetzt werden, um gewisse Gesundheitsleistungen zu erbringen, wie dies auch in den USA mit den «practical nurses» gemacht wird.

Dieses Papier wurde von Linn Hjalmarsson vom CSS Institut gemeinsam mit Tamara Bischof von Interface und Boris Kaiser von BSS Volkswirtschaftliche Beratung verfasst.

## PEER REVIEW PUBLIKATIONEN

- Bissig, Sarah, Lamprini Syrogiannouli, Rémi Schneider, Kali Tal, Kevin Selby, Cinzia Del Giovane, Jean-Luc Bulliard, Oliver Senn, Cyril Ducros, **Christian P.R. Schmid**, Urs Marbet. 2022. «Change in Colorectal Cancer (CRC) Testing Rates Associated with the Introduction of the First Organized Screening Program in Canton Uri, Switzerland: Evidence from Insurance Claims Data Analyses from 2010–2018.» *Preventive Medicine Reports*. 28. 101851.
- Douven, Rudy, **Lukas Kauer**, Sylvia Demme, Francesco Paolucci, Wynand van de Ven, Jürgen Wasem and Xiaoxi Zhao. 2022. «Should Administrative Costs in Health Insurance be Included in the Risk-Equalization? An Analysis of Five Countries.» *European Journal of Health Economics*. 23. 1437–1453.
- Müller, Tobias, **Christian P.R. Schmid** and Michael Gerfin. 2022. «Rents for Pills: Financial Incentives and Physician Behavior.» *Journal of Health Economics*. 87. 102711.

## ARBEITSPAPIERE

- Douven, Rudy und **Lukas Kauer**. «Falling Ill Raises the Health Insurer's Administration Bill.» (R&R, *Social Science and Medicine*)
- Hjalmarsson, Linn**, Boris Kaiser und Tamara Bischof. «The Impact of Physician Exits in Primary Care: A Study of Practice Handovers.»
- Hjalmarsson, Linn**, **Christian P.R. Schmid** und **Nicolas Schreiner**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.»
- Hochuli, Philip, **Christian P.R. Schmid** und Michael Gerfin. «Insurance Expansion During Pregnancy.»
- Kauer, Lukas** und **Christian P.R. Schmid**. «Keep Reminding Me to Get My Flu Shot.» (R&R, *American Journal of Health Economics*)
- Kauer, Lukas**, Lukas Schmid und Valentina Sontheim. «Perceptions of Economic Conditions and Mental Health.»
- Müller, Tobias, Mujahed Shaikh, und **Lukas Kauer**. «Stuck in the Past? Retirement and Health Plan Choices.»
- Schreiner, Nicolas** und Alois Stutzer. «Direct Democracy and Political Extremism.» (R&R, *Economica*)

## BERICHTE UND BEITRÄGE

- Schmid, Christian P.R.** und **Nicolas Schreiner**. «Sag mir, wo die Daten sind.» *Weltwoche*. Nr. 22.22, S. 16–17.
- Schmid, Christian P.R.**, **Nicolas Schreiner** und Alois Stutzer. «Prämienverbilligung: Geld auszahlen hilft weniger.» *Die Volkswirtschaft*. 2. November 2022 (online).

## AKADEMISCHE KONFERENZEN

- Beck, Konstantin und **Christian P.R. Schmid**. «Cantonal Under-/Overpayment due to Nationwide PCG-RE Calculation.» *RAN Meeting*. Berlin, 15. September 2022.
- Bischof, Tamara, **Linn Hjalmarsson** und Boris Kaiser. «The Impact of Interpersonal Discontinuities in Primary Care: A Study of Practice Handovers.» *5th Swiss Health Economics Workshop*. Luzern, 10. Juni 2022.
- Bischof, Tamara, **Linn Hjalmarsson** und Boris Kaiser. «The Impact of Interpersonal Discontinuities in Primary Care: A Study of Practice Handovers.» *Biannual Conference of the European Health Economics Association (EuHEA)*. Oslo, 6. Juli 2022.
- Gerfin, Michael, **Christian P.R. Schmid** und Fabienne Töngi. «The Effect of Potential Out-of-Pocket Payments on Pharmaceutical Prices.» *Biannual Conference of the European Health Economics Association (EuHEA)*. Oslo, 6. Juli 2022.
- Hjalmarsson, Linn, Christian P.R. Schmid und **Nicolas Schreiner**. «Generic Substitution by Consumers.» *Biannual Conference of the European Health Economics Association (EuHEA)*. Oslo, 6. Juli 2022.
- Kauer, Lukas**, Lukas Schmid und Valentina Sontheim. «Currency Shocks and Mental Health.» *14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)*. Hamburg, 29. März 2022.
- Kauer, Lukas**, Lukas Schmid und Valentina Sontheim. «Exchange Rate Shock and Mental Health.» *11th Annual Con-*

*ference of the American Society of Health Economists (ASHEcon)*. Austin, 27. Juni 2022.

