

Zahlungsbereitschaft für den Zugang zu innovativen Arzneimitteln

SCHLUSSBERICHT

Dr. Urs Trinkner
Prof. Dr. Martin Lutzenberger
Nicolas Oderbolz
Leah Meyer de Stadelhofen

Prof. Dr. Tilman Slembeck

01.09.2026

IMPRESSUM

Zahlungsbereitschaft für den Zugang zu innovativen Arzneimitteln, 01.09.2026

Status: Schlussbericht

Auftraggeber: Interpharma

Begleitgruppe: Simon Fry, Markus Ziegler, Manuel Ackermann

Auftragnehmerin: © Swiss Economics SE AG, Ottikerstrasse 7, 8006 Zürich, ISSN 2235-1868

Autor/innen: Nicolas Oderbolz, Dr. Urs Trinkner, Prof. Dr. Martin Lutzenberger, Prof. Dr. Tilman Slembeck, Leah Meyer de Stadelhofen

Kontakt: Urs Trinkner, +41 79 830 14 32, urs.trinkner@swiss-economics.ch

Disclaimer: Dieser Bericht wurde von Swiss Economics SE AG im Auftrag von Interpharma erstellt. Obwohl Swiss Economics sich bemüht, nur wahre und korrekte Informationen zu verwenden und eigene Aussagen sorgfältig zu tätigen, kann hinsichtlich der Richtigkeit, Aktualität, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Vollständigkeit und Verwendbarkeit der nachfolgenden Informationen keine Gewähr oder Haftung übernommen werden. Swiss Economics haftet in keinem Fall für Schäden oder Folgeschäden jeglicher Art, die in irgendeiner Weise im Zusammenhang mit den nachfolgend bereitgestellten Informationen stehen. Die nachfolgenden Informationen stellen keine rechtliche Beratung dar.

Zusammenfassung

Innovative Arzneimittel tragen wesentlich zur kontinuierlichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei. Der Zugang zu diesen Arzneimitteln über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ist in der Schweiz jedoch zunehmend erschwert: Der Anteil der regulär und gleichberechtigt über die Spezialitätenliste vergüteten innovativen Arzneimittel ist seit 2018 von 64 auf 50 Prozent zurückgegangen, und die Zeitspanne zwischen der Zulassung durch Swissmedic und dem Vergütungsentscheid hat sich deutlich verlängert. Zum Vergleich liegt die Vergütungsquote in Deutschland bei über 90 Prozent. Ob eine verbesserte Verfügbarkeit von innovativen Arzneimitteln in der Schweiz ihren Preis wert ist, lässt sich nur beurteilen, wenn bekannt ist, welchen Wert ein verbesserter Zugang für die Schweizer Bevölkerung hat. Solche Evidenz fehlt bisher. Die vorliegende Studie setzt hier an und erhebt die Zahlungsbereitschaft der Schweizer Versicherten für einen breiten und raschen Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Grundlage ist ein Discrete Choice Experiment (DCE) mit einer repräsentativen Stichprobe der Schweizer Grundversicherten von 1'318 Befragten. Insgesamt wurden 15'816 Entscheidungsaufgaben untersucht. Darin wurden hypothetische Ausgestaltungen der Grundversicherung – Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel in der OKP, zeitliche Verzögerung zwischen Zulassung und regulärer Vergütung über die OKP, Höhe der Mindestfranchise und monatliche Prämie – wiederholt gegeneinander abgewogen. Die empirische Auswertung liefert folgende Ergebnisse:

- Die Zahlungsbereitschaft für eine **Erhöhung der Verfügbarkeitsquote innovativer Arzneimittel** von 50 auf 90 Prozent beträgt durchschnittlich **CHF 33 pro Monat** oder CHF 394 pro Jahr.¹ Der Wert von 90 Prozent entspricht der Verfügbarkeit in Deutschland.
- Für einen **sofortigen Zugang** anstelle der heutigen Verzögerung von rund sieben Monaten zwischen Zulassung und Vergütungsentscheid würden die Versicherten im Schnitt **CHF 17 pro Monat** zahlen.
- **Verschlechterungen des Zugangs wiegen schwerer als Verbesserungen:** Für eine Reduktion der Verfügbarkeit auf 30 Prozent würden die Prämienzahler eine Kompensation von durchschnittlich CHF 58 pro Monat verlangen, für eine Verzögerung von 24 Monaten eine solche von CHF 64.

¹ Rundungsbedingt können die Summen der in diesem Bericht dargestellten Werte geringfügig von den jeweils angegebenen Totalen abweichen.

- Die Zahlungsbereitschaften für einen verbesserten Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die OKP fallen über **alle untersuchten Bevölkerungsgruppen hinweg signifikant positiv** aus.

Für die gesundheitspolitische Diskussion können mit den erhobenen Daten zudem konkrete Reformpakete bewertet werden, in denen die Verfügbarkeit und Vergütungsgeschwindigkeit innovativer Arzneimittel gemeinsam verändert werden. Hierzu werden die geschätzten Präferenzen in Kompensationsvariationen übersetzt. Diese entsprechen der Änderung der monatlichen Prämie, welche die Versicherten zwischen dem Status quo und dem jeweiligen Reformszenario indifferent stellt. Im Reformszenario **«Vollzugang» mit einer Verfügbarkeit von 90 Prozent und sofortiger Vergütung** sind dies rund **CHF 50 pro Monat** beziehungsweise CHF 600 pro Jahr. Diese Prämienerrhöhung entspricht rund 14 Prozent der mittleren Erwachsenenprämie im Jahr 2024.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	8
1.1 Ausgangslage	8
1.2 Fragestellung	10
1.3 Vorgehen	10
1.4 Struktur	10
2 Grundlagen	12
2.1 Aktuelle Situation in der Schweiz	12
2.2 Literatur zur Zahlungsbereitschaft	14
3 Methodik	17
3.1 Theoretische Grundlagen	17
3.2 Experimentdesign	18
4 Resultate	27
4.1 Empirische Schätzung	27
4.2 Ermittelte Zahlungsbereitschaften	29
4.3 Heterogenität der Zahlungsbereitschaften	30
4.4 Kompensationsvariation für Reformszenarien	33
4.5 Robustheit	34
5 Diskussion	37
5.1 Einordnung in die bestehende Evidenz	37
5.2 Einordnung in die gesundheitspolitische Debatte	38
6 Fazit	40
7 Referenzen	41
A Anhang empirische Untersuchungen	44
A.1 Fragebogen	44
A.2 Antwortverhalten	47
A.3 Stichprobe	49
A.4 Empirische Schätzergebnisse	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Attribute und Ausprägungen	20
Tabelle 2:	Ausprägungen Prämienattribut in der Literatur	22
Tabelle 3:	Schätzergebnisse im Basismodell	28
Tabelle 4:	Kompensationsvariation ausgewählter Reformszenarien	34
Tabelle 5:	Geschätzte Zahlungsbereitschaften nach Samplerestriktionen	35
Tabelle 6:	Einordnung der Zahlungsbereitschaften in die Ausgaben der OKP	39
Tabelle 7:	Antwortverhalten nach selbsteingeschätztem Attributverständnis	49
Tabelle 8:	Soziodemografische Merkmale der Stichprobe	50
Tabelle 9:	Einkommen und Versicherungsmerkmale der Stichprobe	52
Tabelle 10:	Schätzungen Conditional Logit	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zugangsverzögerungen bei innovativen Arzneimitteln	8
Abbildung 2:	Zulassungs- und Vergütungsprozess innovativer Arzneimittel	13
Abbildung 3:	Anteil ambulante Arzneimittel an den Bruttokosten der OKP	23
Abbildung 4:	Beispiel Entscheidungsszenario	24
Abbildung 5:	Zahlungsbereitschaften für die untersuchten Änderungen	29
Abbildung 6:	Zahlungsbereitschaften nach Gruppen, Zugangsattribute	32
Abbildung 7:	Zahlungsbereitschaften nach Gruppen, Mindestfranchise	32
Abbildung 8:	Verteilung der Bearbeitungszeiten	48
Abbildung 9:	Selbsteingeschätztes Verständnis der Attribute	48
Abbildung 10:	Empfundene Schwierigkeit der Choice-Tasks	48

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CV	Kompensationsvariation
DCE	Discrete Choice Experiment
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
EMA	Europäische Arzneimittelagentur
FDA	Food and Drug Administration
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SL	Spezialitätenliste

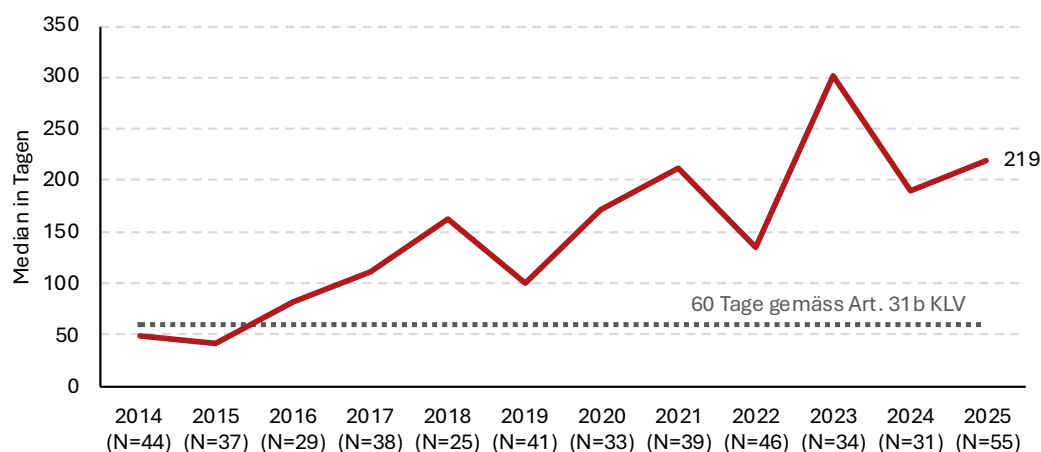
1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Innovative Arzneimittel leisten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Schätzungen zufolge sind 73 Prozent des zwischen 2006 und 2016 in einkommensstarken Ländern verzeichneten Anstiegs der Lebenserwartung auf neue pharmazeutische Behandlungsmethoden zurückzuführen (Lichtenberg, 2022). Auch in der Schweiz wird die Einführung innovativer Arzneimittel mit wesentlichen Verbesserungen in qualitätsbereinigten Lebensjahren assoziiert (Pavic et al., 2014). Neben ihrem unmittelbaren medizinischen Nutzen stellen innovative Therapien für Versicherte auch einen Optionswert dar, der ihre zukünftigen Behandlungsoptionen erweitert (Lakdawalla et al., 2017).

Seit 2020 hat Swissmedic jährlich zwischen 40 und 47 Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen zugelassen (Swissmedic, 2023; 2026). Der gleichberechtigte Zugang zu diesen innovativen Arzneimitteln über die obligatorische Grundversicherung (OKP) ist jedoch zunehmend erschwert. Wie Abbildung 1 zeigt, hat sich die Zeitspanne zwischen der Zulassung durch Swissmedic und der Aufnahme in die Spezialitätenliste (SL) in den letzten Jahren deutlich verlängert. Die gesetzlich vorgesehene Frist von 60 Tagen (Art. 31b KLV) wird mittlerweile regelmässig und teils erheblich überschritten.

Abbildung 1: Zugangsverzögerungen bei innovativen Arzneimitteln



Anmerkung: Abgebildet ist die Zeitspanne von Marktzulassung bis SL-Aufnahme für neue aktive Substanzen und neue Indikationen 2014–2025.

Quelle: Interpharma auf Basis SL, Swissmedic. Neue aktive Substanzen und neue Indikationen 2014–2025, mit Vorbescheid zur Gutheissung von Swissmedic (N=452).

Gemäss der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) stellen insbesondere langwierige Verhandlungen über die Listenpreise neu zugelassener Arzneimittel zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und den Herstellern den Hauptgrund für die Verzögerungen dar (EFK, 2023). Zur Erfüllung des Wirtschaftlichkeitsgebots strebt das BAG

möglichst vorteilhafte Listenpreise an. Innovative Arzneimittel sollen zu Bedingungen vergütet werden, die ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis und damit die finanzielle Tragfähigkeit der Grundversicherung gewährleisten.

Demgegenüber müssen Hersteller von innovativen Arzneimitteln ihre Kosten für Forschung und Entwicklung sowie für die Produktion decken und zugleich zunehmend internationale Preisimplikationen berücksichtigen. Die Vereinigten Staaten als grösster Absatzmarkt verzichteten bislang weitgehend auf eine staatliche Preisregulierung, führen mit dem «Most-Favored-Nation»-Ansatz nun aber schrittweise Elemente eines Referenzpreismodells ein, in dem sich der zulässige Preis an den Preisen in Vergleichsländern orientiert. Die Schweiz wird dabei explizit als Referenzland beigezogen.² Ein Preiszugeständnis in der Schweiz mindert damit nicht mehr nur den hiesigen Umsatz, sondern kann auch die Preise im weit grösseren US-Markt senken. Entsprechend könnten sich Preisverhandlungen mit dem BAG verzögern oder Hersteller könnten ganz auf eine Markteinführung in der Schweiz verzichten, um eine Senkung ihrer internationalen Referenzpreise zu vermeiden.³

Insgesamt nimmt das Schweizer Vergütungssystem Verzögerungen beim regulären Zugang zu innovativen Arzneimitteln in Kauf, mit dem Ziel tragbare Preise für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu erreichen. Der Blick auf andere Industrieländer zeigt, dass der Zielkonflikt zwischen raschem Zugang und Kostendämpfung unterschiedlich ausgelegt werden kann. In Deutschland beispielsweise können innovative Arzneimittel unmittelbar nach der Zulassung zu einem vom Hersteller eigenhändig festgelegten Preis vergütet werden, während die Preisregulierung erst nachgelagert erfolgt (Wasem et al., 2021). In der Schweiz wird die Preisfestsetzung von Arzneimitteln aktuell in der Umsetzung des Kostendämpfungspakets 2 diskutiert. Die Vorschläge der Verwaltung zielen teilweise auf eine Dämpfung der Arzneimittelkosten und werden von Interpharma und anderen Anspruchsgruppen kontrovers bewertet.

Wie der Zielkonflikt abzuwägen ist, lässt sich nicht technisch bestimmen. Die Beurteilung, ob die Kosten eines besseren Zugangs zu innovativen Arzneimitteln ihren Preis wert sind, setzt voraus, dass der Nutzen eines verbesserten Zugangs bekannt ist. Dieser Nutzen beschränkt sich insbesondere nicht auf jene Versicherten, die ein einzelnes neu zugelassenes innovatives Arzneimittel unmittelbar benötigen. Verzögerungen im Zugang mindern den Wert der Versicherungsdeckung für alle Prämienzahlenden. Bislang wurde dieser Nutzen nicht systematisch gemessen.

² Vgl. ISPOR - International Reference Pricing Comes to America: The MFN Policies Explained [26.08.2026]

³ Vgl. Medienmitteilung: Zugang zu innovativen Medikamenten unter Druck: Jedes dritte neue innovative Arzneimittel wird nicht zur Vergütung durch die Krankenkassen eingereicht - Interpharma [26.08.2026]

1.2 Fragestellung

Die vorliegende Studie setzt an dieser Lücke an und untersucht, welchen Wert die Versicherten dem Zugang zu innovativen Arzneimitteln beimessen. Für die Bewertung gesundheitspolitischer Reformen ist dieser Wert die entscheidende Grösse, und für die Schweiz liegt hierzu bislang keine bevölkerungsrepräsentative Evidenz vor. Die vorliegende Studie beantwortet daher folgende Forschungsfrage:

Wie hoch ist die Zahlungsbereitschaft der Schweizer Versicherten für einen breiten und raschen Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die obligatorische Grundversicherung?

Aus wohlfahrtsökonomischer Perspektive erfasst die Zahlungsbereitschaft dabei nicht nur den erwarteten Nutzen einer konkreten Inanspruchnahme, sondern auch den Optionswert eines verbesserten Zugangs zu innovativen Therapien. Zudem könnte die Zahlungsbereitschaft für einen verbesserten Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung in der Schweizer Bevölkerung heterogen verteilt sein. Reformen der Zugangsregulierung würden damit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen einen unterschiedlichen Nutzen entfalten. Untersucht wird im Folgenden deshalb auch, wie die Zahlungsbereitschaft nach soziodemografischen und versicherungsspezifischen Merkmalen variiert.

1.3 Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird ein Discrete Choice Experiment (DCE) umgesetzt. Dieser Ansatz ist besonders geeignet, da Versicherte im bestehenden System keine Wahl zwischen unterschiedlichen Ausgestaltungen des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln haben und die relevanten Präferenzen daher im beobachtbaren Marktverhalten nicht sichtbar sind. Im Rahmen eines DCE werden den Teilnehmenden stattdessen wiederholt hypothetische Entscheidungssituationen vorgelegt, in denen unterschiedliche Ausgestaltungen des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung und hypothetische Veränderungen der Versicherungsprämie miteinander verglichen werden. Durch die systematische Variation dieser Attribute können individuelle Präferenzen und deren relative Bedeutung quantifiziert sowie insbesondere die Zahlungsbereitschaften der Befragten geschätzt werden.

