

## **Empirische Fakten zur Fiktion kantonaler Reserven in der Sozialen Krankenversicherung**

Konstantin Beck<sup>1</sup>

CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie<sup>2</sup>

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

Luzern, 27. Februar 2013

Legt eine Regierung als Referenzpunkt der Höhe über Meer das schwankende Deck eines Schiffs mitten im Atlantik fest, verunmöglicht sie damit ganz einfach die exakte Vermessung ihres Landes. Allein mit der Beschimpfung ihrer Geometer kommt sie einer vernünftigen Lösung auch nicht näher.

### **Einleitung**

In zwei Hearings der Ständeratskommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit im Jahr 2012 konnte die Delegation von santésuisse das Gremium überzeugen, dass eine rückwirkende Korrektur von (angeblich) zu hohen Prämienzahlungen wenig sinnvoll sei. Im Anschluss daran wandte sich eine Reihe von Regierungsräten an die Presse und malte ein wahres Schreckgespenst an die Wand: Ganze Landstriche sollen über Jahre widerrechtlich von skrupellosen Krankenversicherern ausgepresst worden sein. So etwas nennt man Populismus. Die hoch emotional geführte Diskussion entbehrt jeglicher statistischer Grundlagen. Sie ist allerdings insofern gefährlich, als dass sie Regulierungen auslösen kann, die als Referenzpunkt das oben erwähnte Schiff im Atlantik verwenden. Ob der Krankenversicherungsmarkt so viel politisch induzierte Schwankungen erträgt, ist allerdings fraglich.

### **Teil I: Die Fiktion der kantonalen Reserven**

#### **1.1 Eindeutige juristische Sachlage**

Juristisch ist die Frage erschöpfend geklärt. Es gibt im KVG keine kantonalen Reserven. Zudem gibt es im KVG eine 5jährige Verwirkung und im OR eine Verjährung nach 10 Jahren. Sogar wenn die Forderung nach Rückzahlung übermässig erhobener Prämienfelder zulässig wäre, müsste sie doch zumindest auf diese Verjährungsfristen Rücksicht nehmen. Zudem wurden alle Prämien im Markt von den zuständigen Behörden geprüft und bewilligt (wenn nicht sogar gegen den Willen des Versicherers verordnet).

Obwohl also die juristische Argumentation glasklar ist, hinterlässt sie den Eindruck, die Kassen wollten sich hinter Paragraphen verstecken. Der Politiker vermutet ein möglicherweise legales aber sicher illegitimes Verhalten. Nehmen wir darum für unsere Analyse an, sämtlich einschlägigen gesetzlichen Best-

---

<sup>1</sup> Der Autor dankt Monika Buholzer, Viktor von Wyl und Bernhard Keller für wichtige Beiträge und Kalkulationen zu diesem Papier.

<sup>2</sup> Kontakt: CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie / Tribtschenstrasse 21 / CH-6002 Luzern / ++41 058 277 17 26 / [info.institut@css.ch](mailto:info.institut@css.ch)

immungen seien ungültig. Es geht nun im Folgenden darum zu zeigen, dass überhöhte kantonale Prämien weitestgehend ein reines Schreckgespenst sind.

## 1.2 Es gibt keine systematische Ausbeutung bestimmter Kantone

Es wurde zumindest implizit von den zuständigen Regierungsräten unterstellt, dass die Einwohner gewisser Kantone systematisch zu hohe Prämien bezahlt hätten. Die Krankenversicherer scheinen, gemäss dieser Logik eine systematische Bevorzugung der Berner und eine ebenso systematische Benachteiligung von Waadtländern und Zürichern vorgenommen zu haben. Das BAG publizierte dazu eine Auflistung der kantonalen Saldi von 1996 – 2011 (BAG, 2013):

**Tabelle 1: Zuviel und zu wenig bezahlte Prämien nach Berechnung des BAG**

Kanton	Prämiensaldo aller Kassen in Mio. Fr.	Kanton	Prämiensaldo aller Kassen in Mio. Fr.
ZH	464.933	SH	-49.975
BE	-831.76	AR	-34.357
LU	-70.412	AI	1.174
UR	-29.553	SG	-70.581
SZ	-0.087	GR	-28.527
OW	-19.032	AG	-15.196
NW	-4.976	TG	81.65
GL	-31.828	TI	139.828
ZG	1.661	VD	602.291
FR	22.76	VS	-77.925
SO	-142.169	NE	21.7
BS	-73.838	GE	350.808
BL	-144.531	JU	-62.058
<b>Total aller Transfers</b>		<b>1'686.81</b>	

Nach der Logik dieser Kalkulation haben Zürich (mit 464 Mio. Fr.) und die Waadt (mit 602 Mio. Fr.) den Rest der Schweiz massiv quersubventioniert. Gesamthaft flossen 1.7 Milliarden Franken über die jeweiligen Kantons Grenzen.