- Kauer, Lukas**. «Discussion of Chen, Guo, Peng und Qian: The Effect of Unemployment Insurance Extensions on Population Mental Health: Evidence from the Great Recession.» *11th Annual Conference of the American Society of Health Economists (ASHEcon)*. Austin, 27. Juni 2022.
- Kauer, Lukas**, Lukas Schmid und Valentina Sontheim. «Exchange Rate Shocks and Mental Health.» *Biannual Conference of the European Health Economics Association (EuHEA)*. Oslo, 7. Juli 2022.
- Kauer, Lukas**. «Full Capitation — Treiber einer effizienten integrierten Versorgung?» *SGGP Tagung Integrierte Versorgung*. Bern, 27. Oktober 2022.
- Schmid, Christian P.R., **Nicolas Schreiner** und Alois Stutzer. «Transfer Payout Systems and Financial Distress: Insights from Health Insurance Premium Subsidies in Switzerland.» *14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)*. Hamburg, 29. März 2022.
- Schmid, Christian P.R.** «Discussion of Herr, Izhak, and Lückemann: Competition and quality in German ambulatory long-term care: Where labour supply matters more than prices.» *European Workshop on Econometrics and Health Economics*. Fribourg, 8. September 2022.

## CSS SEMINARE

- Kauer, Lukas**. «Vergütungsmodelle für Leistungserbringer.» *CSS intern*. Menzberg, 26. Oktober 2022.
- Schreiner, Nicolas**. «Evaluating Interventions with Difference-in-Differences and Synthetic Controls.» *CSS Data Science Seminar*. Luzern, 19. April 2022.
- Schreiner, Nicolas**. «Information and Generic Substitution.» *CSS Data Science Seminar*. Luzern, 17. Oktober 2022.
- Schreiner, Nicolas**. «Prämienverbilligung: Geld oder reduzierte Prämien?» *CSS Webinar*. Luzern, 27. Oktober 2022.
- Schreiner, Nicolas**. «Introduction to data.table R Package.» *CSS R User Group Meeting*. Luzern, 3. November 2022.

## SEMESTERVERANSTALTUNGEN

- Gerfin, Michael und **Christian P.R. Schmid**. «Topics in Health Economics.» Masterstufe. Wöchentliche Vorlesung. Frühjahrssemester 2022. Universität Bern.
- Kauer, Lukas**. «Soziale Krankenversicherung.» Bachelorstufe. Wöchentliche Vorlesung. Frühjahrssemester 2022. Universität Zürich.
- Kauer, Lukas**. «International Comparison of Health Care Systems.» Masterstufe. Wöchentliches Seminar. Herbstsemester 2022. Universität Luzern.
- Schmid, Christian P.R.** «Topics in Pharmaceutical Economics.» Masterstufe. Blockseminar. Frühjahrssemester 2022. Universität Luzern.
- Schmid, Christian P.R.** «The Economics of Pharmaceutical Markets.» Masterstufe. Wöchentliche Vorlesung. Herbstsemester 2022. Universität Luzern.

## TAGES- &amp; BLOCKKURSE

- Kauer, Lukas**. «Gesundheitssysteme zwischen Regulierung und Markt – internationaler Vergleich.» CAS Gesundheitsökonomie und Public Health. 21. Februar 2022. Berner Fachhochschule.
- Kauer, Lukas**. «Grundlagen Soziale Krankenversicherung - Das Schweizer KVG.» Weiterbildungskurs Versicherungsmedizin. 17. Oktober 2022. SUVA.
- Kauer, Lukas**. «Versicherungsmedizin und Statistik.» 14. Oktober 2022. Berufsbildungsverband der Versicherungswirtschaft VBV.
- Kauer, Lukas**. «Versicherungsökonomie.» CAS Gesundheitsökonomie. 22. Oktober 2022. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Winterthur.
- Kauer, Lukas**. «Versicherungsökonomie.» CAS Gesundheitsökonomie und Public Health. 5. Dezember 2022. Berner Fachhochschule.

# TEAM

## CHRISTIAN P.R. SCHMID

Leiter CSS Institut



Christian Schmid arbeitet seit 2015 beim 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 hatte. In seiner Forschung beschäftigt er sich aktuell mit der Kostenbeteiligung, der Selbstdispensation und den Prämienverbilligungen.

## LUKAS KAUER

Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter



Lukas Kauer stiess 2014 zum CSS Institut. Daneben unterrichtet er an zahlreichen Hochschulen. Er besitzt ein Doktor in Ökonomie der Universität St. Gallen. Davor arbeitete er knapp zwei Jahre am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie an der zhaw. In seiner Forschung befasst er sich momentan mit Managed Care, Verwaltungskosten und der psychischen Gesundheit.

## NICOLAS SCHREINER

Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter



Nicolas Schreiner arbeitet seit 2021 als wissenschaftlicher Mitarbeiter im CSS Institut. Zuvor war er wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für politische Ökonomie an der Universität Basel, wo er 2020 auch sein Doktorat in Ökonomie abgeschlossen hat. In seiner Forschung beschäftigt er sich aktuell mit den Prämienverbilligungen, der Generikasubstitution und kausalem Machine Learning.

## LINN HJALMARSSON

Externe Doktorandin



Linn Hjalmarsson ist seit Juli 2020 als externe Doktorandin im CSS Institut integriert. Ihr Doktorat in Ökonomie absolviert sie an der Universität Bern, wo sie zudem als wissenschaftliche Assistentin tätig ist. In ihrer Forschung beschäftigt sie sich aktuell mit der Übergabe von Arztpraxen, der Generikasubstitution und den gesundheitspolitischen Ursachen von Knappheiten bei Medikamenten.

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.