1.4 Struktur

- **Kapitel 2** gibt einen Überblick der relevanten Grundlagen, insbesondere der aktuellen regulatorischen Rahmenbedingungen in der Schweiz sowie der relevanten Literatur.

- **Kapitel 3** beschreibt das Design und die Umsetzung des DCE sowie die verwendeten statistischen Verfahren zur Auswertung der Befragungsdaten.
- **Kapitel 4** stellt die empirischen Ergebnisse des DCE dar. Insbesondere werden die Zahlungsbereitschaften für verschiedene Dimensionen des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln über die obligatorische Grundversicherung geschätzt.
- **Kapitel 5** ordnet die Ergebnisse des DCE ein. Diskutiert werden der Bezug zur bestehenden Literatur, die Bedeutung der beobachteten Präferenzunterschiede für die Ausgestaltung der Zugangsregulierung, sowie die Einordnung der geschätzten Zahlungsbereitschaften in die heutige Prämienbelastung.
- **Kapitel 6** fasst die zentralen Befunde zusammen und beantwortet die eingangs formulierte Forschungsfrage.
- **Anhang A** dokumentiert den im DCE verwendeten Fragebogen, dokumentiert die Eigenschaften der Stichprobe, die Antwortqualität, sowie die vollständigen Schätzergebnisse.

2 Grundlagen

Dieses Kapitel legt die Grundlagen für die Ausgestaltung und Einordnung des Experiments. Abschnitt 2.1 beschreibt den institutionellen Zugangsprozess in der Schweiz und leitet daraus die beiden Dimensionen ab, anhand derer sich der Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung aus Sicht der Versicherten charakterisieren lässt. Diese Dimensionen bilden die zwei zentralen Attribute des Experiments, und die hier ausgewiesenen Werte dienen der Kalibrierung ihrer Ausprägungen. Abschnitt 2.2 fasst die bestehende Literatur zur Zahlungsbereitschaft zusammen, an der sich die eigenen Schätzungen messen lassen.

2.1 Aktuelle Situation in der Schweiz

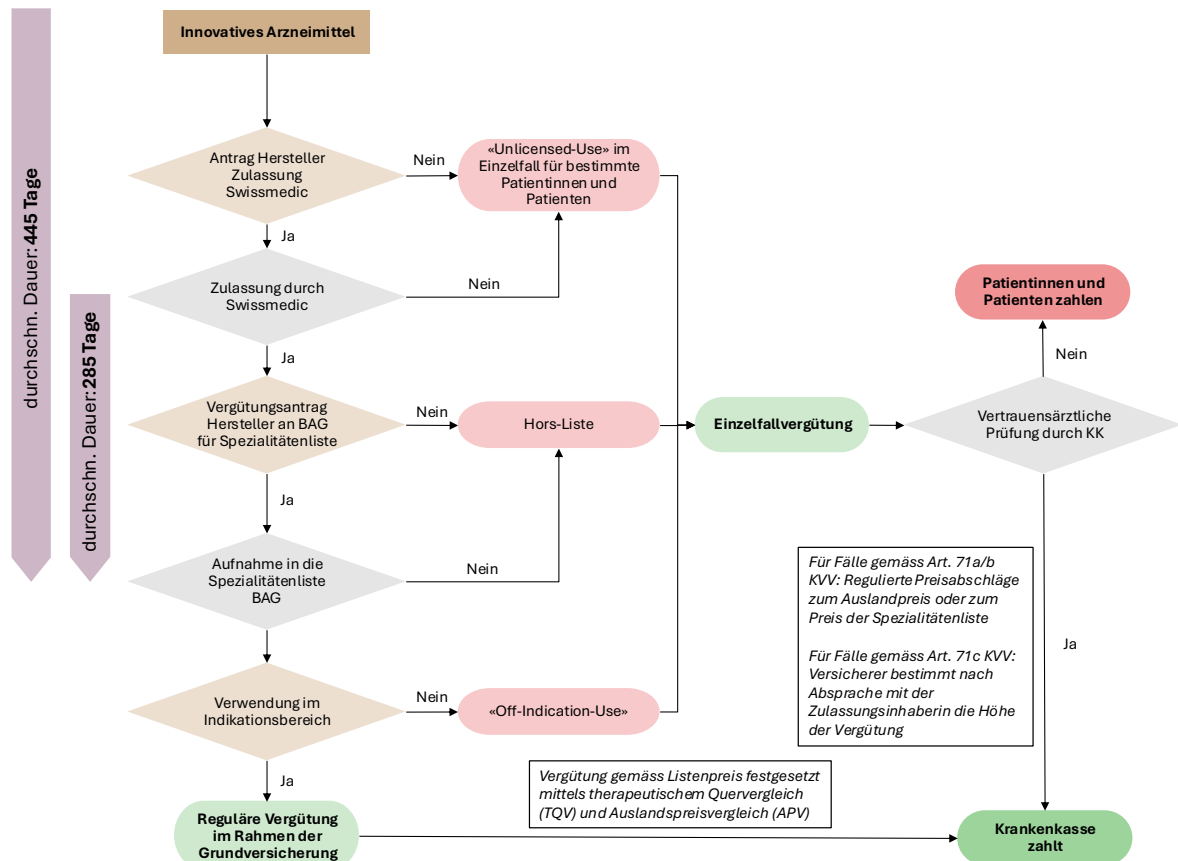
Der Zugang zu innovativen Arzneimitteln erfolgt im Schweizer Gesundheitssystem in mehreren institutionellen Schritten (siehe Abbildung 2). Voraussetzung für die Vermarktung eines Arzneimittels in der Schweiz ist zunächst eine Zulassung durch Swissmedic. Hersteller reichen ihre Zulassungsanträge bei den Behörden verschiedener Länder sequenziell ein und priorisieren dabei typischerweise ausländische Zulassungsbehörden, insbesondere die Food and Drug Administration (FDA) in den USA. Im Jahr 2024 wurden 75 Prozent der Arzneimittel mit neuen aktiven Substanzen weltweit zuerst durch die FDA zugelassen, während in lediglich 6 Prozent der Fälle Swissmedic die erste Zulassungsbehörde war (Lara et al., 2025). Diese Sequenzierung (Submission Gap) und nicht die Verfahrensdauer bei Swissmedic erklärt den Zeitunterschied zur Erstzulassung im Ausland. Als Gründe für die Sequenzierung werden die Marktgrösse der Schweiz und vermehrt auch Planungssicherheit genannt. Nach Einschätzung der Branche wirken sich Unsicherheiten im Vergütungsverfahren beim BAG zusätzlich negativ auf den Zeitpunkt der Einreichung in der Schweiz aus.

Nach der Zulassung durch Swissmedic bedarf es für eine reguläre Vergütung über die obligatorische Grundversicherung zusätzlich einer Prüfung durch das BAG, das über die Aufnahme in die Spezialitätenliste (SL) entscheidet. Nach erfolgter SL-Aufnahme können die Kosten über die OKP vergütet werden. Nach Erreichen der individuellen Franchise des Versicherten übernimmt der Versicherer die anfallenden Kosten der Arzneimittel, wobei Versicherte einen Selbstbehalt von 10 Prozent tragen (Art. 64 KVG).

Arzneimittel, die nicht durch Swissmedic zugelassen sind, nicht in der SL enthalten sind (Hors-Liste) oder ausserhalb der in der SL vorgesehenen Indikationen verwendet werden, werden grundsätzlich nicht von der OKP vergütet. Ausnahmen sind im Rahmen der Einzelfallvergütung möglich (Art. 71a-c KVV). Verschreibende Ärztinnen und Ärzte können ein Vergütungsgesuch stellen, das einer vertrauensärztlichen Prüfung durch den Krankenversicherer unterzogen wird. Gemäss den Statistiken des Bundes ist die Zahl solcher Gesuche zuletzt deutlich gestiegen. Rund 80 Prozent werden bewilligt

(BAG, 2023). Das System der Einzelfallvergütung ist entsprechend mit zunehmendem administrativem Aufwand für Patienten, Leistungserbringer und Versicherer verbunden. Hinzu kommen für die betroffenen Patientinnen und Patienten Unsicherheiten über die Kostenübernahme durch die OKP.

Abbildung 2: Zulassungs- und Vergütungsprozess innovativer Arzneimittel



Quelle: Swiss Economics basierend auf IQVIA (2026)

Versicherte in der Schweiz können zusätzlich zur OKP freiwillige ambulante Zusatzversicherungen abschliessen, die unter bestimmten Voraussetzungen auch Kosten für Arzneimittel übernehmen können, die zwar von Swissmedic zugelassen, jedoch nicht in der SL aufgeführt sind. Die tatsächliche Deckung innovativer Arzneimittel wird von den Versicherern jedoch unterschiedlich gehandhabt und ist in der Praxis häufig eingeschränkt. Teilweise knüpfen Versicherer eine Kostenübernahme an einen positiven Einzelfallvergütungsentscheid.⁴ Andere Zusatzversicherer verfügen über keine expliziten Regelungen und entscheiden entsprechende Leistungsfälle individuell unter Berücksichtigung ihrer Ausschlusslisten. Auch bei Abschluss einer ambulanten Zusatzversicherung bleibt die Vergütung innovativer Arzneimittel damit mit erheblicher

⁴ Vgl. z.B. *Präparate der Ausschlussliste* der AXA Versicherungen AG [04.03.2026]

Unsicherheit behaftet. Zudem besteht im Zusatzversicherungsmarkt keine Pflicht zur diskriminierungsfreien Aufnahme von Versicherten.

Zusammenfassend lässt sich aus Sicht der Schweizer Bevölkerung der Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung anhand zweier Dimensionen charakterisieren:

ZEIT BIS ZUR REGULÄREN VERGÜTUNG

Verzögerungen im Zugang zu innovativen Arzneimitteln entstehen vor allem beim Vergütungsverfahren beim BAG, bis ein Arzneimittel regulär über die OKP abgerechnet werden kann. Die Verzögerung zwischen Swissmedic-Zulassung und SL-Aufnahme belief sich im Jahr 2025 auf durchschnittlich 219 Tage.

UMFANG DER REGULÄREN VERGÜTUNG

Neben zeitlichen Verzögerungen wird der Zugang durch den Umfang der innovativen Arzneimittel bestimmt, die regulär über die OKP verfügbar sind. Gemäss dem Patients W.A.I.T. Indicator der European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) waren im Jahr 2025 rund 50 Prozent der zwischen 2021 und 2024 von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) zugelassenen innovativen Arzneimittel in der Schweiz regulär über die Spezialitätenliste verfügbar (IQVIA, 2026). Im Vergleich zu Deutschland ist damit nur etwa die Hälfte der dort vergüteten neuen innovativen Arzneimittel in der Schweiz für alle Patientinnen und Patienten gleichermassen über die OKP verfügbar. Über die Zeit hat sich der Zugang verschlechtert. Der Anteil der regulär über die Spezialitätenliste vergüteten Arzneimittel ist seit 2018 von 64 auf 50 Prozent zurückgegangen.⁵

2.2 Literatur zur Zahlungsbereitschaft

Dass ein verbesserter Zugang zu innovativen Arzneimitteln einen ökonomischen Wert hat, folgt nicht allein aus dem Nutzen für die aktuell behandelten Patientinnen und Patienten. Lakdawalla et al. (2017) zeigen, dass medizinische Innovation einen Versicherungswert stiftet: Sie verringert das Risiko, im Krankheitsfall ohne wirksame Behandlungsoption zu sein, und erhöht damit den Erwartungsnutzen auch jener Versicherten, die gegenwärtig gesund sind. Der Wert eines verbesserten Zugangs umfasst somit neben dem erwarteten Behandlungsnutzen einen Optionswert, dessen Höhe von der individuell erwarteten Betroffenheit abhängt. Dass pharmazeutische Innovation messbare Gesundheitsgewinne erzeugt, ist empirisch gut belegt (Lichtenberg, 2019; 2022).

⁵ Vgl. Zugang zu innovativen Medikamenten: Die Schweiz stagniert weiterhin hinter Deutschland - Interpharma [03.08.2026]

Die gesundheitsökonomische Literatur hat Zahlungsbereitschaften im Zusammenhang mit dem Zugang zu innovativen Arzneimitteln einerseits auf der Ebene spezifischer Therapien und Interventionen und andererseits auf der Ebene institutioneller Ausgestaltungen von Krankenversicherungssystemen untersucht.

Im Mittelpunkt eines Teils der Literatur stehen spezifische Therapien oder klar definierte medizinische Interventionen. So verwenden Neumann-Böhme et al. (2023) ein DCE, um in sieben europäischen Ländern die Zahlungsbereitschaft für einen schnelleren Zugang zu einem hypothetischen COVID-19-Impfstoff zu schätzen. Die Ergebnisse weisen auf eine substanzielle Zahlungsbereitschaft für einen unmittelbaren Zugang hin und zeigen zugleich eine ausgeprägte Heterogenität nach individuellen Merkmalen wie Alter, Einkommen und Risikowahrnehmung.

Solche Studien liefern wichtige Evidenz dafür, dass die zeitliche Verfügbarkeit konkreter medizinischer Innovationen einen monetär bewertbaren Nutzen stiften kann. Allerdings beziehen sie sich in der Regel auf klar umrissene medizinische Leistungen in spezifischen therapeutischen Kontexten. Sie erlauben daher nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die institutionelle Ausgestaltung von Zulassungs- und Vergütungsprozessen für innovative Arzneimittel. Insbesondere bleibt offen, welchen Wert die Bevölkerung einem systematisch beschleunigten Zugang zu Innovationen im Rahmen eines Gesundheitssystems beimisst, unabhängig von einer konkreten Indikation.

Ein zweiter Strang der Literatur untersucht Präferenzen für die institutionelle Ausgestaltung von Krankenversicherungssystemen mittels DCE. In den Niederlanden haben Kerssens und Groenewegen (2005) Konsumentenpräferenzen für Krankenversicherungsverträge mit verschiedenen Attributen untersucht und zeigen, dass Versicherte konsistente und systematisch geordnete Präferenzen für Versicherungsattribute aufweisen. Leukert-Becker und Zweifel (2014) vergleichen Präferenzen für Krankenversicherungsattribute in Deutschland und den Niederlanden und stellen fest, dass diese stark kontextabhängig sind und zwischen Ländern variieren. Diese Befunde unterstreichen die Notwendigkeit länderspezifischer Evidenz und schränken die direkte Übertragbarkeit internationaler Studien auf den Schweizer Kontext ein.

Eine der wenigen Studien, die eine systemische Perspektive für die Schweiz einnimmt, stammt von Becker und Zweifel (2008). Die Autoren führen in einem bevölkerungsrepräsentativen Sample der Schweizer Bevölkerung ein DCE durch, in dem unterschiedliche Ausgestaltungen eines Grundversicherungsvertrags miteinander verglichen werden. Ein Vertragsattribut ist dabei der Zugang zu medizinischen Innovationen. Konkret wird ein sofortiger Zugang zu neuen Behandlungsmethoden einem Szenario gegenübergestellt, in dem innovative Therapien erst drei Jahre nach ihrer Einführung in die Grundversicherung aufgenommen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten im Durchschnitt eine monatliche Prämienreduktion von rund CHF 38 verlangen, um eine solche dreijährige Verzögerung zu akzeptieren. Der Zugang zu Innovationen wird dabei höher bewertet als andere untersuchte Vertragsattribute, etwa eine erweiterte Kostenübernahme für alternative Medizin oder die freie Wahl von Markenpräparaten. Zudem zeigt die Studie eine starke Variation in den impliziten Zahlungsbereitschaften mit dem Alter der Befragten, wobei jüngere Kohorten einen besonders hohen Wert auf einen unmittelbaren Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung legen.

Aus der bestehenden Literatur ergeben sich drei Lücken, welche die vorliegende Studie aufgreift. Erstens variieren sowohl Becker und Zweifel (2008) als auch Neumann-Böhme et al. (2023) ausschliesslich die zeitliche Dimension des Zugangs. Der Umfang der regulär vergüteten Arzneimittel wurde bislang nicht bewertet, obwohl gerade diese Dimension die Schweiz von Ländern wie Deutschland am deutlichsten unterscheidet (siehe Abschnitt 2.1). Zweitens ist Becker und Zweifel (2008) die einzige bevölkerungsrepräsentative Studie, die Präferenzen für den Zugang zu medizinischen Innovationen im Rahmen der Schweizer Grundversicherung quantifiziert. Die geschätzten Zahlungsbereitschaften sind jedoch nahezu zwei Jahrzehnte alt. Seither haben sich sowohl die regulatorischen Rahmenbedingungen des Zugangs als auch die finanzielle Belastung der Versicherten durch steigende Prämien der obligatorischen Grundversicherung deutlich verändert. Drittens verwenden die bestehenden Studien Ausprägungen, die sich nicht unmittelbar auf die aktuelle Situation beziehen lassen. Die vorliegende Studie kalibriert die Ausprägungen demgegenüber auf die in Abschnitt 2.1 dokumentierten Verhältnisse, wodurch sich die Ergebnisse direkt zur Beurteilung konkreter Reformoptionen verwenden lassen.

3 Methodik

Dieses Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen. Abschnitt 3.1 stellt die theoretischen Grundlagen der Auswertung von Discrete-Choice-Experimenten dar, Abschnitt 3.2 die Ausgestaltung des Experiments und die Spezifikation der empirischen Schätzung.