Erstaunlich ist an dieser Tabelle, dass der Kanton Basel, der sich im Frühjahr noch lautstark für ihm angeblich zustehende 53 Millionen gewehrt hat, nun plötzlich mit -73 Mio. Franken in der Kreide steht. (BAG 2012). Eine Kehrtwende von 126 Millionen Franken innert eines einzigen Jahres (!) lässt die Stabilität der tabellierten Werte stark in Zweifel ziehen. Zum Teil liegt das auch an der vom BAG geänderten Berechnungsmethode – aber eben nur zum Teil.

Daneben stellt sich die Frage: Ist das ein grosser Betrag, angesichts eines Gesamtmarkts mit 24 Milliarden Jahres-Umsatz? (BAG 2011, Tab. 2.14). Beispielsweise der Wert für Zürich, 465 Mio. Franken, bezieht sich auf 16 Jahre, respektive ein in diesem Kanton angefallenes Leistungsvolumen von 51 Milliarden (RA-Statistik 96-11). Das bedeutet, dass wir gerade einmal von **9 Promille der Leistungen** sprechen.

Analysiert man den grössten Krankenversicherer ein wenig genauer, kann von systematischer Ausbeutung bestimmter Kantonseinwohnerinnen keine Rede sein. In den Jahren 1997 bis 2012 (das Jahr 1996 war auf die Schnelle nicht rekonstruierbar) wechselten Defizite und Überschüsse einander in den offiziellen kantonalen Abschlüssen der CSS Versicherung immer wieder ab. Es gibt in dieser Zeitspanne 416 kantonale Abschlüsse. Davon sind 50.7% negativ und 49.3% positiv. Zufälliger können die Abschlüsse gar nicht schwanken. (Für Intras gilt ein Wert von 52.3%, für die Arcosana einer von 48.6%). Kein CSS-Kanton weist in 16 Jahren weniger als vier oder mehr als elf negative Abschlüsse auf.

Daraus folgt: Die vom BAG publizierten Werte sind nicht so gross, wie sie aus dem Zusammenhang gerissen erscheinen mögen, sie entstanden nicht auf Grund systematischer Bevorzugung und Benachteiligung, sondern als Folge des Zufalls in der Krankenversicherung und insofern ist die vom BAG publizierte Liste auch falsch, wie wir im Folgenden sehen werden

### Zürich hat recht – das Waadtland liegt falsch...

... und Basel weiss selber nicht recht, zu welchem Club es sich zählen soll.

Geht man auf die Formel ein, die das BAG zur Berechnung der Tabelle 1 verwendet hat, so stellt man fest, dass hier unreflektiert rein zufällige Ergebnisse aufaddiert werden. Es ist nämlich nicht nur so, dass sich die Vorzeichen in den diversen Kantonen regelmässig abwechseln, es ist auch so, dass kein einziges der 754 im Detail betrachteten Kantonsresultate exakt Null Franken ergibt.

Versicherer müssen bei der Prämienkalkulation 18 Monate im Voraus den Bestand der Versicherten, deren Altersstruktur, deren Krankheitsanfälligkeit, deren Vorlieben für Rabatte und unterschiedliche Versicherungs-Deckungen und deren Leistungshöhe schätzen. Dass sie das nicht auf's Komma genau können, sollte eigentlich einleuchten. Jedes Kantonsresultat ist zufallsbehaftet. Will man die Übermässige Belastung einer Kantonsbevölkerung bestimmen, so muss die rein zufällige Komponente ausgeblendet werden.

Ohne in schwierige Modell-Herleitungen einsteigen zu wollen, sollen zwei Ideen kurz erläutert werden. Die wichtigste zufällige Komponente ist die Leistungshöhe. Wir beschränken uns darum auf die Entwicklung der Leistungen in den diversen Kantonen. Nun ist die Leistungsentwicklung natürlich nicht *nur* zufällig. Einen gewisser Anstieg der kantonalen Leistungen über die Jahre ist durchaus vorhersehbar. So zeigt Grafik 1, wie die rote, zufällige Entwicklung der Leistungen der CSS im Kanton Zürich doch recht gut mit einem grünen, geglätteten Trend beschrieben werden kann (Details im Anhang).

Betrachten wir Grafik 1, so erstaunt es nicht, dass die Versicherer mit der abgebildeten Trendfunktion die Leistungsentwicklung zu 97% erklären können (gemeint ist das  $R^2$ ). Wir nehmen nun Folgendes an: Der Versicherer sei in der Lage jedes Jahr Prognosen entlang der Trendkurve zu machen.

