



# 100 Jahre Vertrauen 100 Jahre Sympany

Streiflichter auf eine bewegte Geschichte



100  
Jahre  
Vertrauen





# Inhalt

- Überblick
- 4 **100 Jahre Sympany – die Zeittafel**
  
- Die Vorgeschichte
- 6 **Eine Pioniertat für Basel – die Gründung der ÖKK**
  
- Von 1914 bis 1989
- 8 **Wie weiter? Die ÖKK entwickelt sich**
  
- Umfeld
- 10 **Ein neuer Rahmen – die KVG-Revision 1996**
  
- Innovation
- 12 **Noch eine Pioniertat – Managed Care**
  
- Von 1989 bis 2008
- 14 **Neuer Aufbruch – das Unternehmen Sympany**
  
- Von 2008 bis heute
- 16 **Die letzten Jahre – nachhaltiges Wachstum**
  
- Heute und morgen
- 18 **Blick zurück – und in die Zukunft**

## 100 Jahre Sympany – die Zeittafel

Sympany hat sich in ihrer 100-jährigen Geschichte von einer lokal ausgerichteten staatlichen Institution zu einem modernen, gesamtschweizerischen und eigenständigen Unternehmen entwickelt. Die Meilensteine:

**A**m 1. Oktober **1914** wird das Vorgängerunternehmen von Sympany, die Öffentliche Krankenkasse (ÖKK) Basel, gegründet. Die Krankenversicherung ist obligatorisch für Personen mit niedrigem Einkommen und freiwillig für alle anderen Baslerinnen und Basler. Sie ist damit eine sozialpolitische Pioniertat, mehr als 80 Jahre vor Einführung der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz.

Ende der **1920er-Jahre** sind bereits 95 000 Baslerinnen und Basler versichert, 1935 sind es 70 Prozent der Basler Bevölkerung.

Aufgrund der starken Nutzung und der sozialen Ausrichtung schreibt die damalige ÖKK Basel **ab 1931** Defizite, und es werden bis in die **1940er-Jahre** mehrere Sanierungsmassnahmen nötig, unter anderem durch die Erhöhung des Selbstbehaltes.

**1937** erhält das Unternehmen ein neues Verwaltungsgebäude am Fischmarkt. Es ist heute noch Sitz des Sympany Kundencenters.

**1942** erscheint mit der Basler Krankenstatistik schweizweit die erste systematische Analyse von Krankheitsdaten. Dazu wurden 650 000 Belege der Versicherten ausgewertet.

**1944** wird die ÖKK Basel aus der kantonalen Verwaltung herausgelöst und als selbstständige kantonale öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet.

**1946** kauft die Krankenkasse ein Kurhaus im Diemtigtal und führt die Tuberkulosenversicherung ein.

Die **1950er- und 1960er-Jahre** sind geprägt von verschiedenen Tarifstreitigkeiten zwischen der Krankenversicherung und den Ärzten.

In den **1960er-Jahren** dehnt die Krankenkasse ihre Tätigkeit auf die gesamte Nordwestschweiz aus.

In den **1970er-Jahren** reduziert der Kanton Basel-Stadt seine Subventionen. Aufgrund der starken Prämien erhöhungen wechseln viele Versicherte zu den konkurrierenden privaten Krankenversicherern.

**1981** lanciert ein überparteiliches Komitee die Initiative «Für eine sichere und soziale ÖKK», welche die Versicherung erhalten will. Der Regierungsrat Basel-Stadt dagegen schlägt mit der sogenannten «Multifusionsvorlage» vor, die ÖKK Basel zu liquidieren und die Versicherten in mehrere private Kassen einzukaufen.

**1984** wird die Multifusionsvorlage knapp abgelehnt und die Volksinitiative knapp angenommen.

Als Folge der Abstimmung tritt **1991** ein Gesetz in Kraft, das es dem Unternehmen erlaubt, im Markt flexibler zu agieren und mit neuen, attraktiveren Produkten neue Versicherte zu gewinnen. Das Gesetz sichert zudem einen gesonderten kantonalen und zeitlich begrenzten Betriebsbeitrag für die historisch begründete ungünstige Risikostruktur.

**1991** werden erste kostendämpfende Versicherungsformen eingeführt: Die Gründung des HMO Gesundheitsplans in Basel ist eine Pionierleistung. Sie ist eine der ersten Managed-Care-Organisationen der Schweiz und ebnet dieser Behandlungsform den Weg.