3.1 Theoretische Grundlagen

Im Rahmen eines DCE werden Individuen wiederholt mit hypothetischen Entscheidungsalternativen konfrontiert, die durch verschiedene Attribute charakterisiert sind. Die Analyse der resultierenden Wahlentscheidungen basiert auf der Random Utility Theory (Louviere et al., 2000).

Demnach setzt sich der Nutzen U_{ijt} , den Individuum i aus Entscheidungsalternative j im Choice-Set t zieht, aus einer beobachtbaren (deterministischen) Komponente V_{ijt} und einer nicht beobachtbaren (stochastischen) Komponente ε_{ijt} zusammen. Die deterministische Komponente wird vorliegend linear in den Attributen spezifiziert, mit dem Vektor der Attributausprägungen X der Alternative und dem Koeffizientenvektor β , der den marginalen Nutzen der Attribute wiedergibt:

$$U_{ijt} = V_{ijt} + \varepsilon_{ijt} = \beta'X_{ijt} + \varepsilon_{ijt} \quad (1)$$

Individuen wählen die Entscheidungsalternative j , wenn deren Nutzen grösser ist als der Nutzen aller anderen Alternativen in der Auswahlmenge. Die Wahrscheinlichkeit, dass Individuum i in Choice-Set t die Alternative j wählt, ergibt sich als:

$$\pi_{ijt} = P(U_{ijt} > U_{ikt}) = P(V_{ijt} - V_{ikt} > \varepsilon_{ikt} - \varepsilon_{ijt}), \forall k \neq j \quad (2)$$

Vorliegend werden die Koeffizienten der deterministischen Nutzenkomponente als über die Befragten homogen spezifiziert. Unter der Annahme, dass die stochastischen Komponenten ε_{ijt} unabhängig und identisch extremwertverteilt sind, ergibt sich die Wahlwahrscheinlichkeit als Conditional Logit, wobei J_{it} die Auswahlmenge bezeichnet, die Person i im Choice-Set t vorgelegt wird (McFadden, 1974; Train, 2009):

$$\pi_{ijt} = \frac{e^{V_{ijt}}}{\sum_{j' \in J_{it}} e^{V_{ij't}}} \quad (3)$$

Ist der Preis c als Attribut der Entscheidungsalternativen spezifiziert, lässt sich die marginale Zahlungsbereitschaft für eine marginale Änderung eines anderen Attributs k direkt aus dem Verhältnis der entsprechenden Koeffizienten der Nutzenfunktion V_{ijt} ableiten (Lancsar & Savage, 2004):

$$WTP_k = -\frac{\beta_k}{\beta_c} \quad (4)$$

Zur Bewertung diskreter Attributänderungen kann die Kompensationsvariation (CV) verwendet werden. Sie misst den Geldbetrag, der einem Individuum nach einer Veränderung der Alternativen gegeben oder genommen werden müsste, um es auf sein ursprüngliches Nutzenniveau zurückzuführen. Die Kompensationsvariation erlaubt somit eine wohlfahrtsökonomische Interpretation von Reform- oder Szenariovergleichen. Unter den oben genannten Annahmen kann die Kompensationsvariation allgemein definiert werden (Lancsar & Savage, 2004):

$$CV = -\frac{1}{\beta_c} \left[\ln \left(\sum_{j \in J^1} e^{V_{jt}^1} \right) - \ln \left(\sum_{j \in J^0} e^{V_{jt}^0} \right) \right] \quad (5)$$

Da die obligatorische Grundversicherung für alle Versicherten gilt und keine Wahlmenge besteht, enthalten Ausgangs- und Reformzustand jeweils genau eine Alternative. Die Log-Summen-Formel reduziert sich in diesem Fall auf die Nutzendifferenz, geteilt durch den Betrag des Preiskoeffizienten.

3.2 Experimentdesign

Im vorliegenden DCE treffen Befragte wiederholt Entscheidungen zwischen alternativen Ausgestaltungen der obligatorischen Grundversicherung. Dabei umfasst jedes Entscheidungsszenario eine Status-quo-Alternative, welche den aktuell bestehenden Leistungsumfang der obligatorischen Grundversicherung repräsentiert, sowie zwei alternative Ausgestaltungen des Leistungsumfangs. Aus den Abwägungen, die Befragte zwischen den verschiedenen Attributen der obligatorischen Grundversicherung treffen, lässt sich deren Nutzenfunktion V_{ij} schätzen und entsprechende Zahlungsbereitschaften ableiten. Im Folgenden wird die Ausgestaltung des Experiments im Detail beschrieben.

3.2.1 Attribute

Abgeleitet von der vorliegenden Forschungsfrage und den in Abschnitt 2.1 beschriebenen Zugangsdimensionen stehen die folgenden Attribute im Zentrum des Experiments:

- Erstens die Höhe der **monatlichen Grundversicherungsprämie**. Dieses Attribut bildet die finanzielle Belastung der Versicherten ab und fungiert als Preisattribut, welches die Identifikation der Zahlungsbereitschaft für Veränderungen anderer Attribute ermöglicht.
- Zweitens **der Anteil der über die OKP verfügbaren innovativen Arzneimittel**. Dieses Attribut bildet den Umfang des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung ab. Es erfasst damit die *Breite* des Leistungskatalogs der Grundversicherung zu einem gegebenen Zeitpunkt.
- Drittens die **zeitliche Verzögerung** zwischen der Zulassung eines innovativen Arzneimittels in der Schweiz und dessen regulärer Vergütung über die obligatorische Grundversicherung. In Kombination mit dem Preisattribut erlaubt dieses Attribut die Schätzung der Zahlungsbereitschaft der Befragten für einen beschleunigten regulären Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung.
- Weiter wird die **Mindestfranchise** als Attribut berücksichtigt. Versicherte in der Schweiz können zwischen verschiedenen Franchise-Stufen wählen, wobei derzeit eine gesetzliche Mindestfranchise von CHF 300 gilt (Art. 103 ff. KVV). In der Vergangenheit wurde verschiedentlich eine Erhöhung dieser Mindestfranchise diskutiert und eine Erhöhung der Mindestfranchise befindet sich derzeit in der Vernehmlassung.⁶ Die Mindestfranchise als Attribut ermöglicht es, die Zahlungsbereitschaft für den Zugang zu innovativen Arzneimitteln gegenüber jener für andere Leistungsdimensionen der obligatorischen Grundversicherung zu kontextualisieren. Bei der Mindestfranchise steht insbesondere die Frage im Vordergrund, inwieweit die Kosten des Grundversicherungskatalogs, etwa der Zugang zu innovativen Arzneimitteln, solidarisch getragen werden und in welchem Mass die Versicherten ihr Kostenrisiko selbst übernehmen. Die Mindestfranchise erlaubt es zudem, Reformpakete zu bewerten, in denen ein erweiterter Zugang zu innovativen Arzneimitteln über eine höhere Kostenbeteiligung gegenfinanziert wird.

Die im Experiment abgebildeten Entscheidungsoptionen werden daher durch vier Attribute charakterisiert. Damit liegt das Design im typischen Bereich gesundheitsökonomischer Anwendungen von DCEs. Empirische Übersichtsarbeiten zeigen, dass die meisten Studien zwischen vier und neun Attribute verwenden (Soekhai et al., 2018). Auf weitere Attribute wurde bewusst verzichtet. Eine höhere Anzahl erhöht die

⁶ Vgl. Bundesrat schickt Erhöhung der Mindestfranchise in die Vernehmlassung [12.05.2025]

kognitive Belastung der Befragten und begünstigt vereinfachende Entscheidungsstrategien, bei denen einzelne Merkmale ignoriert werden. Die gewählten vier Attribute erfassen jene Dimensionen, die im Zentrum der vorliegenden Forschungsfrage stehen.

3.2.2 Ausprägungen

Nachfolgend werden die Ausprägungen der einzelnen Attribute definiert (siehe Übersicht in Tabelle 1). Die Literatur empfiehlt, die Anzahl der Ausprägungen pro Attribut auf drei bis vier zu begrenzen (Bridges et al., 2011). Für das Prämienattribut wird davon bewusst abgewichen und eine feinere Abstufung verwendet, da die Präzision der geschätzten Zahlungsbereitschaften unmittelbar von der Variation im Preisattribut abhängt.

Tabelle 1: Attribute und Ausprägungen

Attribut	Ausprägungen
Verfügbarkeit: Anteil der von der Grundversicherung übernommenen innovativen Arzneimittel	Status quo: 50% aller innovativen Arzneimittel werden regulär durch die Grundversicherung vergütet. Alternativen: 30% bzw. 90% aller innovativen Arzneimittel werden regulär durch die Grundversicherung vergütet.
Verzögerung: Verzögerung zwischen der Zulassung eines innovativen Arzneimittels und der regulären Vergütung durch die Grundversicherung	Status quo: Aktuelle Vergütungsregulierung mit einem verzögerten Zugang von Median 7 Monaten nach Zulassung Alternative 1: Sofortiger Zugang nach Zulassung Alternative 2: Verzögerter Zugang von 24 Monaten nach Zulassung
Mindestfranchise: Mindestwert der jährlichen Franchise in der Grundversicherung	Status quo: Mindestfranchise CHF 300 Alternative 1: Mindestfranchise CHF 400 Alternative 2: Mindestfranchise CHF 600
Prämienänderung: Veränderung ihrer monatlichen Grundversicherungsprämie im Vergleich zum Status quo	Status quo: Keine Veränderung der monatlichen Prämie Alternativen: Erhöhung oder Reduktion der monatlichen Prämie um CHF 20, 40, 80

Quelle: Eigene Darstellung Swiss Economics

Zunächst ist zu erwähnen, dass die Ausprägungen der Attribute im vorliegenden DCE jeweils eine **Status-quo-Option** enthalten. Dies sind Ausprägungen, die die aktuelle Ausgestaltung der OKP abbilden und es ermöglichen, die alternativen Ausprägungen der Attribute als relative Veränderungen zur bestehenden Ausgestaltung der obligatorischen Grundversicherung zu formulieren. Dieses Vorgehen ist insbesondere für das Preisattribut wichtig. Die monatlichen Prämien der obligatorischen Grundversicherung variieren in der Schweiz nach Wohnort und gewählttem Versicherungsmodell. Die Verwendung absoluter Prämienwerte würde daher das Risiko bergen, dass die Entscheidungsalternativen für bestimmte Befragte unrealistisch erscheinen. Die Formulierung der Preisattribute als relative Veränderung gegenüber der aktuellen Prämie stellt entsprechend sicher, dass die Wahlalternativen für alle Befragten vergleichbar und

realitätsnah sind. Damit kann vermieden werden, dass Befragte zur Wahl zwischen Alternativen gezwungen werden, die sie in der Realität nicht wählen können. Dies kann zu verzerrten Schätzungen der entsprechenden Präferenzen und Zahlungsbereitschaften führen (Campbell & Erdem, 2019).

Das Attribut **«Verfügbarkeit»** beschreibt den Anteil innovativer Arzneimittel, die in der Schweiz zu einem gegebenen Zeitpunkt über die Grundversicherung verfügbar sind, unabhängig davon, wie schnell die Aufnahme in den Leistungskatalog erfolgt. Die Status-quo-Ausprägung bildet die aktuelle Versorgungslage ab. Gemäss IQVIA (2026) waren im Sample der zwischen 2021 und 2024 von der EMA zugelassenen Arzneimittel per Januar 2026 lediglich rund 50 Prozent regulär über die SL vergütet. Zusätzlich werden alternative Ausprägungen spezifiziert, die Abweichungen von diesem Status-quo-Wert abbilden. Eine erste Alternative erfasst das Szenario einer reduzierten Verfügbarkeit von 30 Prozent. Dies entspricht gemäss IQVIA (2026) in etwa der durchschnittlichen Verfügbarkeit in EU-Ländern. Eine zweite Alternative bildet eine breitere Verfügbarkeit ab. Als Referenzwert dient Deutschland, wo gemäss IQVIA (2026) im Sample der zwischen 2021 und 2024 von der EMA zugelassenen Arzneimittel per Januar 2026 rund 90 Prozent regulär vergütet werden konnten.

Das Attribut **«Verzögerung»** beschreibt die zeitliche Verzögerung zwischen der Zulassung eines Arzneimittels durch Swissmedic und dessen regulärer Vergütung über die obligatorische Grundversicherung. Die Status-quo-Ausprägung bildet dabei die aktuelle Vergütungsregulierung ab, die aktuell mit einer Median-Verzögerung von rund sieben Monaten zwischen Zulassung und Vergütungsentscheid einhergeht (IQVIA, 2026). Zusätzlich werden alternative Ausprägungen spezifiziert. Erstens eine sofortige reguläre Vergütung innovativer Arzneimittel durch die Grundversicherung nach der Zulassung. Diese Ausprägung ermöglicht es, die Zahlungsbereitschaft der Versicherten für einen unmittelbaren Zugang zu innovativen Therapien im Vergleich zum Status quo zu schätzen. Gleichzeitig kann damit der empfundene Nutzen der im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2 vorgesehenen Massnahme der «provisorischen Vergütung ab Tag 0» aus Sicht der Versicherten approximiert werden. Zweitens werden zusätzliche Verzögerungen im Zugang zu innovativen Arzneimitteln als Attribut abgebildet. Konkret wird hierfür eine Vergütungsregulierung mit einer Verzögerung von 24 Monaten zwischen Zulassung und regulärer Vergütung spezifiziert. Diese Ausprägung erlaubt es, die Zahlungsbereitschaft der Versicherten zur Vermeidung zusätzlicher Verzögerungen zu identifizieren.

Für das Attribut **«Mindestfranchise»** werden drei Ausprägungen verwendet: CHF 300 (Status quo), CHF 400 und CHF 600. Der aktuelle gesetzliche Mindestwert der Franchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beträgt CHF 300.⁷ Der im

⁷ Vgl. Art. 103 Abs. 1 KVV

Rahmen der aktuellen Vernehmlassung zur Änderung des KVG vorgesehene automatische Anpassungsmechanismus würde gemäss erläuterndem Bericht des Bundesrates zu einer Anhebung der Mindestfranchise auf CHF 400 führen.⁸ Die Wahl dieser Ausprägung ermöglicht es, eine realistische und politisch diskutierte Reformoption im Experiment abzubilden. Zusätzlich wird eine stärkere Erhöhung der Mindestfranchise auf CHF 600 berücksichtigt. Die Kombination dieser drei Ausprägungen erlaubt somit sowohl die Bewertung moderater als auch stärkerer Anpassungen der Mindestfranchise im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung.

Für die Kalibrierung der Ausprägungen des Attributs **«Prämienänderung»** können zunächst Anhaltspunkte aus der Literatur beigezogen werden. In der Schweiz wurden bereits mehrere DCEs durchgeführt, um die Zahlungsbereitschaft von Versicherten für verschiedene Ausgestaltungen der Grundversicherung zu erheben (siehe auch Abschnitt 2.2). In diesen DCEs wurde das Prämienattribut, wie im vorliegenden Design, jeweils als Veränderung der monatlichen Grundversicherungsprämie spezifiziert (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Ausprägungen Prämienattribut in der Literatur

Quelle	Ausprägungen	Mittlere Prämie	Ausprägungen in Prozent
Becker & Zweifel (2008)	CHF +/- 10/25/50 der monatlichen Prämie	CHF 240 (im Sample)	+/- 10–20% (eigene Berechnung)
Nicolet et al. (2022)	CHF +/- 40/80 der monatlichen Prämie	CHF 350 (gem. BAG)	+/- 10–20% (gem. Autoren)

Quelle: Eigene Darstellung Swiss Economics

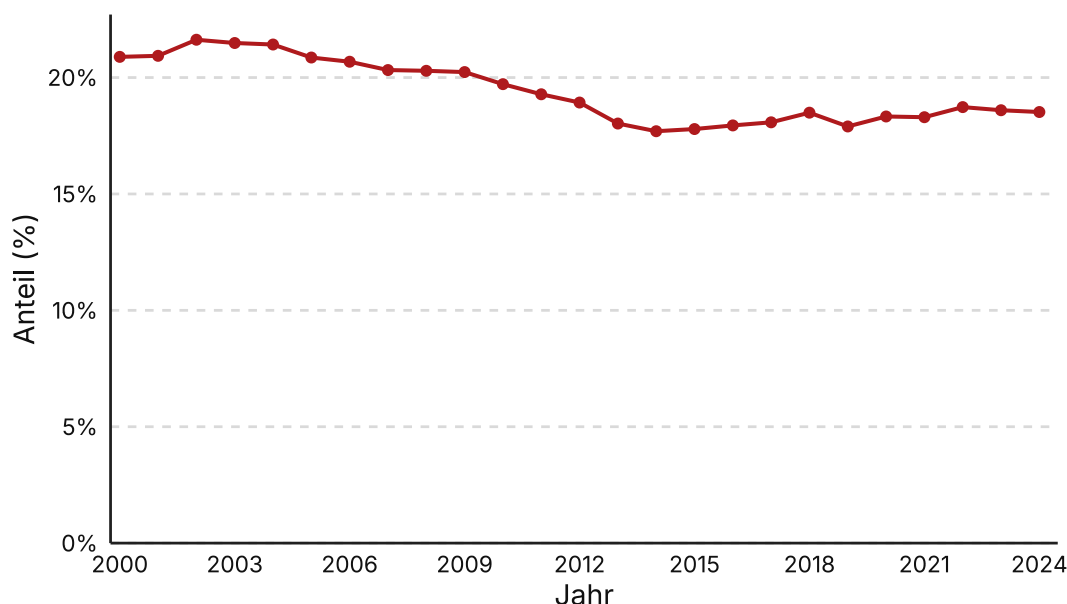
Diese Studien betrachteten jeweils eine Vielzahl möglicher Ausgestaltungen der obligatorischen Grundversicherung. Das vorliegende DCE-Design ist demgegenüber eher auf innovative Arzneimittel fokussiert. Arzneimittel im ambulanten Bereich (Arztpraxis und Apotheken) waren 2024 für rund 18–19 Prozent der Bruttokosten der OKP verantwortlich (Abbildung 3). Die in den obigen Studien verwendeten Prämienausprägungen von ± 10 –20 Prozent sind für das vorliegende, auf Arzneimittel fokussierte Design entsprechend zu hinterfragen. Eine Prämienveränderung dieser Grössenordnung würde, isoliert dem ambulanten Arzneimittelbereich zugeschrieben, eine im Verhältnis zum tatsächlichen Kostenanteil von Arzneimitteln in der OKP unverhältnismässig grosse Veränderung implizieren.