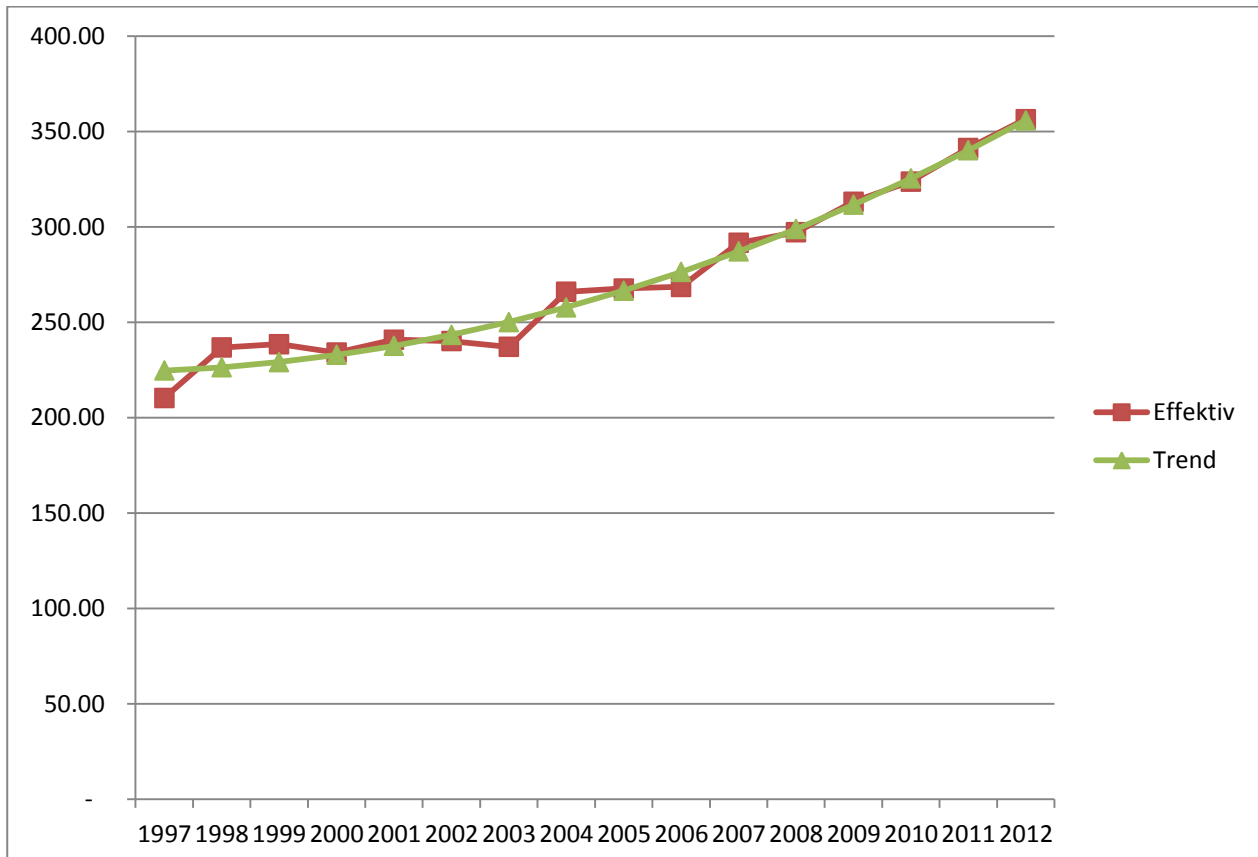
Das allein ist bereits eine ambitiöse Annahme. Es ist nämlich wesentlich einfacher, nach Ablauf der 16 Jahre eine Trendkurve durch die Daten zu legen als beispielsweise im Kanton Zürich für das Jahr 2003 einen Wiederanstieg der Leistungen voraus zu sehen. Trotzdem wollen wir bei dieser strengen Annahme bleiben, denn damit **unterschätzen wir den Zufallseffekt** eher, als dass wir ihn überschätzen.

Nun liegen aber die tatsächlichen Werte nicht auf der langfristigen Trendkurve sondern streuen im Fall von Zürich leicht, im Fall der Waadt (Grafik 2) stark um den Trend. Die mittlere Abweichung, so gering sie optisch wirken mag, beträgt 7.07 Mio. Franken im Fall von Zürich und 12.3 Mio. Franken im Fall der Waadt.