Die Reform des Eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bringt **1996** das gesamtschweizerische Versicherungsobligatorium. Neu sind auch die Wahlfreiheit für die Versicherten, altersunabhängige Prämien und der Risikoausgleich unter den Versicherern.

Bis **2002** steigert die ÖKK Basel den Versichertenbestand sowohl in der Grund- wie auch in der Zusatzversicherung und verbessert ihre Risikostruktur.

**2005** stösst die ÖKK Schweiz als Tochtergesellschaft zur ÖKK Basel.

In den Folgejahren gibt es in der Schweiz nur noch zwei ÖKK-Organisationen: Die ÖKK Basel und die ÖKK Graubünden. Dies sind zwei eigenständige Unternehmen, die einen gemeinsamen Marktauftritt pflegen und unter anderem die Zusatzversicherungen gemeinsam führen.

**2006** wird die Krankenkasse 57 in die ÖKK Basel integriert.

**2007** kommt es zur Entflechtung der Kooperation ÖKK Basel und ÖKK Graubünden. Während letztere den Namen behält, entscheidet sich ÖKK Basel, unter dem neuen Namen Sympany aufzutreten.

Anfang **2008** startet Sympany. Nachdem der Basler Grosse Rat der Umwandlung der ÖKK in eine nicht gewinnorientierte AG und der Integration in die Stiftung Sympany zugestimmt hat, erfolgt der Neustart als eigenständige privatrechtliche Unternehmung mit neuem Namen.

**2009** steigt Sympany ins Sachversicherungsgeschäft ein. Neben den traditionellen Krankenversicherungen bietet Sympany auch Motorfahrzeug-, Haushalt-, Gebäude- und Privathaftpflichtversicherungen in Eigenregie an. Damit wird Sympany zum schweizweit einzigen Rundum-Versicherer, der alle Versicherungen für den Alltag aus einer Hand eigenständig anbietet.

Ebenfalls **2009** stösst die Krankenversicherung Xundheit, die ehemalige ÖKK Luzern, zu Sympany und wird integriert.

**2010** zieht Sympany in den neuen Hauptsitz im Jacob Burckhardt Haus am Basler Bahnhof ein. Das beliebte Sympany Kundencenter bleibt am Fischmarkt bestehen.

**2012** tritt die neue Spitalfinanzierung in Kraft, welche die Tarife der Spitäler vergleichbar und die Kosten transparenter macht und somit den Wettbewerb erhöht. Als erster Krankenversicherer senkt Sympany wegen der zu erwartenden tieferen Beiträge für medizinische Leistungen die Prämien der Spitalzusatzversicherung um 20 Prozent.

**2014** feiert Sympany ihr 100-Jahr-Jubiläum.

## Eine Pioniertat für Basel – die Gründung der ÖKK

Für die erste obligatorische Krankenkasse der Schweiz brauchte es mehr als einen Anlauf. Der Kanton Basel-Stadt schuf aber Fortschrittliches – und startete beherzt, obwohl die Umstände nicht einfach waren.

**D**ie Geschichte der Krankenversicherungen reicht bis ins Mittelalter zurück. Schon damals zahlten Handwerker und Gesellen jeweils ein Wochengeld in die «Lade», die Geldtruhe der Zünfte, um bei Krankheit nicht völlig mittellos dazustehen, oder zumindest auf ein anständiges Begräbnis zählen zu dürfen. Im frühen 19. Jahrhundert entstanden dann vornehmlich unter der neu entstandenen Klasse der Fabrikarbeiter sogenannte Hilfsvereine, die auf dem Solidaritätsprinzip beruhten und Renten auszahlten.

**Basel-Stadt hatte – nach langen Jahren der Diskussion – eine Pioniertat vollbracht, und der Kanton verfügte 1914 über die fortschrittlichste Gesetzgebung der ganzen Schweiz.**

### **Mehr als ein Anlauf**

1865 zählte Basel rund 60 solcher «Hülfsgesellschaften» mit insgesamt 13 000 Mitgliedern. Auch gab es schon zaghafte Versuche für eigentliche Krankenkassen, die berufsunabhängig waren. Der erste Anlauf für eine obligatorische Krankenversicherung in Basel erfolgte 1867 mit einem Antrag an den Basler Grossen Rat. Nach langer Prüfung lag dann fünf Jahre später eine Grundsatz-erklärung vor. Diese wurde dann 1875 vom Rat intensiv diskutiert und, obwohl sich die Ratsmehrheit über den zentralen Punkt des Versicherungsobligatoriums für Baslerinnen und Basler einig war, am Ende abgelehnt. Der ungenügende Schutz im Krankheitsfall, allgemein als Elend betrachtet, blieb also bestehen. Und so entstand bereits 1887 ein neuer Entwurf, der eine Versicherungspflicht für alle Arbeiter, Lehrlinge und Gesellen vorsah. Dieser wurde zwar vom Grossen Rat angenommen, aber vom Basler Stimmvolk verworfen.