Gleichzeitig ist bekannt, dass die Wahl des Grundversicherungsvertrags von einem starken Status-quo-Bias geprägt ist. Versicherte präferieren tendenziell ihren bestehenden Vertrag und benötigen relativ starke Wechselanreize. Becker und Zweifel (2008) schätzten diesen Status-quo-Bias auf rund CHF 50 (20 Prozent der damaligen

⁸ Vgl. KVG-Änderung: Anpassung der Franchise [24.03.2026]

mittleren Prämie). Teilnehmende ihres DCE bedurften im Schnitt einer Prämienreduktion dieser Höhe, um einen Wechsel des Grundversicherungsvertrags gegenüber dem Status quo zu bevorzugen. Ein vergleichbarer Status-quo-Bias ist auch im vorliegenden Fall zu erwarten.

Abbildung 3: Anteil ambulante Arzneimittel an den Bruttokosten der OKP



Hinweis: Kostenpositionen Medikamente Arztpraxis und Apotheken kombiniert.

Quelle: Obsan, SASIS

Aktuell beträgt die mittlere monatliche Grundversicherungsprämie rund CHF 393.⁹ Vor dem Hintergrund der beiden vorangehenden Überlegungen, nämlich dem Kostenanteil von Arzneimitteln an der OKP, der für eine engere Prämienspanne als die in der Literatur übliche spricht, sowie dem Status-quo-Bias, der eine gewisse Mindestbreite der Spanne erfordert, damit er von der Zahlungsbereitschaft für den Arzneimittelzugang separiert werden kann, wird die Prämienausprägung im vorliegenden DCE auf $\pm$ CHF 20/40/80 festgelegt.

3.2.3 Choice-Sets

Um eine statistisch effiziente Auswahl von Choice-Sets zu generieren, wird vorliegend ein fraktionales Design vom Panelanbieter YouGov bereitgestellt (Bridges et al., 2011). Dabei wird eine möglichst informative Teilmenge aller möglichen Alternativen erstellt, die eine effiziente Schätzung der Präferenzparameter ermöglicht. So wurden insgesamt 300 unterschiedliche Choice-Sets generiert.

⁹ Vgl. Krankenkassenprämien erhöhen sich durchschnittlich um 4,4 Prozent – Kostendämpfung bleibt Daueraufgabe [28.07.2026]

Insgesamt werden den Befragten jeweils 12 Choice-Tasks vorgelegt, die je eine Status-quo-Option und zwei alternative Grundversicherungsoptionen enthalten. Diese Anzahl an Choice-Tasks entspricht der gängigen Praxis in der gesundheitsökonomischen Literatur (Soekhai et al., 2018). Abbildung 4 zeigt ein Beispiel eines möglichen Choice-Sets. Zur Konsistenzprüfung wird ausserdem ein Choice-Task in der Befragung wiederholt, um die Stabilität der individuellen Präferenzen zu überprüfen. Die Reihenfolge der beiden Reformalternativen ist dabei in einem Teil der Designversionen getauscht.

Um zusätzlich sicherzustellen, dass die den Befragten vorgelegten Alternativen inhaltlich plausible und relevante Entscheidungssituationen abbilden, wurde eine Prohibition implementiert, die vom Status quo strikt dominierte Alternativen aus dem Design ausschliesst. Als dominiert gilt eine Alternative, wenn sie gegenüber dem Status quo gleichzeitig eine geringere Verfügbarkeit, eine längere Wartezeit und eine Prämienhöhung (oder keine Prämienveränderung) aufweist.

Abbildung 4: Beispiel Entscheidungsszenario

	Status quo	Option A	Option B
Verfügbarkeit <i>Anteil der von der Grundversicherung übernommenen innovativen Arzneimittel (in Prozent)</i>	50 %	90 %	30 %
Verzögerung <i>Verzögerung zwischen der Zulassung eines innovativen Arzneimittels und der regulären Vergütung durch die Grundversicherung (in Monaten)</i>	7 Monate	0 Monate	24 Monate
Mindestfranchise <i>Mindestwert der jährlichen Franchise in der Grundversicherung (in CHF)</i>	CHF 300	CHF 400	CHF 600
Prämienänderung <i>Veränderung ihrer monatlichen Grundversicherungsprämie im Vergleich zum Status quo (in CHF)</i>	CHF 0 (keine Veränderung)	CHF + 40	CHF - 40
<i>Ich wähle</i>	☐ Status quo	☐ Option A	☐ Option B

Quelle: Eigene Darstellung Swiss Economics

3.2.4 Erweiterte Befragung

Die differenzierte Schätzung von Zahlungsbereitschaften für den Zugang zu innovativen Arzneimitteln für verschiedene Bevölkerungsgruppen ist ein zentraler Bestandteil der vorliegenden Fragestellung. Zu diesem Zweck stellt der Panelanbieter soziodemografische Charakteristika der Befragten (insbesondere Alter, Geschlecht,

Bildungsstand, Sprachregion, Einkommen) bereit, sodass diese nicht zusätzlich im Rahmen des Experiments erhoben werden müssen.

Zudem werden die Teilnehmenden zu Beginn des DCE zu zentralen Merkmalen ihrer aktuellen Krankenversicherung befragt. Dazu gehören die Höhe ihrer monatlichen Grundversicherungsprämie, die gewählte Franchise und der Besitz einer ambulanten Zusatzversicherung.

Zusätzlich wird den Befragten im Anschluss des DCE eine Priorisierungsfrage vorgelegt, in der sie gebeten werden, die im DCE untersuchten Attribute nach Priorität zu ordnen. Diese Frage dient somit als ergänzende Plausibilisierung der im DCE geschätzten Zahlungsbereitschaften.

3.2.5 Schätzung

Die deterministische Nutzenkomponente V_{ijt} für Alternative j , die Person i in Choice-Task t vorgelegt wird, ist im Basismodell wie folgt spezifiziert (siehe auch Ausführungen in Abschnitt 3.1) und mittels eines Conditional-Logit-Modells geschätzt:

$$V_{ijt} = \beta_1 \text{Verfuegbarkeit1}_{ijt} + \beta_2 \text{Verfuegbarkeit2}_{ijt} + \beta_3 \text{Verzoegerung1}_{ijt} + \beta_4 \text{Verzoegerung2}_{ijt} + \beta_5 \text{Franchise}_{ijt} + \beta_6 \text{Praemie}_{ijt} + \beta_7 \text{SQ}_{ijt} \quad (6)$$

Die Variablen beschreiben dabei:

- $\text{Verfuegbarkeit1}_{ijt}$: Dummy für 30 Prozent Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel
- $\text{Verfuegbarkeit2}_{ijt}$: Dummy für 90 Prozent Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel
- $\text{Verzoegerung1}_{ijt}$: Dummy für sofortigen Zugang zu innovativen Arzneimitteln
- $\text{Verzoegerung2}_{ijt}$: Dummy für verzögerten Zugang von 24 Monaten nach Zulassung
- Franchise_{ijt} : Abweichung der Mindestfranchise vom Status quo (in CHF)
- Praemie_{ijt} : Veränderung der monatlichen Versicherungsprämie gegenüber dem Status quo (in CHF)
- SQ_{ijt} : Dummy für die Status-quo-Option (erfasst Status-quo-Bias)

In einem **erweiterten Modell** wird zusätzlich beobachtbare Heterogenität durch Interaktion der Koeffizienten im Basismodell mit soziodemografischen und versicherungsspezifischen Merkmalen der Befragten modelliert. Dies erlaubt es, systematische Unterschiede in den Zahlungsbereitschaften nach Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und die in Abschnitt 1.2 beschriebene Forschungsfrage zur Heterogenität der Präferenzen zu beantworten. Als Kovariate werden das Alter, der Bildungsstand der Befragten, die Sprachregion (Deutschschweiz, Westschweiz und Tessin) sowie die von den Befragten selbst gewählte Franchise berücksichtigt.

Die Zahlungsbereitschaft ergibt sich sodann als Verhältnis zweier Punktschätzer (siehe Abschnitt 3.1). Konfidenzintervalle für die Zahlungsbereitschaften werden nach dem Verfahren von Krinsky und Robb (1986; 1990) konstruiert. Aus der asymptotischen Normalverteilung der Schätzer werden 10'000 Parametervektoren gezogen, für jeden Vektor wird das Verhältnis berechnet, und die Perzentile der resultierenden Verteilung bilden das Intervall. Zähler und Nenner stammen aus derselben Ziehung, wodurch die Korrelation der Schätzer berücksichtigt wird. Gegenüber der Delta-Methode hat das Verfahren den Vorteil, keine Symmetrie der Verteilung des Quotienten zu unterstellen (Hole, 2007).

4 Resultate

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des DCE dar. Es werden die empirischen Schätzungen beschrieben, die geschätzten Zahlungsbereitschaften abgeleitet, deren Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen untersucht, daraus die Kompensationsvariation ausgewählter Reformszenarien berechnet und die Robustheit der Ergebnisse geprüft. Rundungsbedingt können die Summen der dargestellten Werte geringfügig von den jeweils angegebenen Totalen abweichen.

4.1 Empirische Schätzung

DATENPRÜFUNG UND ANALYSE ANTWORTVERHALTEN

Die geschätzten Zahlungsbereitschaften sind nur so belastbar wie die Daten, auf denen sie beruhen.

In einem ersten Schritt wird anhand von Bearbeitungsdauer, Antwortkonsistenz und berichtetem Verständnis der Choice-Task geprüft, ob die Wahlentscheidungen auf eine sorgfältige Bearbeitung des Experiments hindeuten. Insgesamt belegt das beobachtete Antwortverhalten, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten das Experiment sorgfältig bearbeitet hat. Die Bearbeitungsdauer entspricht den Erwartungen, die Übereinstimmung im wiederholten Choice-Set ist angesichts der relativ hohen Komplexität der Choice-Tasks hoch, und auch das selbstberichtete Verständnis der Attribute fällt hoch aus (Details vgl. Anhang A.2). Auffälligkeiten beschränken sich auf eine relativ kleine Teilgruppe von Personen, welche die Attribute gar nicht verstanden haben oder welche die Befragung sehr schnell abgeschlossen haben (unter einer Minute). Entsprechend wird die Stichprobe im Folgenden um diese 39 Befragten bereinigt. Es entsteht ein Hauptsample von 1'279 Befragten. Die Auswirkungen dieser Samplerestriktion auf die Schätzergebnisse sind sehr gering, sie werden in Abschnitt 4.5 im Rahmen der Robustheitsprüfung ausgewiesen.

Zur Prüfung der Datenvalidität wird in einem nächsten Schritt die Zusammensetzung der Stichprobe mit den Referenzstatistiken des Bundesamts für Statistik (BFS) und des BAG verglichen und damit deren Repräsentativität beurteilt. Insgesamt bildet die Stichprobe die Schweizer Wohnbevölkerung in den für die Fragestellung zentralen Merkmalen Alter, Geschlecht, Prämienniveau und Einkommen sehr gut ab. Die von den Untersuchungsteilnehmern gewählten Grundversicherungsprämien und Franchisen reproduzieren die aus den BAG-Individualdaten bekannten Muster. Die Details hierzu finden sich in Anhang A.3.

SCHÄTZERGEBNISSE

Tabelle 3 weist die Schätzergebnisse des Basismodells im Hauptsample der 1'279 Befragten aus. Die Analyse des erweiterten Modells mit Interaktionstermen erfolgt in Abschnitt 4.3.

Alle sieben Koeffizienten sind **hochsignifikant** auf dem Ein-Prozent-Niveau und weisen das erwartete Vorzeichen auf. Verbesserungen im Zugang zu innovativen Arzneimitteln gegenüber dem Status quo gehen mit einem positiven Nutzen für die Befragten einher, während Verschlechterungen im Zugang mit einer Nutzenreduktion gegenüber dem Status quo assoziiert sind.

Tabelle 3: Schätzergebnisse im Basismodell

Variable	Koeffizient	Standardfehler
Verfügbarkeit 30% (Ref. 50%)	-0.7486***	0.0476
Verfügbarkeit 90% (Ref. 50%)	0.4280***	0.0376
Sofortiger Zugang (Ref. 7 Monate)	0.2269***	0.0351
Verzögerung 24 Monate (Ref. 7 Monate)	-0.8391***	0.0491
Mindestfranchise (CHF über 300)	-0.00197***	0.00015
Prämienänderung (CHF pro Monat)	-0.01302***	0.00051
Status-quo-Konstante	0.3444***	0.0453
Modellstatistik		
Parameter	7	
Beobachtungen (Alternativen)	46'044	
Choice-Sets	15'348	
Befragte	1'279	
Pseudo-R ² (McFadden)	0.146	

Hinweis: Ausgewiesen werden clusterrobuste Standardfehler auf Ebene der Befragten. Signifikanzniveaus: *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.10. Die absolute Höhe der Koeffizienten ist nicht direkt interpretierbar, da die Skalierung der Nutzenfunktion nicht identifiziert ist. Aussagekräftig sind die Verhältnisse zwischen den Koeffizienten.

Quelle: Swiss Economics

Die Koeffizienten zeigen folgendes:

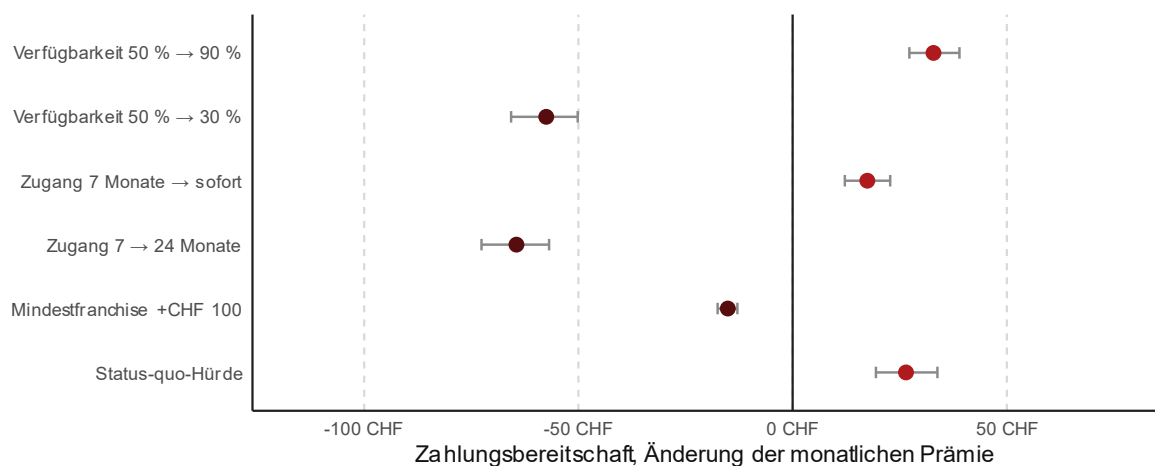
- **Verfügbarkeit:** Eine Erhöhung des Anteils regulär über die OKP vergüteter innovativer Arzneimittel von 50 auf 90 Prozent erhöht im Durchschnitt den Nutzen um 0.43 Einheiten, eine Reduktion auf 30 Prozent senkt ihn um 0.75 Einheiten.
- **Verzögerung:** Ein sofortiger Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die OKP anstelle der heutigen medianen Verzögerung von sieben Monaten erhöht den Nutzen im Durchschnitt um 0.23 Einheiten, eine Verzögerung von 24 Monaten senkt ihn um durchschnittlich 0.84 Einheiten.

- **Mindestfranchise:** Jeder Franken zusätzlicher Mindestfranchise über CHF 300 reduziert den Nutzen im Durchschnitt um 0.002 Einheiten, eine Erhöhung um CHF 100 somit um 0.2 Einheiten.
- **Prämienänderung:** Jeder Franken zusätzlicher monatlicher Prämie senkt den Nutzen um durchschnittlich 0.013 Einheiten.
- **Status-quo-Konstante:** Der Verbleib im Status quo ist durchschnittlich mit einer Erhöhung des Nutzens um 0.34 Einheiten assoziiert, unabhängig von den Attributausprägungen.