Wiederum treffen wir eine strenge Annahme: Der Versicherer sei in der Lage sein kantonales Ergebnis bis auf den eben berechneten mittleren Fehler genau vorher zusehen. Liegt der Fehler Ende Jahr innerhalb der Schranke von +/- 7.07 Mio. Franken (im Fall des Kantons Zürich), so ist das nur noch auf den Zufall zurück zu führen, liegt sein Jahresergebnis ausserhalb der 7 Mio. Grenze sprechen wir von

übermässig hoch (oder unzulässig gering – auch diesen Fall gibt es!) erhobenen Prämien. Das ist insofern streng, als dass rein statistisch gesehen 33% aller Fälle schon rein zufällig ausserhalb der definierten Grenze zu liegen kommen. Trotzdem kommt unsere Regel der Praxis des Versicherers einigermaßen nahe, der ja nicht nur mathematische Modelle sondern zusätzliche Marktinformationen zur Prognose verwendet.

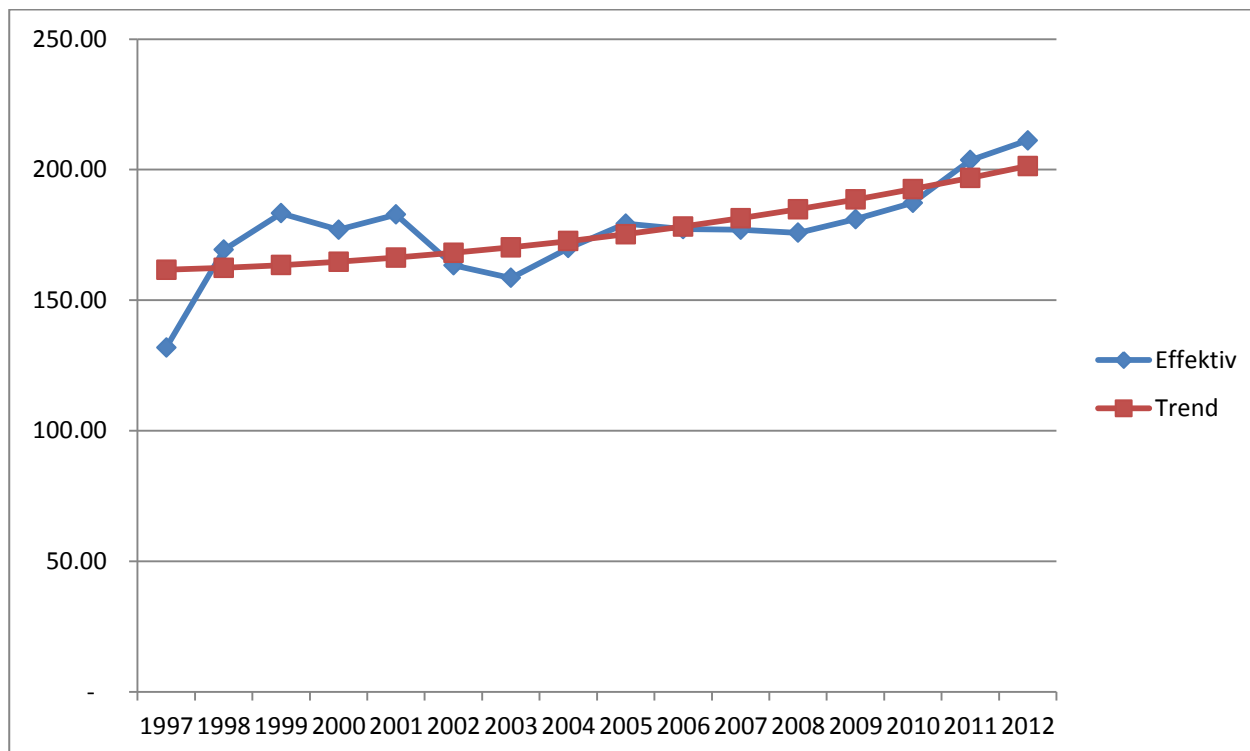
**Grafik 1: Leistungsentwicklung CSS Versicherte, Kanton Zürich in Mio. Franken**



Damit liegt ein Beschrieb des Zufalls vor, der es uns erlaubt, die kantonalen Ergebnisse der betrachteten Versicherer in zufällige und zu verantwortende eher systematische Abweichungen zu unterteilen.

### Ist die CSS überhaupt repräsentativ?

Bevor wir zu den Ergebnissen kommen, muss kurz die Frage angesprochen werden, ob den die CSS als einzelner Versicherer überhaupt repräsentativ sei? Auf Grund der Tatsache, dass die CSS mittlerweile der grösste Versicherer ist, ist sie durchaus repräsentativ, stellt sie doch damit auch den Versicherer mit der **geringsten Zufallskomponente** dar. Alle anderen und vor allem die vielen kleinen Versicherer verhalten sich ähnlich wie die CSS, weisen aber noch viel breitere Zufallskorridore auf, als der von uns für die CSS beschriebene.