### **Die Vorbehalte bleiben**

Schon ein Jahr später, 1888, folgte ein weiterer Ratschlag der Regierung, der ein Obligatorium nur für Personen mit geringem Einkommen vorsah. Die Versicherung sollte zudem von einer Staatsgarantie profitieren, die Prämien sollten sich Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber teilen, und zur Sicherung der Behandlung sollte der Regierungsrat Ärzte zu einem vorgegebenen Tarif verpflichten können. Wiederum stimmte das Parlament für den Entwurf, und wiederum gab es viele Gegner, die einen heftigen Abstimmungskampf führten: Die Ärzte gegen Zwangsaufträge vom Staat, die Angestellten gegen den Lohnabzug und die Arbeitgeber gegen die Prämienpflicht. So ging auch diese Abstimmung verloren, und es wurde für viele Jahre ruhig um eine obligatorische Basler Krankenversicherung.

### **Sanfter Druck von aussen**

Erst als 1912 das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung angenommen wurde, bot sich für Basel eine Gelegenheit – und eine Verpflichtung. Denn das neue Gesetz sah Subventionen für Krankenkassen vor, formulierte dafür aber Mindestanforderungen. Eine davon war die freie Arztwahl der Versicherten, die in Basel noch nicht galt: Minderbemittelten blieb bisher bei Krankheit nur der Gang zur allgemeinen Poliklinik, in der sie von fest angestellten Bezirksärzten kostenlos behandelt wurden. Es war der Arzt Dr. Fritz Aemmer, vormaliger «Stadtphysicus» im Gesundheitsamt und Basler Regierungsrat, der in dieser Situation Nägel mit Köpfen machte: Er unterbreitete dem Parlament den ersten «Ratschlag und Gesetzesentwurf betreffend die Errichtung einer öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt». Das Gesetz wurde im März 1914 vom Grossen Rat verabschiedet, eine Volksabstimmung wurde nicht verlangt. Auch als noch im gleichen Jahr das gesetzliche Versicherungsobligatorium für Personen mit geringem Einkommen beschlossen wurde, erwuchs dagegen keine Opposition.

Trotz aller Gründungsanstrengungen war der Neustart nicht feierlich, denn der gerade ausgebrochene Weltkrieg überschattete alles.

### **Eine Versicherung für ganz Basel**

Basel-Stadt hatte damit – nach langen Jahren erbitterter Diskussion – überraschend schnell eine Pioniertat vollbracht. Der Kanton verfügte über die fortschrittlichste Gesetzgebung der ganzen Schweiz: Die neue Kasse bot für die damalige Zeit einen sehr weitgehenden Leistungsumfang. Bezahlt wurden ärztliche Behandlungen, Spitalaufenthalte, Medikamente, Hilfsmittel, Geburtshilfe und Stillgelder, nicht aber Krankengeld. Die obligatorisch versicherten Mitglieder verteilten sich je nach Einkommen auf drei Kategorien. Die minderbemittelten Personen waren kostenlos versichert, die übrigen bezahlten jeweils ein Drittel respektive zwei Drittel der Prämie. Zudem umfasste die Kasse die vom Arbeitgeber versicherten Personen und die freiwillig Versicherten, welche die volle Prämie bezahlten. Beitreten konnten der Kasse alle Basler Einwohnerinnen und Einwohner unter 60 Jahren. Am 1. Oktober 1914 nahm also die «Öffentliche Krankenkasse Basel-Stadt», kurz «ÖKK», ihren Publikumsbetrieb in den Büroräumlichkeiten an der Klybeckstrasse 1b auf.