4.2 Ermittelte Zahlungsbereitschaften

Abbildung 5 zeigt die aufgrund der Schätzung des Basismodells abgeleiteten Zahlungsbereitschaften.¹⁰ Die Berechnung der Zahlungsbereitschaft erfolgt gemäss Formel (4) in Abschnitt 3.1.

Abbildung 5: Zahlungsbereitschaften für die untersuchten Änderungen



Hinweis: 95%-Konfidenzintervalle nach Krinsky-Robb-Methode mit 10'000 Ziehungen. Interpretation als Änderung der monatlichen Grundversicherungsprämie, welche die Befragten indifferent stellt.

Quelle: Swiss Economics

Es lassen sich die folgenden Schlüsse ziehen:

- Für eine Erhöhung der **Verfügbarkeit** innovativer Arzneimittel von 50 auf 90 Prozent beträgt die Zahlungsbereitschaft durchschnittlich **CHF 33 pro Monat** oder CHF 394 pro Jahr. Befragte sind also bereit, für diese breitere Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel eine Erhöhung der monatlichen Grundversicherungsprämie von CHF 33 zu akzeptieren. Für eine Reduktion der Verfügbarkeit auf 30 Prozent wäre eine Kompensation von durchschnittlich CHF 58 pro Monat erforderlich.

¹⁰ Diese entsprechen der Änderung der monatlichen Grundversicherungsprämie, welche die Befragten aufgrund ihrer Nutzenbewertung gerade indifferent stellt, vgl. Ausführungen in Abschnitt 3.1.

- Für den **sofortigen Zugang** anstelle der heutigen medianen Verzögerung von sieben Monaten beträgt die Zahlungsbereitschaft durchschnittlich **CHF 17 pro Monat**. Für eine Verzögerung von 24 Monaten gegenüber der heutigen medianen Verzögerung von sieben Monaten wäre eine Kompensation von durchschnittlich CHF 64 notwendig.
- Für eine um CHF 100 höhere **Mindestfranchise** beträgt die negative Zahlungsbereitschaft durchschnittlich **CHF 15 pro Monat**. Dies entspricht im Durchschnitt CHF 180 pro Jahr und übersteigt damit die eigentliche Erhöhung der Franchise.
- Auch die Konstante der Schätzung lässt sich in eine Prämienäquivalenz übersetzen und entspricht der «**Status-quo-Hürde**». Sie entspricht **CHF 26 pro Monat**. Dieser Betrag ist die Prämienreduktion, welche die Befragten im Durchschnitt zusätzlich verlangen, um eine alternative Ausgestaltung der Grundversicherung gegenüber dem Status quo zu wählen, unabhängig davon, wie sich die Attribute der Grundversicherung dabei verändern.

Wiederum zeigt sich eine Asymmetrie der Bewertung. Verschlechterungen des Zugangs wiegen deutlich schwerer als Verbesserungen. Für eine Reduktion der Verfügbarkeit auf 30 Prozent wird eine Kompensation verlangt, die das 1.7-Fache der Zahlungsbereitschaft für eine Erhöhung auf 90 Prozent beträgt. Obschon Verbesserungen im Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die OKP nutzenstiftend sind und hierfür wesentliche Zahlungsbereitschaften identifiziert werden können, reagieren die Befragten stärker auf eine Verschlechterung des heutigen Zustands als auf eine gleichgerichtete Verbesserung. Die Asymmetrie entspricht den verhaltensökonomischen Erkenntnissen zur Verlustaversion, wonach Individuen Veränderungen relativ zu einem Referenzpunkt bewerten und Verluste dabei stärker gewichten als gleich grosse Gewinne (Kahneman & Tversky, 1979; Tversky & Kahneman, 1991). Insofern stärkt die festgestellte Asymmetrie die Validität der Ergebnisse. Auch die hier identifizierte «Status-quo-Hürde», also eine Neigung zum bestehenden Zustand, ist verhaltensökonomisch gut dokumentiert. Befragte verwenden den heutigen Zustand als Bezugspunkt, und Abweichungen davon werden nicht neutral bewertet (Samuelson & Zeckhauser, 1988; Tversky & Kahneman, 1991).

4.3 Heterogenität der Zahlungsbereitschaften

Die bisher ausgewiesenen Zahlungsbereitschaften beziehen sich auf Durchschnittswerte für die Gesamtstichprobe. Um zu prüfen, ob sich die Zahlungsbereitschaften zwischen Bevölkerungsgruppen unterscheiden, werden im Folgenden alle Attributkoeffizienten mit Merkmalen der Befragten interagiert. Tabelle 10 im Anhang A.4 weist die Schätzung des Modells mit Interaktionstermen für Alter, Bildungsstand, Sprachregion und selbst gewählte Franchise aus.

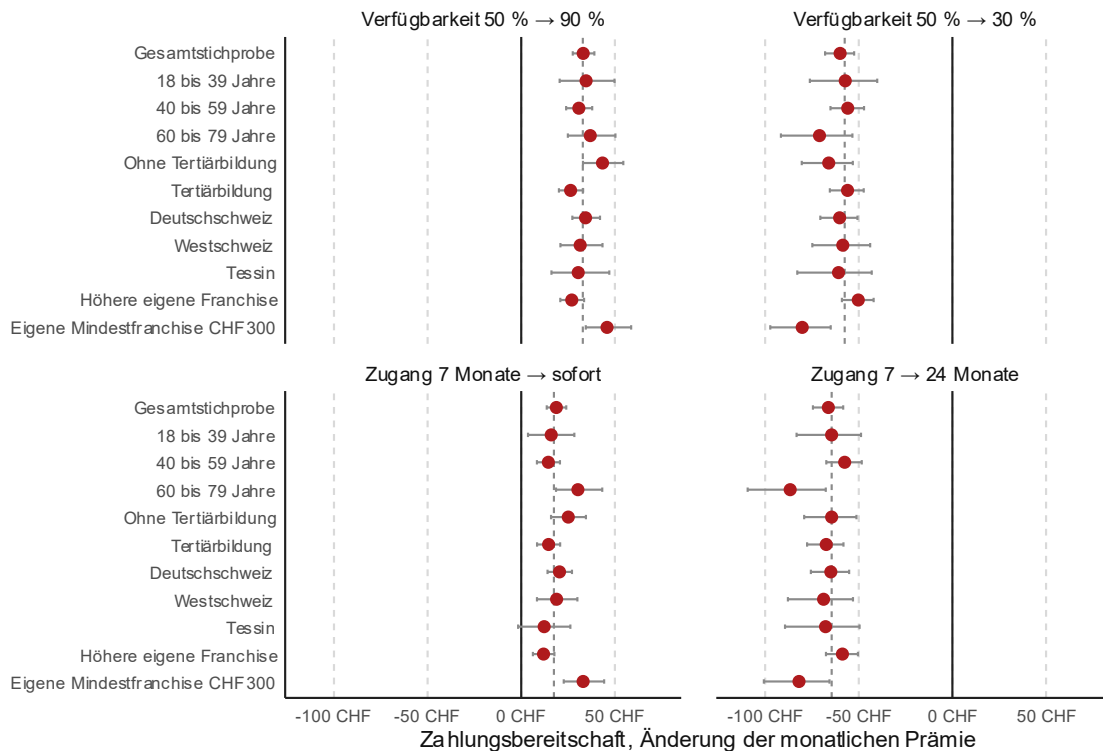
Auf der Basis dieser Schätzungen können wiederum Zahlungsbereitschaften für die jeweiligen Bevölkerungsgruppen abgeleitet werden, indem das Interaktionsmodell an den tatsächlichen durchschnittlichen Merkmalen der jeweiligen Gruppe ausgewertet wird. Abbildung 6 und Abbildung 7 weisen die entsprechenden Zahlungsbereitschaften aus. Es lässt sich u. a. Folgendes ableiten:

- **Mindestfranchise:** Die **höchste Zahlungsbereitschaft** für eine Ausweitung des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung zeigen Befragte, welche heute die **Mindestfranchise von CHF 300** halten. Diese Gruppe weist im Schnitt eine Zahlungsbereitschaft von CHF 46 pro Monat für eine erweiterte Verfügbarkeit und von CHF 33 für einen sofortigen Zugang auf.
- **Bildung:** Auch Befragte **ohne Tertiärabschluss** zeigen mit CHF 43 gegenüber CHF 26 in der Gruppe mit Tertiärabschluss eine relativ **hohe Zahlungsbereitschaft** für eine Erweiterung der Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel auf 90 Prozent.
- **Alter:** Über die Altersgruppen hinweg ist die Zahlungsbereitschaft für eine erweiterte Verfügbarkeit von innovativen Arzneimitteln mit CHF 35, 31 und 37 relativ ähnlich. Dies verdeckt jedoch erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der Zahlungsbereitschaften. Die mittlere Altersgruppe bewertet gemäss Tabelle 10 eine erweiterte Verfügbarkeit deutlich höher als die jüngste Altersgruppe, reagiert gleichzeitig aber stärker auf Prämienänderungen. Im Quotienten heben sich beide Effekte nahezu auf. Für den **sofortigen Zugang** liegen die **60- bis 79-Jährigen mit CHF 30 deutlich über den beiden jüngeren Gruppen** (CHF 14 und 15). Hier überwiegt die unterschiedliche Nutzenbewertung des Attributs.
- **Sprachregionen:** Konsistent mit den Schätzkoeffizienten des Interaktionsmodells weichen die durchschnittlichen Zahlungsbereitschaften für die beiden Zugangsattribute in der Deutschschweiz, der Westschweiz und im Tessin nicht wesentlich von jener im Gesamtsample ab.

Die beiden ausgeprägtesten Heterogenitäten nach Bildung und gewählter Franchise sind grundsätzlich plausibel. Die freiwillige Wahl der Mindestfranchise von CHF 300 signalisiert eine hohe erwartete Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Wer mit einem künftigen Bedarf an medizinischen Leistungen rechnet, könnte auch den Zugang zu innovativen Arzneimitteln entsprechend höher bewerten. Insgesamt stützt das Ergebnis somit die Validität der Schätzungen, da sich die Präferenzen mit dem erwarteten Verhalten decken. Weniger unmittelbar zu erklären ist die höhere Zahlungsbereitschaft der Befragten ohne Tertiärabschluss im Vergleich zu Befragten mit Tertiärabschluss. Eine mögliche Interpretation ist eine stärkere Nachfrage nach finanzieller Absicherung über die Grundversicherung, da dieser Gruppe tendenziell weniger Spielraum zur privaten Finanzierung innovativer Therapien zur Verfügung steht. Eine Analyse der Heterogenität nach Einkommen wurde vorliegend nicht durchgeführt, da diese Angaben für

einen wesentlichen Teil der Befragten fehlen und entsprechende Samplerestriktionen hätten vorgenommen werden müssen, welche die Belastbarkeit der Heterogenitätsanalyse stark eingeschränkt hätten.

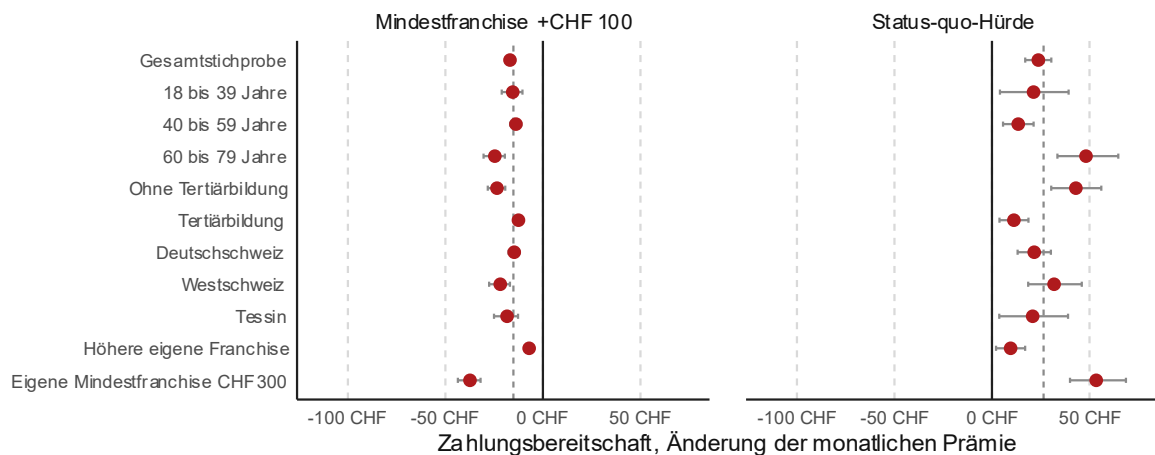
Abbildung 6: Zahlungsbereitschaften nach Gruppen, Zugangsattribute



Hinweis: Die Abbildung zeigt die durchschnittliche Zahlungsbereitschaft der jeweiligen Gruppen, wobei das Interaktionsmodell anhand der tatsächlichen durchschnittlichen Merkmale der jeweiligen Gruppe ausgewertet wird. 95%-Konfidenzintervalle nach Krinsky-Robb-Methode mit 10'000 Ziehungen.

Quelle: Swiss Economics

Abbildung 7: Zahlungsbereitschaften nach Gruppen, Mindestfranchise



Hinweis: Die Abbildung zeigt die durchschnittliche Zahlungsbereitschaft der jeweiligen Gruppen, wobei das Interaktionsmodell anhand der tatsächlichen durchschnittlichen Merkmale der jeweiligen Gruppe ausgewertet wird. 95%-Konfidenzintervalle nach Krinsky-Robb-Methode mit 10'000 Ziehungen.

Quelle: Swiss Economics

4.4 Kompensationsvariation für Reformszenarien

Die geschätzten Zahlungsbereitschaften beziehen sich auf die Veränderung einzelner Attribute. Reformen der Zugangsregulierung verändern demgegenüber typischerweise mehrere Attribute gleichzeitig. Zur Beurteilung solcher Reformpakete werden deshalb sechs Szenarien definiert, die sich an der in Abschnitt 2.1 dokumentierten Ausgangslage und an der laufenden Reformdiskussion orientieren.

Das zentrale Szenario ist der Vollzugang mit einer Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel von 90 Prozent und einem Schliessen der zeitlichen Verzögerung zwischen Zulassung eines innovativen Arzneimittels und der regulären Vergütung. Ergänzend werden die beiden Bestandteile dieses Szenarios einzeln ausgewiesen, um deren Beitrag zum Gesamtergebnis sichtbar zu machen. Zwei weitere Szenarien kombinieren den Vollzugang mit einer Erhöhung der Mindestfranchise auf CHF 400 beziehungsweise CHF 600 und bilden damit eine Gegenfinanzierung über eine höhere Kostenbeteiligung ab.

Die Kompensationsvariation überträgt die geschätzten Präferenzen auf diese Reformpakete. Sie entspricht der Änderung der monatlichen Prämie, welche die Versicherten zwischen dem Status quo und dem jeweiligen Reformszenario indifferent stellt.

Tabelle 4 weist die Kompensationsvariation ohne Berücksichtigung der Status-quo-Konstante aus. In diesem Fall entspricht die Kompensationsvariation der Summe der Zahlungsbereitschaften für die im Rahmen des Reformszenarios veränderten Attribute. Dies hat vor allem den Grund, dass eine hypothetische Reform kollektiv beschlossen und für alle Versicherten gelten würde. Auf der Ebene eines einzelnen Versicherten entfällt dabei die Status-quo-Option. Bei einer individuellen Wahlentscheidung zwischen Versicherungsmodellen wäre die Berücksichtigung der Status-quo-Konstante dagegen angezeigt.

Für das Szenario Vollzugang beträgt die Kompensationsvariation durchschnittlich CHF 50 pro Monat beziehungsweise CHF 598 pro Jahr. Bemerkenswert ist das Szenario einer gleichzeitigen Erhöhung der Mindestfranchise. Eine Erhöhung auf CHF 400 lässt eine Kompensationsvariation von CHF 35 pro Monat verbleiben, eine Erhöhung auf CHF 600 reduziert sie auf lediglich CHF 5. Eine gleichzeitige Verdoppelung der Mindestfranchise würde den Nutzengewinn des Vollzugangs also vollständig aufzehren. Als Referenz für eine Verschlechterung ist ein Szenario mit 30 Prozent Verfügbarkeit und 24 Monaten Verzögerung ausgewiesen. Es entspricht einem Wohlfahrtsverlust von CHF 121 pro Monat.

Tabelle 4: Kompensationsvariation ausgewählter Reformszenarien

Szenario	Kompensationsvariation
Vollzugang (90%, sofort)	50.31 [41.87; 59.17]
Sofortiger Zugang	17.43 [12.18; 22.77]
Erweiterte Verfügbarkeit (90%)	32.88 [27.25; 38.93]
Vollzugang, Mindestfranchise CHF 400	35.18 [26.86; 43.86]
Vollzugang, Mindestfranchise CHF 600	4.92 [-5.20; 15.16]
Reduzierter Zugang (30%, 24 Monate)	-121.98 [-135.51; -109.66]

Hinweis: CHF pro Monat, Basismodell, 95%-Konfidenzintervalle nach Krinsky-Robb. Die Variante mit Status-quo-Term unterstellt, dass die Status-quo-Konstante eine echte Präferenz für den bestehenden Zustand abbildet und von der Reform überwunden werden muss.