**Grafik 2: Leistungsentwicklung CSS Versicherte, Kanton Waadt in Mio. Franken**

### Die Prämiensituation nach Elimination der Zufallskomponente

In Tabelle 2 sind die Resultate für die drei wichtigsten Versicherer der CSS Gruppe zusammen gestellt. Eine gelbe „+“ bedeutet, dass in diesen Kantonen die Jahresergebnisse über dem sehr streng und eng definierte Zufallskorridor lagen. Das bedeutet nicht, dass diese Abweichung in jedem Fall gross war. In 58% der positiven Fälle liegen die Resultate pro Kopf und Monat unter Fr. 2.-, in zusätzlichen 21% aller Fälle sogar genau bei null (markiert mit „0“).

Bei genauerem Hinsehen zeigt sich eine Reihe von Überraschungen. Während der Kanton Zürich im Fall der CSS wohl zu Recht auf eine Rückvergütung von (sage und schreibe) Fr. 1.37 pro Kopf und Monat pochen kann, wurde er im Fall der Intras subventioniert und bei der Arcosana ergibt sich ein Null-Ergebnis. Der viel gescholtene Kanton Bern weist bei diesen drei Kassen ebenfalls alle drei möglichen Ergebnisse auf.

Ebenso überraschend schneidet das lautstarke Waadtland ab: Von der CSS exakt fair behandelt, von der Intras leicht subventioniert und in absoluten Franken praktisch gleich hoch belastet von der Arcosana ergibt sich in der Summe ein geringfügig negatives Ergebnis für die in der Waadt von der CSS Gruppe versicherten Personen.

D.h. wenn der Bund vorschreiben sollte, dass den Waadtländern Prämiengeldern zurück erstattet werden sollen, dürfen sich die VD-Versicherten der CSS Gruppe doppelt freuen. Zahlten sie doch alle zusammen eher zu wenig Prämien ein und werden jetzt vom Bund dafür noch belohnt.

Tabelle 2 zeigt ein durchaus ausgeglichenes Bild mit gewissem Korrekturbedarf da und gewissem Nachholbedarf dort und vielen ausgeglichenen Kantonen. Von einer katastrophalen Situation kann nicht die Rede sein.

**Tabelle 2: Über und Unterfinanzierung nach Elimination der Zufallskomponente**

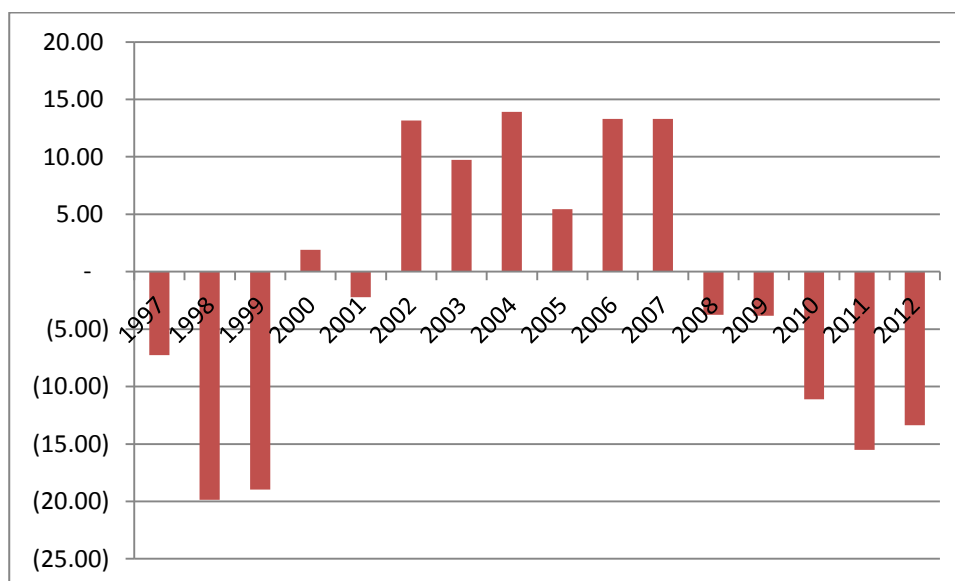
	CSS	Intras	Arcosana
ZH	+	-	0
BE	-	+	0
LU	-	-	0
UR	+	+	0
SZ	-	+	-
OW	-	-	-
NW	-	-	-
GL	-	-	+
ZG	+	+	+
FR	-	-	+
SO	+	-	0
BS	-	0	0
BL	-	-	0
SH	-	+	+
AR	-	-	+
AI	-	-	+
SG	+	-	+
GR	-	+	+
AG	+	0	0
TG	-	0	+
TI	-	+	+
VD	0	-	+
VS	-	-	0
NE	-	+	0
GE	-	0	+
JU	-	-	0