### **Neustart mit Herausforderungen**

Trotz aller Gründungsanstrengungen war der Neustart nicht feierlich, denn der gerade ausgebrochene Weltkrieg überschattete alles. Es herrschte Mangel an Material und vor allem an Arbeitskräften – weshalb, so wurde berichtet, Regierungsrat Aemmer mehr als einmal höchstpersönlich am Kassenschalter gestanden sei. Der beherzte Einsatz zahlte sich aber aus: Ende der 1920er-Jahre zählte die ÖKK bereits gegen 100 000 Mitglieder, ein Drittel davon waren freiwillig Versicherte. Auch für sie wurde die Krankenkasse wegen der steigenden Behandlungskosten immer interessanter. Die ÖKK war eine Basler Erfolgsgeschichte. Der Erfolg hatte aber seinen Preis: Schon bald schrieb das Unternehmen rote Zahlen, die in den folgenden Jahren immer wieder zu intensiven und erbitterten politischen Auseinandersetzungen führen sollten.

## Wie weiter? Die ÖKK entwickelt sich

Während ihrer ersten Jahrzehnte hatte die ÖKK immer mit finanziellen Problemen zu kämpfen. Als sie aber am Abgrund stand, wurde sie von Basel nicht fallen gelassen. Mehr noch: Sie bekam eine neue Zukunft.

**D**ie ÖKK war nicht nur eine Versicherung, sie war auch eine soziale Institution. Und angesichts der wachsenden Zahl von Versicherten – viele ältere mit hohen Gesundheitskosten – konnte sie keine ausgeglichene Rechnung vorlegen. Schon Anfang der 1930er-Jahre gab es finanzielle Schwierigkeiten und rote Zahlen. In den folgenden Jahren, die von wirtschaftlichen und politischen Spannungen gekennzeichnet waren, gab es deshalb heftige Auseinandersetzungen.

### Wer ist schuld an den hohen Kosten?

Dabei waren die Argumente überraschend ähnlich wie heute: Je nach Beobachter waren an der finanziellen Lage die übertriebenen Bedürfnisse der Patienten, die unnötigen Behandlungen der Ärzte oder die überbordende Bürokratie der ÖKK schuld. Dazu kam auch, dass die Verwaltung mehr Raum beanspruchte, den man mit dem zentralen Verwaltungsgebäude an der Spiegelgasse schaffen wollte. Trotz viel Kritik am neuen «ÖKK-Palais» wurde das Begehren von der Basler Bevölkerung 1938 knapp angenommen. Dank der Einführung eines Selbstbehaltes verbesserte sich die finanzielle Lage ein wenig. Mehr Abhilfe sollte ein Gesetz schaffen, das eine Obergrenze für die Arzttarife, neue kantonale Subventionen und eine höhere Beteiligung der Versicherten bringen sollte. Es trat nach zwei Abstimmungen, zwischen denen die Belastungen der Versicherten abgeschwächt wurden, 1944 in Kraft.

### Weitere Defizite

Aufgrund der Weiterentwicklung der Medizin und der höheren Lebenserwartung in den Nachkriegsjahren stiegen die Gesundheitskosten massiv an. Das führte ab 1955 bei der ÖKK zu neuen Defiziten. Bei den folgenden Auseinandersetzungen standen sich wiederum die Ärzte und die Krankenkassen – mittlerweile gab es neben der ÖKK auch private Anbieter – gegenüber. Sie stritten sich vornehmlich über die Höhe der Behandlungstarife

für die verschiedenen Versichertengruppen. Befeuert wurde der Konflikt durch die Revision des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes (KUVG), das künftig gestaffelte Tarife zuließ. Erst Ende der 1960er-Jahre wurde der Streit mit einem Kompromiss beigelegt, der einen einheitlichen Behandlungstarif und eine einkommensabhängige Jahresfranchise brachte. Mit dieser Tarifeinigung weitete die ÖKK ihr Geschäftsfeld zudem auf die ganze Region Nordwestschweiz aus.

Je nach Beobachter waren an der finanziellen Lage die Bedürfnisse der Patienten, die Behandlungen der Ärzte oder die Bürokratie der ÖKK schuld.