Quelle: Swiss Economics

4.5 Robustheit

Die Schätzungen beruhen auf der in Abschnitt 4.1 definierten Stichprobe, welche jene 39 Befragten ausschliesst, die die Befragung in unter einer Minute absolviert haben oder angeben, die Merkmale grundsätzlich nicht verstanden zu haben. Im Folgenden wird geprüft, wie stark die geschätzten Zahlungsbereitschaften von dieser Abgrenzung abhängen. Tabelle 5 stellt der Hauptschätzung (letzte Zeile) die entsprechenden Schätzungen basierend auf der vollständigen Stichprobe sowie anderweitige, verworfene Samplerestriktionen gegenüber.

Über alle geprüften Restriktionen bewegt sich die Zahlungsbereitschaft für eine erweiterte Verfügbarkeit zwischen CHF 31 und 33, jene für einen sofortigen Zugang zwischen CHF 17 und 19. Die Abweichungen gegenüber der vollen Stichprobe sind insgesamt klein. Die Status-quo-Hürde schwankt demgegenüber deutlich stärker, nämlich zwischen CHF 21 und 31. Dieses Muster ist konsistent mit dem Befund aus Anhang A.2, dass ein Grossteil der Befragten ohne Attributverständnis in den Choice-Tasks durchgehend die Status-quo-Option gewählt hat. Ohne eine entsprechende Samplerestriktion enthält die Status-quo-Konstante somit einen nachweisbaren Anteil, der nicht auf eine Präferenz für den bestehenden Zustand, sondern auf mangelndes Verständnis der Entscheidungsszenarien zurückgeht. Die Schätzung der Status-quo-Hürde wäre in diesem Fall nach oben verzerrt. Die bevorzugte Samplerestriktion reduziert also den Artefaktanteil in der Status-quo-Hürde, ohne die geschätzten Zahlungsbereitschaften für den Zugang zu innovativen Arzneimitteln zu verändern.

Tabelle 5: Geschätzte Zahlungsbereitschaften nach Samplerestriktionen

	N	Verfügbarkeit 90%	Zugang sofort	Status-quo-Hürde
Vollständige Stichprobe (alle Datenpunkte)	1'318	32.8	17.0	28.8
Restriktionen (Ausschluss, falls...)				
Keine Attribute verstanden	1'284	32.9	17.3	26.6
Einige Attribute nicht verstanden	1'133	31.8	18.1	20.8
Speeder (< 3 Min)	1'146	31.0	18.7	23.5
Hyperspeeder (< 1 Min)	1'313	32.8	17.1	28.7
Inkonsistente Choice-Tasks	978	31.5	17.2	30.8
Hauptsample (ohne Hyperspeeder oder kein Attributverständnis)	1'279	32.9	17.4	26.5

Hinweis: Zahlungsbereitschaft in CHF pro Monat, Basismodell. «Keine Attribute verstanden» entspricht in Frage 10 (Q10) der vierten Auswahlmöglichkeit. «Einige Attribute nicht verstanden» entspricht der dritten Auswahlmöglichkeit, vgl. Anhang A.1. Die Abgrenzung der «Speeder» und «Hyperspeeder» ist auf der Grundlage von Abbildung 8 in Anhang A.2 zum Antwortverhalten gewählt.

Quelle: Swiss Economics

Eine zusätzliche Samplerestriktion anhand der beobachteten Inkonsistenz zwischen den wiederholten Choice-Tasks wird vorliegend verworfen. Dieses Kriterium konditioniert auf das Wahlverhalten der Befragten selbst und ist als Ausschlussgrund entsprechend ungeeignet (Lancsar und Louviere, 2006). Zudem ist ein gewisses Mass an Inkonsistenz zwischen einzelnen Choice-Tasks zu erwarten, denn sie ist nicht ausschliesslich ein Anzeichen für Unaufmerksamkeit, sondern kann aus einer indifferenten Bewertung der Alternativen eines Choice-Tasks entstehen. Solche Indifferenzen in der Nutzenbewertung sollten in der Schätzung der Zahlungsbereitschaften für die einzelnen Attribute unbedingt berücksichtigt werden.

Des Weiteren wird die Angabe der Befragten, «einige Attribute» der Choice-Tasks nicht gut verstanden zu haben, nicht als Ausschlusskriterium für das Hauptsample verwendet. Diese Angabe ist eine zurückhaltende Aussage, die auch aufmerksame Befragte über ein Experiment mit mehreren Attributen treffen können. Der Ausschluss dieser Gruppe liefe deshalb Gefahr, Beobachtungen unberücksichtigt zu lassen, die teilweise Informationen über die tatsächlichen Präferenzen der Befragten enthalten. Bei Personen, die angegeben haben, keines der Attribute verstanden zu haben, ist dies nicht zu erwarten. Für diese Gruppe wird die Restriktion im Hauptsample deshalb angewendet. Im Hauptsample wurden zudem Personen ausgeschlossen, welche die Befragung in weniger als einer Minute abgeschlossen haben. Eine solche Bearbeitungszeit ist mit einer sorgfältigen Bearbeitung des Experiments nicht vereinbar. Entsprechend handelt es sich um ein valides Ausschlusskriterium, das ausschliesslich auf Prozessmerkmalen

der Befragung basiert und keine weiteren Annahmen über das konkrete Antwortverhalten der Befragten macht.

5 Diskussion

Die in Kapitel 4 geschätzten Zahlungsbereitschaften werden im Folgenden eingeordnet. Zunächst werden die Ergebnisse in Bezug zur bestehenden Literatur gesetzt und mit weiteren Befunden zu den Präferenzen der Schweizer Bevölkerung verglichen. Anschliessend werden die Resultate gesundheitspolitisch eingeordnet und ihre Bedeutung für die aktuelle Diskussion um den Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung diskutiert.

5.1 Einordnung in die bestehende Evidenz

Die Ergebnisse fügen sich in die bestehende Evidenz zur Zahlungsbereitschaft für den Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die OKP ein und erweitern sie in verschiedenen Dimensionen. Für die Schweiz ermittelten bislang einzig Becker und Zweifel (2008) anhand eines DCE eine geforderte Prämienreduktion von damals rund CHF 38 pro Monat, damit Versicherte eine dreijährige Verzögerung des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln akzeptieren. Die vorliegende Studie bestätigt diesen Befund. Befragte verlangen im Schnitt eine wesentliche Prämienreduktion von rund CHF 60, um eine Verzögerung des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln über die OKP zu akzeptieren. Dass die hier geschätzte Zahlungsbereitschaft tendenziell höher ausfällt, ist plausibel. Seit 2008 hat die Prämienbelastung deutlich zugenommen, und die Zugangsverzögerungen sind spürbarer und öffentlich präsenter geworden, was die Bewertung des Zugangs erhöht. Darüber hinaus bewertet die vorliegende Studie erstmals auch die Breite des regulär vergüteten Innovationsangebots und identifiziert hierfür ebenfalls eine substantielle Zahlungsbereitschaft.

Konsistent mit den vorliegenden Ergebnissen dokumentiert auch der von gfs.bern erstellte «Gesundheitsmonitor 2025» eine breite Zustimmung zu einem verbesserten Zugang zu innovativen Therapien. 83 Prozent der Befragten befürworten einen solchen Zugang, sofern dessen systemischer Nutzen ausgewiesen ist, und 79 Prozent sprechen sich für einen gleichberechtigten Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung aus (gfs.bern, 2025). Die vorliegende Studie ergänzt diese Evidenz, indem sie den geäusserten Präferenzen einen konkreten, auf die aktuelle Ausgangslage kalibrierten monetären Wert zuordnet. Aus dem «Gesundheitsmonitor 2025» ist zudem ersichtlich, dass die Bevölkerung pauschale Rationierungsmechanismen mehrheitlich ablehnt. Diese ausgeprägte Ablehnung von Zugangseinschränkungen spiegelt die im vorliegenden DCE gemessene Verlustaversion wider, wonach Verschlechterungen des Zugangs stärker wiegen als gleich grosse Verbesserungen.

5.2 Einordnung in die gesundheitspolitische Debatte

Zunächst erlauben es die in Kapitel 4 ausgewiesenen Ergebnisse, die aktuellen Entwicklungen im Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung in der Schweiz in Bezug auf deren Wohlfahrtseffekt in der Gesamtbevölkerung einzuordnen. Der Anteil der regulär über die Spezialitätenliste vergüteten innovativen Arzneimittel ist seit 2018 von 64 auf 50 Prozent zurückgegangen, während sich die Verzögerung zwischen Zulassung und Vergütungsentscheid substantiell verlängert hat. Diese Entwicklungen verlaufen genau in jene Richtung, welche in der Schweizer Bevölkerung gemäss den vorliegenden Resultaten am stärksten abgelehnt wird.

Die Grössenordnung der damit verbundenen Wohlfahrtsverluste lässt sich beziffern, und sie ist erheblich. Verschlechterungen des Zugangs wiegen dabei schwerer als Verbesserungen. Für eine Reduktion der Verfügbarkeit auf 30 Prozent verlangen die Befragten eine Kompensation von durchschnittlich CHF 58 pro Monat, für eine Verzögerung von 24 Monaten eine solche von CHF 64. Treten beide Verschlechterungen gemeinsam ein, beläuft sich die erforderliche Kompensation auf CHF 122 pro Monat.

Besonders relevant ist dieses Resultat vor dem Hintergrund der veränderten internationalen Rahmenbedingungen. Wie in Abschnitt 1.1 dargelegt, verteuert die mögliche Kopplung der US-Preise an die Preise in Referenzländern wie der Schweiz Preiszugeständnisse gegenüber dem BAG für die Hersteller erheblich. Die Anreize, Vergütungsgesuche zurückzuhalten oder ganz auf eine Markteinführung in der Schweiz zu verzichten, nehmen entsprechend zu. Erste Hinweise darauf, dass dieser Mechanismus wirkt, liegen bereits vor.¹¹ Sollte sich diese Entwicklung fortsetzen, sind auf Basis der vorliegenden Schätzungen substantielle Wohlfahrtsverluste zu erwarten. Sinkt die Verfügbarkeit von heute 50 auf 30 Prozent, verlangen die Versicherten dafür eine Kompensation von durchschnittlich CHF 58 pro Monat. Eine Verzögerung von 24 Monaten wird mit CHF 64 pro Monat bewertet.

Aus den vorliegenden Resultaten kann zudem geschlossen werden, dass die Zahlungsbereitschaften für einen breiteren und rascheren Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung über diverse Bevölkerungsgruppen hinweg signifikant positiv ausfallen (vgl. auch Abbildung 6). Eine Förderung des raschen Zugangs zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung dürfte also in weiten Teilen der Schweizer Bevölkerung nutzenstiftend sein. Aus der Nutzenperspektive dürften am stärksten Personen profitieren, welche die Mindestfranchise von CHF 300 wählen. Dies ist nicht überraschend. Die Wahl einer tiefen Franchise signalisiert eine hohe erwartete

¹¹ Vgl. Zugang zu innovativen Medikamenten: Die Schweiz stagniert weiterhin hinter Deutschland - Interpharma [03.08.2026]

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, und wer damit rechnet, künftig eher auf innovative Therapien angewiesen zu sein, bewertet deren Verfügbarkeit höher.

Für die politische Beurteilung folgt daraus, dass eine Verbesserung des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung potenziell allen Versicherten zugutekommt und nicht nur einer bestimmten Teilgruppe. Ob eine Reform zur Verbesserung des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln insgesamt wohlfahrtssteigernd ist, hängt jedoch davon ab, welche Kosten sie verursacht und wie diese Kosten finanziert werden. Für das Szenario eines Vollzugangs mit einer Verfügbarkeit von 90 Prozent und sofortiger Vergütung wird die Kompensationsvariation in der Gesamtbevölkerung auf CHF 50 pro Monat geschätzt. Eine Reform, die den Zugang entsprechend ausweitet, wäre aus Sicht der Versicherten somit wohlfahrtssteigernd, sofern ihre Kosten unter rund CHF 50 pro versicherte Person und Monat liegen. Wie Tabelle 6 zeigt, entspricht dieser Betrag gut der Hälfte der monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Arzneimittel im Jahr 2024. Zugleich macht er rund 14 Prozent der monatlichen Erwachsenenprämie im Jahr 2024 aus.

Tabelle 6: Einordnung der Zahlungsbereitschaften in die Ausgaben der OKP

Bezugsgrösse	Wert
Total Bruttoleistungen OKP (2024)	CHF 42.2 Mrd.
– davon Arzneimittel	CHF 9.2 Mrd.
– davon Netto-Fabrikabgabepreise für neue patentgeschützte Arzneimittel	CHF 3.2 Mrd.
Arzneimittelkosten OKP pro versicherte Person und Monat	CHF 85
Netto-Kosten für neue innovative Arzneimittel pro versicherte Person und Monat	CHF 37
Mittlere Grundversicherungsprämie pro Monat (Erwachsene, 2024)	CHF 356
Zahlungsbereitschaft Vollzugang pro Monat	CHF 50

Quelle: Interpharma mit Datenbasis öffentlich verfügbarer Daten: Bundesamt für Gesundheit (2026) Statistik der obligatorischen Krankenversicherung; IQVIA AG (2025); Santésuisse und Interpharma (2024), gemeinsamer Auslandspreisvergleich Mai 2024.

6 Fazit

Der Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die obligatorische Grundversicherung hat sich in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert. Der Anteil der regulär vergüteten innovativen Arzneimittel ist zurückgegangen, und die Verzögerung zwischen Zulassung und regulärer Vergütung hat sich verlängert. Ob hingegen eine Förderung der rascheren und breiteren Vergütung innovativer Arzneimittel aus Sicht der Schweizer Versicherten ihren Preis wert ist, liess sich bislang nicht beurteilen. In der Schweiz lag bisher keine bevölkerungsrepräsentative Evidenz zur Bewertung eines verbesserten Zugangs aus Sicht der Schweizer Versicherten vor. Die vorliegende Studie schliesst diese Lücke und beantwortet mittels eines Discrete Choice Experiments mit einer repräsentativen Stichprobe die Frage, wie hoch die Zahlungsbereitschaft der Schweizer Versicherten für einen breiten und raschen Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die obligatorische Grundversicherung ausfällt.

Die Ergebnisse zeigen eine substanzielle und über alle untersuchten Bevölkerungsgruppen hinweg positive Zahlungsbereitschaft. Für eine Erhöhung der Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel von den aktuell 50 Prozent auf 90 Prozent sind die Versicherten im Schnitt bereit CHF 33 pro Monat an zusätzlichen Grundversicherungsprämien zu zahlen, für einen sofortigen Zugang anstelle der heutigen Verzögerung weitere CHF 17 pro Monat. Verschlechterungen des Zugangs wiegen dabei deutlich schwerer als gleich grosse Verbesserungen. Übersetzt in ein konkretes Reformszenario beträgt die Zahlungsbereitschaft für einen Vollzugang mit 90 Prozent Verfügbarkeit und sofortiger Vergütung rund CHF 50 pro Monat. Dieses Szenario bildet im Wesentlichen den Zugang zu innovativen Arzneimitteln im deutschen Vergütungssystem ab, in dem innovative Arzneimittel unmittelbar nach der Zulassung vergütet werden und ein deutlich höherer Anteil der neu zugelassenen Innovationen regulär verfügbar ist. Eine Reform, die den Zugang zu innovativen Arzneimitteln in der Schweiz entsprechend ausweitet, wäre aus Sicht der Versicherten somit netto wohlfahrtssteigernd, sofern ihre zusätzlichen Kosten für den durchschnittlichen Versicherten unter CHF 50 liegen.

7 Referenzen

- Becker Karolin, Zweifel Peter (2008). «Age and choice in health insurance: evidence from a discrete choice experiment». *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. 1(1), pp. 27–40.
- Bridges John F. P., Hauber A. Brett, Marshall Deborah, Lloyd Andrew, Prosser Lisa A., Regier Dean A., Johnson F. Reed, Mauskopf Josephine (2011). «Conjoint Analysis Applications in Health—a Checklist: A Report of the ISPOR Good Research Practices for Conjoint Analysis Task Force». *Value in Health*. 14(3), pp. 403–413.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2023). *Faktenblatt – Massnahmen Arzneimittel*. Bern.
- Campbell Danny, Erdem Seda (2019). «Including Opt-Out Options in Discrete Choice Experiments: Issues to Consider». *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. 12(1), pp. 1–14.
- Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) (2023). *Prüfung des Zulassungs- und Vergütungsprozesses von Arzneimitteln*. EFK-Bericht Nr. 22608.
- gfs.bern (2025). «Gesundheitsmonitor 2025». Bern.
- Hole Arne Risa (2007). «A Comparison of Approaches to Estimating Confidence Intervals for Willingness to Pay Measures». *Health Economics*. 16(8), pp. 827–840.
- Interpharma (2025). «Standortbestimmung – Strategie Pharmastandort Schweiz 2030: Benchmarking der forschenden pharmazeutischen Unternehmen der Schweiz». Basel.
- IQVIA (2026). «EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey». Brüssel: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.
- Kahneman Daniel, Tversky Amos (1979). «Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk». *Econometrica*. 47(2), pp. 263–291.
- Kerssens Jan J., Groenewegen Peter P. (2005). «Consumer preferences in social health insurance». *European Journal of Health Economics*, 6(1), pp. 8–15.
- Krinsky Itzhak, Robb A. Leslie (1986). «On Approximating the Statistical Properties of Elasticities». *The Review of Economics and Statistics*. 68(4), pp. 715–719.
- Krinsky Itzhak, Robb A. Leslie (1990). «On Approximating the Statistical Properties of Elasticities: A Correction». *The Review of Economics and Statistics*. 72(1), pp. 189–190.
- Lakdawalla Darius, Malani Anup, Reif Julian (2017). «The insurance value of medical innovation». *Journal of Public Economics*. 145, pp. 94–102.