Das unterstreicht auch das Bild der Genfer Versicherten der CSS (Graphik 3). Diese zeigt die Verluste und Gewinne der CSS im Kanton Genf seit 1996 in Mio. Franken. Nach anfänglich starken Verlusten erholte sich der Kanton zu Beginn dieses Jahrhunderts und überschoss dann ein wenig bis zum Jahr 2007. Zum aktuellen Zeitpunkt liegt das kumulierte Ergebnis bei -17 Rappen pro Kopf und Monat und ist damit gut ausgeglichen. Ein Versicherer ist also durchaus auch ohne zusätzliche staatliche Vorschriften in der Lage, seine Finanzen in einem fairen Gleichgewicht zu halten.

## Teil II: Die Diskussion ist scheinheilig

Bis in den hintersten Winkel dieses Landes erschallte die Klage gegen die unbotmässigen Versicherer, die sich schamlosen Quersubventionen unerhörten Ausmasses zwischen den Kantonen zu Schulden kommen lassen und seit Monaten beschäftigt sich das Parlament immer wieder mit diesem ungeheuren Missstand. Derweil rieben sich die Versicherer die Augen und verstanden die Welt nicht mehr:

Ein Kanton Zürich, der von der CSS (ohne Berücksichtigung der oben beschriebenen Zufallseffekte) eine Summe von 50 Mio. Franken reklamieren möchte, sieht geflissentlich darüber hinweg, dass in seinem Kantonsgebiet infolge der gesetzlichen Bestimmungen die CSS-Stadtbevölkerung in der gleichen Zeit kontinuierlich mit 174 Mio. Franken quersubventioniert worden ist und in absehbarer Zukunft weiter quersubventioniert werden wird.

**Grafik 3: Finanzielle Ergebnisse der CSS im Kanton Genf**

Es ist zudem die Diskussion im Gange, die kantonalen Prämienzonen aufzuheben, was zu einer Erhöhung dieser Quersubvention um den Faktor 2,2 führen würde. Hätten wir in der Vergangenheit eine kantonale Einheitsprämie gehabt, wie es diverse Vorstösse im Parlament sowie die Einheitskassen-Initiative wünschen, sprächen wir von einer Quersubventionierung von 385 Mio. Franken der medizinisch gut versorgten Zürcher Stadtbevölkerung durch die weniger gut versorgte Landbevölkerung. D.h. 211 Mio. Fr. mehr oder weniger Quersubventionen ist dem Kanton Zürich egal, aber 50 Mio. nur angeblich zu viel bezahlter Prämien ist der grosse Skandal.

Das analoge gilt für den Kanton Waadt. Aber auch in anderen Bereichen sind Quersubventionen installiert, die weder sinnvoll noch vom Gesetzgeber gewünscht sind. So werden Jugendliche zwischen 19 und 25 Jahren zu stark vom Risikoausgleich geschöpft. Obwohl die Krankenversicherer wieder und wieder auf den Umstand hingewiesen haben, blieb ihr Ruf ungehört. Die Politik interessierte sich nicht für diesen sozialpolitisch höchst fragwürdigen Effekt. Einzig Alt-Regierungsrat Dürr (LU) setzte sich für eine Lösung ein, da er als einer der Wenigen begriff, dass die Überbelastung der Jungen zum Schluss auch die Prämienverbilligung der Kantons angreift. Aber auch er konnte sich im Umverteilungspark des Gesundheitswesens kein Gehör verschaffen.