- Lancsar Emily, Louviere Jordan J. (2006). «Deleting 'irrational' responses from discrete choice experiments: a case of investigating or imposing preferences?» *Health Economics*, 15(8), pp. 797–811.
- Lancsar Emily, Savage Elizabeth (2004). «Deriving welfare measures from discrete choice experiments: inconsistency between current methods and random utility and welfare theory». *Health Economics*. 13(9), pp. 901–907.
- Lara Juan, Kermad Adem, Bujar Magda, McAuslane Neil (2025). R&D Briefing 101: New drug approvals in six major authorities 2015–2024: Trends in an evolving regulatory landscape. Centre for Innovation in Regulatory Science (CIRS), London, UK.
- Leukert-Becker Katharina, Zweifel Peter (2014). «Preferences for health insurance in Germany and the Netherlands – a tale of two countries». *The European Journal of Health Economics*, 16(1), pp. 71–80.
- Lichtenberg Frank R. (2019). «The impact of pharmaceutical innovation on the burden of disease in Canada, 2000–2016». *SSM-Population Health*. 8, 100457.
- Lichtenberg Frank R. (2022). «The effect of pharmaceutical innovation on longevity: Evidence from the US and 26 high-income countries». *Economics & Human Biology*. 46, 101124.
- Louviere Jordan J., Hensher David A., Swait Joffre D. (2000). «Stated Choice Methods: Analysis and Applications». Cambridge University Press.
- McFadden Daniel (1974). «Conditional Logit Analysis of Qualitative Choice Behavior». In: Zarembka Paul (Hrsg.), *Frontiers in Econometrics*. New York: Academic Press, pp. 105–142.
- Neumann-Böhme Sebastian, Sabat Iryna, Brinkmann Claudia, Attema Arthur E., Stargardt Tom, Schreyögg Jonas, Brouwer Werner (2023). «Jumping the queue: Willingness to pay for faster access to COVID-19 vaccines in seven European countries». *Pharmacoeconomics*. 41(10), pp. 1389–1402.
- Nicolet Anna, Perraudin Clémence, Wagner Joël, Gilles Ingrid, Krucien Nicolas, Peytremann-Bridevaux Isabelle, Marti Joachim (2022). «Patient and Public Preferences for Coordinated Care in Switzerland: Development of a Discrete Choice Experiment». *The Patient – Patient-Centered Outcomes Research*. 15(4), pp. 485–496.
- Samuelson William, Zeckhauser Richard (1988). «Status Quo Bias in Decision Making». *Journal of Risk and Uncertainty*. 1(1), pp. 7–59.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2024). «Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich». Obsan Bericht 18/2024.

- Schweizerisches Heilmittelinstitut (Swissmedic) (2023). *Zulassungen von Humanarzneimitteln mit neuem Wirkstoff und Indikationserweiterungen: 2022*. Bern.
- Schweizerisches Heilmittelinstitut (Swissmedic) (2026). *Zulassungen von Humanarzneimitteln mit neuem Wirkstoff und Indikationserweiterungen: Jahresbericht 2025*. Bern.
- Soekhai Vikas, de Bekker-Grob Esther W., Ellis Alan R., Vass Caroline M. (2018). «Discrete Choice Experiments in Health Economics: Past, Present and Future». *Pharmacoeconomics*. 37, pp. 201–226.
- Train Kenneth E. (2009). *Discrete Choice Methods with Simulation*. University Press, Cambridge.
- Tversky Amos, Kahneman Daniel (1991). «Loss Aversion in Riskless Choice: A Reference-Dependent Model». *The Quarterly Journal of Economics*. 106(4), pp. 1039–1061.
- Wasem Jürgen, Hüer Theresa, Abels Carina (2021). «Gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Sicht auf die (zukünftige) Finanzierbarkeit von Arzneimitteln» In: *Arzneimittel-Kompass 2021: Hochpreisige Arzneimittel – Herausforderung und Perspektiven*. Springer Nature, Berlin, pp. 20–34.

A Anhang empirische Untersuchungen

A.1 Fragebogen

Einleitung und Studienziel

Einleitung

Diese Befragung wird von YouGov im Auftrag von Swiss Economics SE AG durchgeführt. Sie befasst sich mit der Frage, wie Schweizer Krankenversicherte verschiedene Ausgestaltungen der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) bewerten.

Im Folgenden interessieren uns Ihre persönlichen Präferenzen zu verschiedenen Aspekten der Grundversicherung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist, dass Sie Ihre persönlichen Präferenzen so ehrlich wie möglich angeben. Alle Ihre Antworten werden vollständig anonymisiert verwendet.

Die Befragung dauert ca. 7 Minuten. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus.

Allgemein

Q1 Prämie

Wie hoch ist Ihre aktuelle monatliche Grundversicherungsprämie?

Hinweis: Die Prämie ist der monatliche Betrag, den Sie an Ihre Krankenkasse bezahlen, unabhängig davon, ob Sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

1	Weniger als 300 CHF
2	300 – 349 CHF
3	350 – 399 CHF
4	400 – 449 CHF
5	450 – 499 CHF
6	500 – 549 CHF
7	550 – 599 CHF
8	600 – 649 CHF
9	650 CHF oder mehr
99	Weiss nicht / keine Angabe

Q2 Franchise

Welche Franchise haben Sie in Ihrer Grundversicherung aktuell gewählt?

Hinweis: Die Franchise ist der Betrag, den Sie im Krankheitsfall zuerst selbst bezahlen müssen, bevor die Krankenkasse die Kosten übernimmt.

1	300 CHF (Mindestfranchise)
2	500 CHF
3	1'000 CHF
4	1'500 CHF
5	2'000 CHF
6	2'500 CHF (Maximalfranchise)

99 Weiss nicht / keine Angabe

Q3 VVG

Haben Sie eine ambulante Zusatzversicherung?

Hinweis: Die Grundversicherung deckt nur bestimmte gesetzlich vorgeschriebene Leistungen ab. Eine ambulante Zusatzversicherung kann freiwillig abgeschlossen werden und übernimmt zusätzliche Kosten ausserhalb des Spitals, insbesondere für Arzneimittel, Brillen oder komplementärmedizinische Behandlungen. Nicht gemeint sind hier Spitalzusatzversicherungen (z.B. Halbprivat oder Privat).

1 Ja

2 Nein

99 Weiss nicht / keine Angabe

Erklärung der Studienattribute // DCE

Q4 Innovative Arzneimittel

Im Hauptteil dieser Befragung wählen Sie wiederholt zwischen drei Versionen der Grundversicherung: dem aktuellen Status quo und zwei Alternativen. Die Versionen unterscheiden sich in vier Merkmalen, die wir Ihnen nachfolgend erklären. Zwei dieser Merkmale beziehen sich auf «innovative Arzneimittel». Als innovativ gelten Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff, die erstmals für die Behandlung einer Krankheit eingesetzt werden können.

Merkmal 1: Anteil der über die Grundversicherung vergüteten innovativen Arzneimittel

Nicht alle innovativen Arzneimittel werden von der Grundversicherung übernommen. Aktuell wird rund die Hälfte der seit 2021 neu verfügbaren innovativen Arzneimittel von der Grundversicherung übernommen. Das bedeutet, dass die andere Hälfte nicht regulär über die Grundversicherung abgerechnet werden kann.

Merkmal 2: Zeitliche Verzögerung des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung

Nach der Zulassung eines innovativen Arzneimittels in der Schweiz dauert es typischerweise 7 Monate, bis es regulär von der Grundversicherung vergütet werden kann. Vorher ist eine Kostenübernahme nur in Ausnahmefällen und auf individuellen Antrag möglich.

Merkmal 3: Mindestfranchise

Die Mindestfranchise ist der Betrag, den alle Versicherten im Krankheitsfall mindestens selbst tragen müssen, bevor die Grundversicherung Kosten übernimmt. Sie beträgt aktuell CHF 300. Wer möchte, kann freiwillig eine höhere Franchise wählen.

Merkmal 4: Veränderung Grundversicherungsprämie

Die monatliche Grundversicherungsprämie ist der Betrag, den Sie jeden Monat für Ihre Grundversicherung bezahlen. In den nachfolgenden Szenarien wird die Prämie als monatliche Veränderung gegenüber Ihrer heutigen Prämie ausgewiesen (z.B. CHF -40 oder CHF +80).

Q5 Conjoint Übung

Bevor Sie die eigentlichen Entscheidungsszenarien sehen, folgt ein Übungsbeispiel. In jeder Entscheidungssituation werden Ihnen drei verschiedene Ausgestaltungen der Grundversicherung präsentiert:

- Status quo: Die aktuelle Ausgestaltung der Grundversicherung
- Option A und Option B: Alternative Ausgestaltungen der Grundversicherung

Bitte lesen Sie die Tabelle sorgfältig und wählen Sie die Option, die Sie persönlich bevorzugen würden, wenn Sie tatsächlich zwischen diesen Optionen wählen könnten.

Hinweis: Die angezeigte Prämienänderung bezieht sich auf Ihre aktuelle monatliche Grundversicherungsprämie (z.B. bedeutet CHF -40 eine monatliche Ersparnis von CHF 40).

	Status quo	Option A	Option B
Verfügbarkeit <i>Anteil der von der Grundversicherung übernommenen innovativen Arzneimittel (in Prozent)</i>	50 %	90 %	30 %
Verzögerung <i>Verzögerung zwischen der Zulassung eines innovativen Arzneimittels und der regulären Vergütung durch die Grundversicherung (in Monaten)</i>	7 Monate	0 Monate	24 Monate
Mindestfranchise <i>Mindestwert der jährlichen Franchise in der Grundversicherung (in CHF)</i>	CHF 300	CHF 400	CHF 600
Prämienänderung <i>Veränderung ihrer monatlichen Grundversicherungsprämie im Vergleich zum Status quo (in CHF)</i>	CHF 0 (keine Veränderung)	CHF + 40	CHF - 40
Ich wähle	☐ Status quo	☐ Option A	☐ Option B

Q6 Conjoint Intro

Im Folgenden werden Ihnen 12 Entscheidungsszenarien präsentiert. In jedem Szenario werden drei verschiedene Ausgestaltungen der obligatorischen Grundversicherung beschrieben. Bitte wählen Sie in jedem Szenario die Option, die Sie persönlich bevorzugen würden. Betrachten Sie jede Entscheidung unabhängig von den anderen Szenarien.

Q7 Priorisierung

Welche der folgenden Aspekte der obligatorischen Grundversicherung sind für Sie persönlich wichtig? Bitte wählen Sie alle zutreffenden Aspekte aus.

1	Rascher Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung
2	Breite Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel über die Grundversicherung
3	Tiefe Mindestfranchise
4	Begrenzung der Prämienbelastung
99	Keine der genannten

Q8 Priorisierung Ranking

Bitte bringen Sie nun alle zuvor gezeigten Aspekte der obligatorischen Grundversicherung in eine Reihenfolge nach ihrer Wichtigkeit für Sie persönlich. Ordnen Sie die Aspekte von 1 (wichtigster) bis 4 (unwichtigster).

Bitte ordnen Sie jeden Aspekt zu, auch wenn Ihnen einzelne Aspekte gleich wichtig oder gleich unwichtig erscheinen.

1	Rascher Zugang zu innovativen Arzneimitteln über die Grundversicherung
2	Breite Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel über die Grundversicherung
3	Tiefe Mindestfranchise
4	Begrenzung der Prämienbelastung
Q9 Schwierigkeit	
Wie schwierig fanden Sie die Entscheidungen in den Szenarien insgesamt?	
1	Sehr schwierig
2	Eher schwierig
3	Weder noch
4	Eher einfach
5	Sehr einfach
99	Weiss nicht / keine Angabe
Q10 Verständnis	
Wie gut haben Sie die vier beschriebenen Merkmale der Grundversicherung verstanden?	
1	Ich habe alle Merkmale sehr gut verstanden
2	Ich habe die meisten Merkmale verstanden
3	Ich habe einige Merkmale nicht gut verstanden
4	Ich habe die Merkmale grundsätzlich nicht verstanden
Q11 Anmerkungen	
Haben Sie zusätzliche Anmerkungen oder Rückmeldungen zur Befragung?	

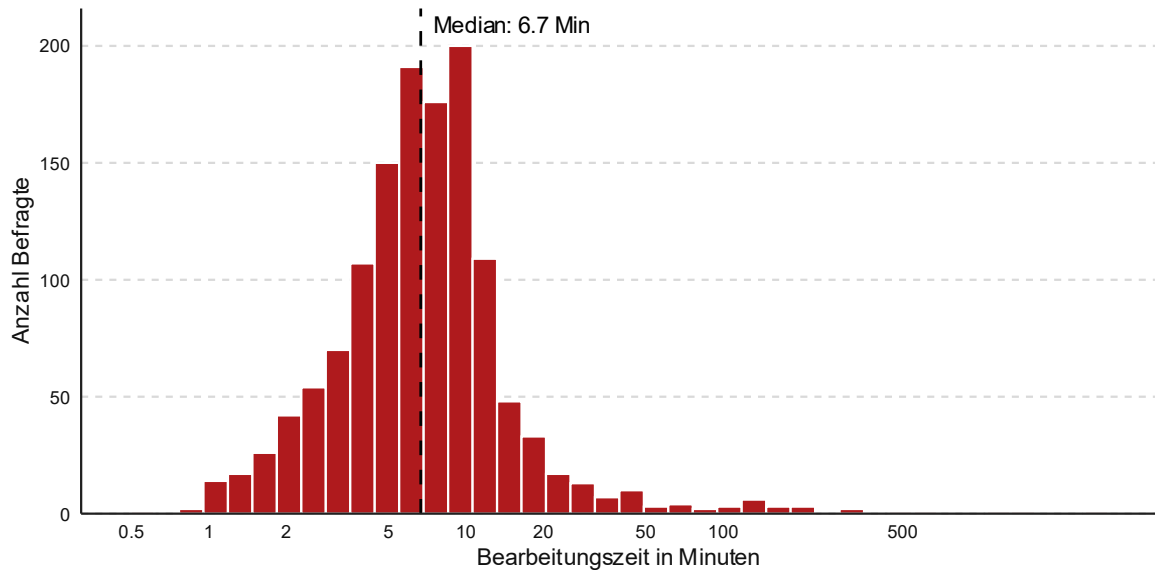
A.2 Antwortverhalten

Vorliegend wird geprüft, ob die Wahlentscheidungen auf eine sorgfältige Bearbeitung der Entscheidungsszenarien hindeuten. Beurteilt werden die Bearbeitungsdauer, die Konsistenz der Wahlentscheidungen im wiederholten Choice-Set, sowie das selbst eingeschätzte Verständnis der Attribute.

Abbildung 8 zeigt die Verteilung der Bearbeitungszeiten. Die Bearbeitungszeit beträgt im Median 6.7 Minuten. Zwischen dem 10. und dem 90. Perzentil reicht die Spanne von 2.6 bis 14.8 Minuten. 5 Befragte hatten eine Bearbeitungszeit von weniger als einer Minute.

In jeder Befragung wurde ein identischer Choice-Task wiederholt. Entsprechend kann die Konsistenz zwischen den wiederholten Tasks bewertet werden. 978 und damit 74.2 Prozent der Befragten haben über die beiden inhaltlich identischen Choice-Tasks konsistent geantwortet.

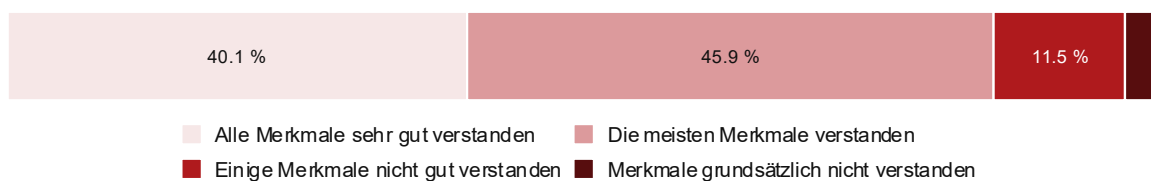
Abbildung 8: Verteilung der Bearbeitungszeiten



Hinweis: Stichprobengrösse = 1'318. Logarithmische Skala für Bearbeitungsdauer in Minuten.
Quelle: Swiss Economics

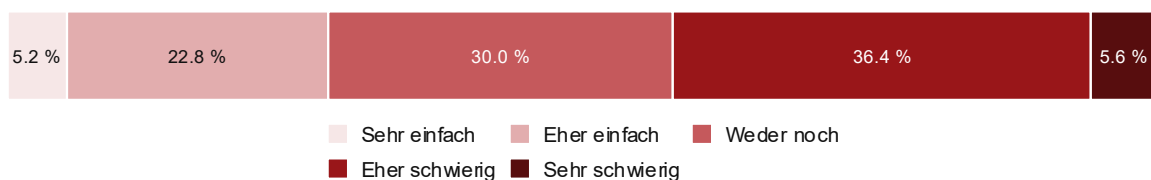
Im Anschluss an das Experiment wurden die Befragten gefragt, wie gut sie die vier Merkmale der Grundversicherung verstanden haben (Abbildung 9) und wie schwierig sie die Entscheidungen insgesamt fanden (Abbildung 10).

Abbildung 9: Selbsteingeschätztes Verständnis der Attribute



Hinweis: N = 1'318.
Quelle: Swiss Economics

Abbildung 10: Empfundene Schwierigkeit der Choice-Tasks



Hinweis: N = 1'295.
Quelle: Swiss Economics

86.0 Prozent der Befragten geben an, alle oder die meisten Merkmale verstanden zu haben. Die Entscheidungen selbst wurden dagegen als anspruchsvoll empfunden. 42.0 Prozent der Befragten bezeichnen die Choice-Tasks als eher oder sehr schwierig.

Die Auswertung von Bearbeitungsdauer und Antwortkonsistenz nach dem selbsteingeschätzten Verständnis der Attribute deutet auf zwei unterschiedliche Muster hin (siehe Tabelle 7). Befragte, welche die Merkmale grundsätzlich nicht verstanden haben, bearbeiteten den Fragebogen auffällig schnell und wählten überwiegend den Status quo. Die formal höchste Konsistenzquote dieser Gruppe ist deshalb nicht als Ausdruck stabiler Präferenzen zu lesen, sondern Folge eines gleichförmigen Antwortmusters. Befragte, welche einzelne Merkmale nicht gut verstanden haben, wandten demgegenüber deutlich mehr Zeit auf, erreichen aber die tiefste Konsistenzquote aller Gruppen.

Tabelle 7: Antwortverhalten nach selbsteingeschätztem Attributverständnis

Ausprägungen Q10	N	Anteil (%)	Median Dauer (Min)	Konsistenz (%)
Alle Merkmale sehr gut verstanden	528	40.1	7.6	76.5
Die meisten Merkmale verstanden	605	45.9	6.4	73.9
Einige Merkmale nicht gut verstanden	151	11.5	6.1	64.9
Merkmale grundsätzlich nicht verstanden	34	2.6	4.0	85.3

Quelle: Swiss Economics

Insgesamt deutet das beobachtete Antwortverhalten darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten das Experiment sorgfältig bearbeitet hat. Die Bearbeitungsdauer entspricht den Erwartungen, die Übereinstimmung im wiederholten Choice-Set ist angesichts der relativ hohen Komplexität der Choice-Tasks hoch, und auch das selbstberichtete Verständnis der Attribute fällt hoch aus. Auffälligkeiten beschränken sich auf eine relativ kleine Teilgruppe von Personen, welche die Attribute gar nicht verstanden haben oder welche die Befragung sehr schnell abgeschlossen haben (< 1 Minute). Entsprechend wird die Stichprobe um diese Befragte bereinigt. Es entsteht ein Hauptsample von 1'279 Befragten. Die Auswirkungen dieser Samplerestriktion auf die Schätzergebnisse werden in Abschnitt 4.5 als Robustheitsprüfung berichtet.

A.3 Stichprobe

Die Befragung wurde im Juli 2026 im Panel von YouGov durchgeführt und umfasst 1'318 vollständig auswertbare Interviews mit Personen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren aus den drei grossen Sprachregionen der Schweiz.¹² Unter Berücksichtigung der in Anhang A.2 beschriebenen Ausschlusskriterien umfasst die bereinigte Stichprobe insgesamt 1'279 Befragte.

¹² Vgl. Schweizer Panels & Kundenpanel-Management [24.03.2026]

Für die vorliegende Forschungsfrage ist die externe Validität der Stichprobe von zentraler Bedeutung. Da vorliegend eine bevölkerungsrepräsentative Zahlungsbereitschaft für die Schweizer Versicherten geschätzt werden soll, muss überzeugend dargelegt werden können, dass die Stichprobe die relevanten Merkmale der Schweizer Bevölkerung hinreichend abbildet. Dazu werden zunächst die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe den entsprechenden Bevölkerungsstatistiken des BFS gegenübergestellt (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Merkmal		Stichprobe (N)	Stichprobe (%)	Population (%)	Delta (Pp.)
Geschlecht	Frau	646	50.5	50.0	+0.6
	Mann	633	49.5	50.0	-0.6
Alter	18–29	190	14.9	17.6	-2.8
	30–39	183	14.3	18.9	-4.6
	40–49	296	23.1	18.3	+4.9
	50–59	251	19.6	18.4	+1.2
	60–69	213	16.7	15.7	+1.0
	70–79	146	11.4	11.1	+0.4
	80–89	108	8.4	10.0	-1.6
Bildung	Hoch (Tertiär)	608 (487)	51.9 (54.9)	46.2	+5.7
	Mittel (Sek II)	514 (367)	43.9 (41.4)	39.9	+4.0
	Tief (oblig. Schule)	49 (33)	4.2 (3.7)	13.9	-9.7
	Keine Angabe	108 (83)	8.4 (8.6)	-	-
Sprachregion	Deutschschweiz	792	61.9	69.9	-8.0
	Französische Schweiz	270	21.1	26.0	-4.9
	Tessin	217	17.0	4.2	+12.8

Hinweis: Anteile der Kategorien auf Basis der gültigen Antworten. Für den Bildungsstand sind in Klammern die Werte der basisgleichen Teilstichprobe der 25- bis 64-Jährigen ausgewiesen, da die SAKE-Referenz auf diese Altersgruppe abstellt.

Quellen: BFS STATPOP (Geschlecht, Alter, Sprachregion, Jahr 2024), BFS SAKE (Bildungsstand, Jahr 2025).

Die Geschlechterverteilung in der Stichprobe entspricht mit 50.5 Prozent Frauen und 49.5 Prozent Männern nahezu exakt der Schweizer Gesamtbevölkerung. Auch die Altersstruktur ist gut abgebildet. Die Abweichungen liegen zwischen –4.6 und +4.9 Prozentpunkten, wobei die 30- bis 39-Jährigen leicht unter- und die 40- bis 49-Jährigen leicht überrepräsentiert sind. Bei den Altersgruppen ab 60 Jahren beträgt die Abweichung maximal einen Prozentpunkt. Deutlichere Abweichungen zeigen sich beim Bildungsstand. Die Stichprobe ist formal höher gebildet als die Schweizer Gesamtbevölkerung. Der Anteil mit tertiärem Abschluss liegt um 5.7 Prozentpunkte höher, der Anteil

mit obligatorischer Schulbildung um 9.7 Prozentpunkte tiefer als in der Gesamtbevölkerung. Es handelt sich um eine vergleichsweise kleine Bevölkerungsgruppe.

Die Verteilung über die Sprachregionen (61.9 Prozent Deutschschweiz, 21.1 Prozent Romandie, 17.0 Prozent Tessin) folgt der disproportionalen Quotierung der Erhebung. Das italienischsprachige Gebiet wurde in der Stichprobe überproportional berücksichtigt, um für diese Sprachregion belastbare Aussagen zu ermöglichen.

Neben den soziodemografischen Merkmalen sind für die vorliegende Fragestellung die einkommens- und versicherungsspezifischen Merkmale der Befragten von Bedeutung, da sie den finanziellen Kontext der im Experiment abgefragten Prämien- und Franchiseveränderungen bestimmen (siehe Tabelle 9).

Die berichteten monatlichen Grundversicherungsprämien in der Stichprobe lassen sich mit der vom BAG publizierten mittleren Grundversicherungsprämie in der Schweizer Bevölkerung vergleichen.¹³ Für das Jahr 2026 beträgt sie über alle Versicherten CHF 393 pro Monat, für Erwachsene ab 26 Jahren CHF 465 und für junge Erwachsene zwischen 19 und 25 Jahren CHF 326. Die Verteilung der berichteten Prämien in der Stichprobe ist mit diesen Referenzwerten konsistent.

Die Verteilung der Franchisen in der Stichprobe ist erwartungsgemäss zweigipflig. 39.9 Prozent der Befragten geben die Mindestfranchise von CHF 300 an und 42.9 Prozent die Maximalfranchise von CHF 2'500, während die mittleren Stufen zusammen 17.4 Prozent ausmachen. Dieses Muster entspricht dem Befund des BAG aus den anonymisierten Individualdaten der Krankenversicherung, wonach die mittleren Franchisen von CHF 1'000, 1'500 und 2'000 bei Erwachsenen selten gewählt werden und die Mindest- und die Maximalfranchise die häufigste Wahl darstellen.

Gemäss der Haushaltsbudgeterhebung des BFS betrug das durchschnittliche verfügbare Einkommen der privaten Haushalte nach obligatorischen Ausgaben CHF 7'186 pro Monat.¹⁴ Dieser Referenzwert fällt in die Gruppe von CHF 6'001 bis 8'000, die in der Stichprobe die häufigste Klasse ist (22.2 Prozent). Damit ist die beobachtete Verteilung mit jener der Schweizer Gesamtbevölkerung gut vereinbar.

Insgesamt bildet die Stichprobe die Schweizer Wohnbevölkerung in den für die Fragestellung zentralen Merkmalen Alter, Geschlecht, Prämienniveau und Einkommen sehr gut ab, und die Franchisewahl reproduziert die aus den BAG-Individualdaten bekannten Muster. Die überproportionale Vertretung des Tessins ist ein bewusstes Merkmal des Erhebungsdesigns.

¹³ Vgl. Krankenkassenprämien erhöhen sich durchschnittlich um 4,4 Prozent – Kostendämpfung bleibt Daueraufgabe [28.07.2026]

¹⁴ Vgl. Haushaltsbudgeterhebung: Ergebnisse 2023 [28.07.2026]

Tabelle 9: Einkommen und Versicherungsmerkmale der Stichprobe

Merkmal		Stichprobe (N)	Stichprobe (%)
Haushaltseinkommen (netto, pro Monat)	Weniger als CHF 2'000	28	2.7
	CHF 2'001 – 4'000	107	10.4
	CHF 4'001 – 6'000	181	17.6
	CHF 6'001 – 8'000	229	22.2
	CHF 8'001 – 10'000	187	18.1
	CHF 10'001 – 15'000	188	18.2
	CHF 15'001 – 20'000	70	6.8
	CHF 20'001 – 25'000	22	2.1
	CHF 25'000 oder mehr	19	1.8
	<i>Keine Angabe</i>	<i>248</i>	<i>19.4</i>
Monatliche Grundversicherungsprämie	Weniger als 300 CHF	68	5.6
	300 – 349 CHF	177	14.7
	350 – 399 CHF	164	13.6
	400 – 449 CHF	219	18.2
	450 – 499 CHF	184	15.3
	500 – 549 CHF	157	13.0
	550 – 599 CHF	87	7.2
	600 – 649 CHF	61	5.1
	650 CHF oder mehr	89	7.4
	<i>Keine Angabe</i>	<i>73</i>	<i>5.7</i>
Franchise	300 CHF (Minimum)	501	39.9
	500 CHF	90	7.2
	1'000 CHF	48	3.8
	1'500 CHF	49	3.9
	2'000 CHF	29	2.3
	2'500 CHF (Maximum)	538	42.9
	<i>Keine Angabe</i>	<i>24</i>	<i>1.9</i>
Ambulante Zusatzversicherung	Ja	924	74.8
	Nein	312	25.2
	<i>Keine Angabe</i>	<i>43</i>	<i>3.4</i>

Hinweis: Anteile der Kategorien auf Basis der gültigen Antworten, Anteil «Keine Angabe» auf Basis aller Befragten.

Quelle: Swiss Economics

A.4 Empirische Schätzergebnisse

Tabelle 10: Schätzungen Conditional Logit

Variable	Basismodell	Interaktionsmodell
Haupteffekte		
Verfügbarkeit 30% (Ref. 50%)	-0.7486***	-0.3887***
	(0.0476)	(0.0976)
Verfügbarkeit 90% (Ref. 50%)	0.4280***	0.3125***
	(0.0376)	(0.0853)
Sofortiger Zugang (Ref. 7 Monate)	0.2269***	0.1235
	(0.0351)	(0.0751)
Verzögerung 24 Monate (Ref. 7 Monate)	-0.8391***	-0.3817***
	(0.0491)	(0.0965)
Mindestfranchise (CHF über 300)	-0.00197***	-0.00028
	(0.00015)	(0.00029)
Prämienänderung (CHF pro Monat)	-0.01302***	-0.00790***
	(0.00051)	(0.00105)
Status-quo-Konstante	0.3444***	0.1444
	(0.0453)	(0.1026)
Interaktionen mit Dummy 40 bis 59 Jahre		
Verfügbarkeit 30% (Ref. 50%)	–	-0.3817***
		(0.1141)
Verfügbarkeit 90% (Ref. 50%)	–	0.2008**
		(0.0921)
Sofortiger Zugang (Ref. 7 Monate)	–	0.0846
		(0.0812)
Verzögerung 24 Monate (Ref. 7 Monate)	–	-0.3198***
		(0.1114)
Mindestfranchise (CHF über 300)	–	-0.00074**
		(0.00035)
Prämienänderung (CHF pro Monat)	–	-0.00741***
		(0.00119)
Status-quo-Konstante	–	0.0398
		(0.1093)
Interaktionen mit Dummy 60 bis 79 Jahre		
Verfügbarkeit 30% (Ref. 50%)	–	-0.2680**
		(0.1303)

Variable	Basismodell	Interaktionsmodell
Verfügbarkeit 90% (Ref. 50%)	–	0.0941 (0.1055)
Sofortiger Zugang (Ref. 7 Monate)	–	0.1719* (0.0982)
Verzögerung 24 Monate (Ref. 7 Monate)	–	-0.4117*** (0.1309)
Mindestfranchise (CHF über 300)	–	-0.00076* (0.00040)
Prämienänderung (CHF pro Monat)	–	-0.00334*** (0.00127)
Status-quo-Konstante	–	0.3066** (0.1284)
Interaktionen mit Dummy Tertiärbildung		
Verfügbarkeit 30% (Ref. 50%)	–	-0.2768*** (0.0988)
Verfügbarkeit 90% (Ref. 50%)	–	0.0045 (0.0770)
Sofortiger Zugang (Ref. 7 Monate)	–	0.0127 (0.0719)
Verzögerung 24 Monate (Ref. 7 Monate)	–	-0.4866*** (0.1019)
Mindestfranchise (CHF über 300)	–	-0.00011 (0.00030)
Prämienänderung (CHF pro Monat)	–	-0.00584*** (0.00104)
Status-quo-Konstante	–	-0.1938** (0.0928)
Interaktionen mit Dummy Westschweiz		
Verfügbarkeit 30% (Ref. 50%)	–	-0.0161 (0.1233)
Verfügbarkeit 90% (Ref. 50%)	–	-0.0201 (0.0923)
Sofortiger Zugang (Ref. 7 Monate)	–	-0.0139 (0.0887)
Verzögerung 24 Monate (Ref. 7 Monate)	–	-0.1077 (0.1244)

Variable	Basismodell	Interaktionsmodell
Mindestfranchise (CHF über 300)	–	-0.00094** (0.00039)
Prämienänderung (CHF pro Monat)	–	-0.00104 (0.00125)
Status-quo-Konstante	–	0.1449 (0.1127)
Interaktionen mit Dummy Tessin		
Verfügbarkeit 30% (Ref. 50%)	–	0.0059 (0.1287)
Verfügbarkeit 90% (Ref. 50%)	–	-0.0609 (0.1080)
Sofortiger Zugang (Ref. 7 Monate)	–	-0.1183 (0.1028)
Verzögerung 24 Monate (Ref. 7 Monate)	–	-0.0222 (0.1408)
Mindestfranchise (CHF über 300)	–	-0.00038 (0.00041)
Prämienänderung (CHF pro Monat)	–	0.00005 (0.00140)
Status-quo-Konstante	–	-0.0291 (0.1295)
Interaktionen mit Dummy Franchise CHF 300		
Verfügbarkeit 30% (Ref. 50%)	–	-0.1516 (0.1104)
Verfügbarkeit 90% (Ref. 50%)	–	0.1027 (0.0840)
Sofortiger Zugang (Ref. 7 Monate)	–	0.1673** (0.0765)
Verzögerung 24 Monate (Ref. 7 Monate)	–	-0.0376 (0.1103)
Mindestfranchise (CHF über 300)	–	-0.00302*** (0.00035)
Prämienänderung (CHF pro Monat)	–	0.00333*** (0.00103)
Status-quo-Konstante	–	0.3682*** (0.0998)

Variable	Basismodell	Interaktionsmodell
Modellstatistik		
Parameter	7	49
Beobachtungen (Alternativen)	46'044	46'044
Choice-Sets	15'348	15'348
Befragte	1'279	1'279
Pseudo-R ² (McFadden)	0.146	0.181

Hinweis: Ausgewiesen werden clusterrobuste Standardfehler auf Ebene der Befragten. Signifikanzniveaus: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.10$. Die absolute Höhe der Koeffizienten ist nicht direkt interpretierbar, da die Skalierung der Nutzenfunktion nicht identifiziert ist. Aussagekräftig sind die Verhältnisse zwischen den Koeffizienten.

Quelle: Swiss Economics