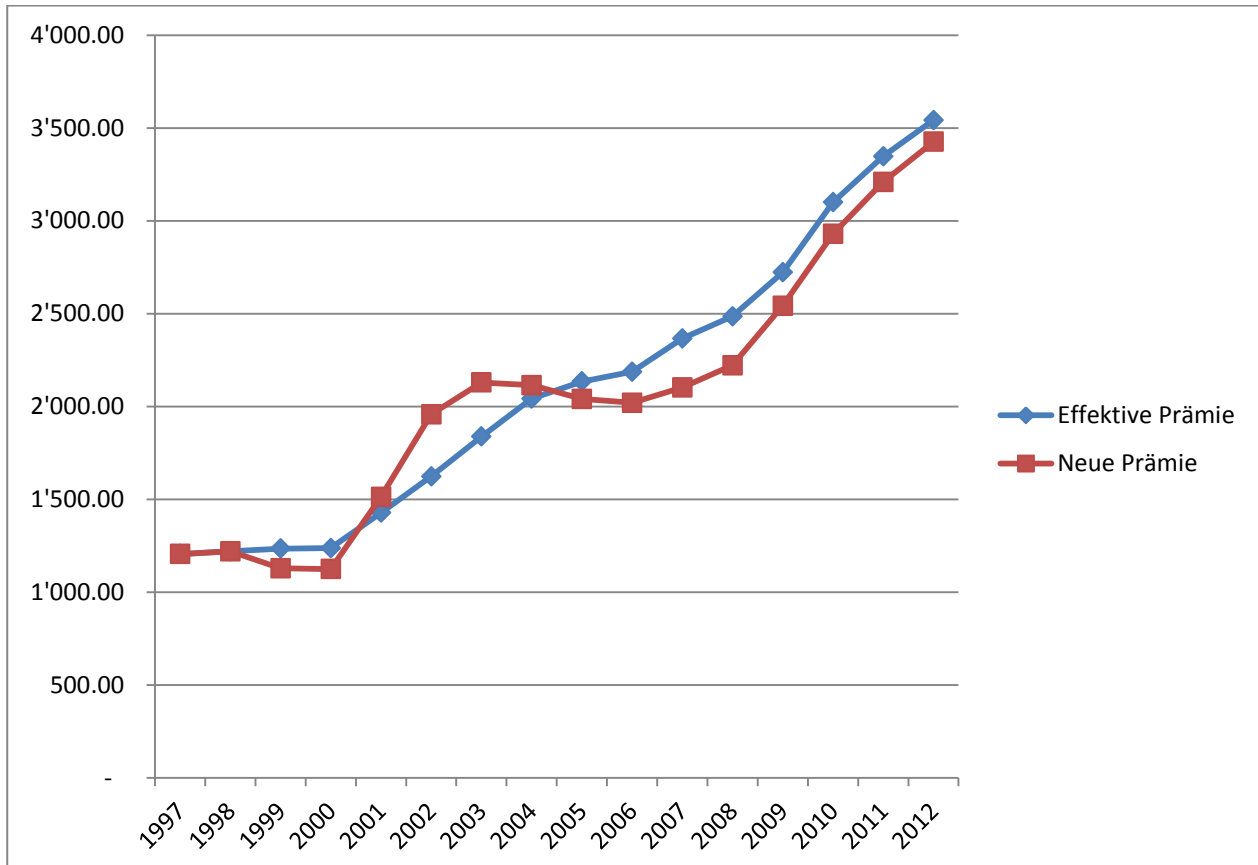
Während sich nun die Kantone über 1.7 Milliarden angeblich zu viel bezahlter Prämien in Rage reden, sind ihnen gleichzeitig die 9 Milliarden übermässige Belastung der Jugendlichen egal. Das sind immerhin Fr. 13'772 pro junge Person. Diese Zahl ist um den Faktor 10 bis 1000 (!) grösser, als alle mir im Kontext der Prämienrückerstattung begegneten angeblichen Überbelastungen.

Es ist schwierig, in der Haltung der Kantone eine klare Linie zu erkennen. Einzig Regierungsrat Mailard betreibt ganz einfach konsequent Abstimmungskampf zu Gunsten der Einheitskassen-Initiative.

### Wie viel Regulierung erträgt der Markt noch?

Die ganze angeheizte Diskussion über Zufallseffekte (die nicht aus der Welt zu schaffen sind und mit denen sich gegebenenfalls auch eine Einheitskasse herum schlagen müsste), stellt sich das Parlament auf den Standpunkt, dass eine weitere Regulierung Not tut. Die Kassen sollen gezwungen werden, ihre kantonalen Ergebnisse in den darauf folgenden Jahren auszugleichen. Wie so etwas aussieht, zeigt das Beispiel der CSS-Versicherten im Kanton Schaffhausen (Grafik 4).

**Grafik 4: Prämienentwicklung effektiv und nach Einführung neuer Kalkulationsvorschriften (CSS SH)**



Die Versicherung achtet darauf, eine einigermaßen ruhige und kontinuierliche Prämienentwicklung zu realisieren (blau). Das reale blaue Beispiel wurde ergänzt um die Vorschrift, dass jeweils die Fehler von zwei vorangegangenen Jahren im dritten und vierten Jahr behoben werden müssen. Das heisst, man verbietet dem Zufall Zufall zu sein und zwingt den Versicherer zu Perfektion. Weil das dem Zufall völlig egal ist, ist das Ergebnis ein systematisches Über- und Unterschiesen der Prämie. Spätestens im Jahr 2005, wenn die Kundin den Rückgang der Prämie 1999 und die anschliessende Prämienexplosion 2001 und 2002 verdaut hat, nur um die Prämie wieder absinken zu sehen, wünscht sie sich (eben leider nicht die verantwortlichen Politiker sondern) die Kassen ins Pfefferland. Worin da der Nutzen für die Versicherten sein soll, bleibt einem einfachen Kassenmitarbeiter wie mir schleierhaft.

### Zusammenfassung

Die Klage über zu viel bezahlte Prämien erweist sich Schreckgespenst sobald man eine vernünftige und vorsichtige Unterscheidung zwischen Zufallseffekten und systematischen Effekten in diese Diskussion einführt. Die vorliegenden Zufalls-Transfers zwischen den Kantonen sind aber auch so relativ bescheiden, verglichen mit den systematischen Unstimmigkeiten, die auf Verordnungsebene behoben werden könnten. Sollte die Politik diese laute aber kaum fundierte Diskussion über die sogenannten kantonalen Reserven zur Grundlage für weitere Regulierungen machen, dann kann sie sicher sein, dass sie die Stabilität des Marktes reduziert, den Ärger der Krankenversicherten steigert und die Fairness im Schweizer



Versicherungsmarkt signifikant reduziert. Es besteht keinerlei Notwendigkeit, diese drei Fehler gleichzeitig zu machen.

## ANHANG:

### Basis der Kalkulationen

Die Berechnungen stützen sich grossmehheitlich auf die kantonalen Abschlüsse der CSS Versicherung 1997 – 2012. Das Jahr 1996 konnte (noch) nicht ausreichend rekonstruiert werden. Zum Teil werden auch die kantonalen Ergebnisse der Intras (dem Schreibenden bekannt für die Jahre 2008 – 2012) und der Arcosana herangezogen. Diese existiert erst seit 8 Jahre (2005 – 2012). Basis sind die offiziellen, dem BAG eingereichten kantonalen Deckungsbeitragsrechnungen.

### Die Definition des Zufalls

Der Zufall wird in zwei Schritten definiert. Ausgangspunkt sind die Leistungen pro Kanton und Kasse über die Jahre. Durch diese Leistungspunkte wird eine Trendfunktion gelegt, wobei  $t$  für das Jahr steht und die Funktion (1) für jeden Kanton und jede Kasse separat berechnet wurde.

$$(1) LST_t = a_0 + a_1 t + a_2 t^2 + e_t$$

Die Variable  $e_t$  steht für die Abweichung vom geglätteten Trend oder den Fehlerterm der Regression. Die Standardabweichung von  $e_t$  ist nun das Mass des Zufalls in jedem Kanton (und für jede Kasse).

Im nächsten Schritt betrachten wir die finanziellen Ergebnisse pro Kanton. Übersteigt das Ergebnis (Abw.) eine Standardabweichung (von  $e_t$ ), so wird der übersteigende Teil als systematische Abweichung im Jahr  $t$  angeschaut. Ist das nicht der Fall, wird das Ergebnis als reiner Zufallseffekt eingestuft:

$$(2) ABW_t^{systematisch} = \text{Max}[0; ABW_t - \text{Stabw}(e_t)]$$

### Quellen

BAG (2011) Statistik der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2010, EDMZ, Bern.

BAG (2012): Unveröffentlichte Tabelle der kantonalen Saldi aus Prämien und Leistungen bis 2010, mimeo, Bern.

BAG (2013): Tabellen mit detaillierter Berechnung zur Bestimmung der zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien seit Einführung des KVG, mimeo, Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Versicherungsaufsicht, Januar 2013, Bern.

## **CSS INSTITUT FÜR EMPIRISCHE GESUNDHEITSÖKONOMIE**

Das „CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie“ ist eine Einrichtung der CSS Kranken-Versicherung AG, die der Forschung und Ausbildung dient.

Das Institut soll aufgrund von aktuellen und repräsentativen Datengrundlagen empirisch belegbare Antworten auf Fragen der effizienten Finanzierung und der gerechten Lastenverteilung von Gesundheitsleistungen liefern.

Die Forschungsergebnisse sind in geeigneter Art und Weise in die politische und wissenschaftliche Diskussion einzubringen.

Das Institut wurde Anfang 2007 von der Geschäftsleitung der CSS Kranken-Versicherung AG ins Leben gerufen.

Die Finanzierung erfolgt einerseits durch Mittel der CSS Kranken-Versicherung AG andererseits und je nach Art des Forschungsprojekts durch Dritte.

Die wissenschaftliche Objektivität und Unabhängigkeit der Forschungstätigkeit misst sich an der Qualität und der Art der Publikationen und Präsentationen der Institutsmitarbeitenden.

Das Institut hat seinen Sitz in Luzern.