### Tragisches in und um die ÖKK

1973, als sich die Situation gerade beruhigt hatte, machte ein erschütterndes Ereignis in der ÖKK Schlagzeilen: So wurde der Verwalter, wie sich der CEO damals noch nannte, in seinem Büro von einem Angestellten angeschossen und erlag acht Monate später seinen schweren Verletzungen. Zudem kämpfte die ÖKK in den 1970er-Jahren auch weiter mit Finanzproblemen. Mit ihrer von Eintrittsalter und Geschlecht unabhängigen Einheitsprämie und dem Verzicht auf Vorbehalte für ambulante Behandlungen war sie attraktiv für ältere und kranke, nicht aber für jüngere und gesunde Personen. Die privaten Kassen, die gestaffelte Prämien nach Eintrittsalter anboten, waren zur grossen Konkurrenz geworden. 1974 versicherte die ÖKK noch 60 Prozent der Basler Bevölkerung. Fast zum Todesstoss geriet ihr dann die Abschaffung der Spitaltaxsubventionen des Kantons. Es kam zu Prämienerrhöhungen und damit zu einem Exodus der jungen Versicherten. Fusionsgerüchte machten die Runde. Daraus entstand die Volksinitiative «Für eine gesunde und soziale ÖKK», die eine Sanierung forderte.



### **Basel steht zu seiner ÖKK**

Der Regierungsrat reagierte und schlug dem Parlament zwei Varianten für den weiteren Weg vor: Entweder besteht die ÖKK als selbstständige öffentlich-rechtliche Genossenschaft weiter, oder sie wird liquidiert und die Versicherten werden in verschiedene private Kassen eingekauft. Parlament und Regierung schlugen dem Volk die Ablehnung der Initiative und die Annahme der zweiten Variante, der sogenannten «Multifusion» vor. Doch die Baslerinnen und Basler hingen an «ihrer» ÖKK und entschieden sich 1984 für die Initiative – womit die ÖKK bestehen blieb, die Probleme aber keineswegs gelöst waren. Nach fünf Jahren mit weiteren Diskussionen über die Zukunft legte die Regierung die sogenannte «Chancenstrategie» vor: Einerseits sollte die ÖKK in den folgenden 10 Jahren kantonale Betriebsbeiträge erhalten – zum Ausgleich für die historisch erklärbare schlechte Risikostruktur, weil sie mit der Einheitsprämie und dem Vorbehaltsverzicht auch eine soziale Aufgabe innehatte. Andererseits sollte eine Gesetzesänderung ermöglichen, dass die ÖKK gesamtschweizerisch agieren und in den Zusatzversicherungsmarkt einsteigen konnte.

### **Der Weg zum Erfolg**

Das Parlament hiess die Chancenstrategie gut – und die ÖKK nutzte sie zur Wende: Die Organisation wurde grundlegend modernisiert, und die Anstellungsverhältnisse wurden privatrechtlich geregelt. Mit einer auf die gesamte Schweiz ausgerichteten Wachstumsstrategie und ansprechenden Zusatzversicherungen für Privat- und Unternehmenskunden erreichte sie in den Folgejahren eine gute Durchmischung des Versichertenbestands und die Senkung des Durchschnittsalters. Dies hatte auch zur Folge, dass die kantonalen Finanzierungsbeiträge schneller als erwartet abgebaut werden konnten. In der Folge und bis ins

Die ÖKK hatte es mit finanzieller Hilfe Basels geschafft: Aus dem städtischen Unternehmen, das vor dem Ende stand, wurde eine gesamtschweizerische Versicherung mit einem attraktiven Angebot – und mit Zukunftsperspektiven.

21. Jahrhundert hinein bezog die ÖKK nur noch Risikobeiträge für die historischen, risikobedingten Mehrkosten des basel-städtischen Versichertenkollektivs. In den anderen Kantonen musste sie selbsttragend wirtschaften. Die ÖKK hatte es – mit grosser finanzieller Hilfe der Baslerinnen und Basler – geschafft: Aus dem städtischen Unternehmen, das vor dem Ende stand, wurde eine gesamtschweizerische Versicherung mit einem attraktiven Angebot – und mit Zukunftsperspektiven.

## Ein neuer Rahmen – die KVG-Revision 1996

Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes bestätigte alle sozialen Errungenschaften, auf die man in Basel stolz war. Deshalb war sie nicht nur für das schweizerische Gesundheitswesen, sondern auch für die ÖKK ein Meilenstein.

In den 1980er-Jahren stand das Gesundheitswesen der Schweiz an einem Wendepunkt: Bei den Krankenversicherern galten noch immer nach Eintrittsalter abgestufte Prämien. Junge und gesunde Versicherte waren begehrt, ältere dagegen konnten kaum die Versicherung wechseln. Von Solidarität war keine Rede, und wichtige Leistungen waren von der Grundversicherung nicht gedeckt. Derweil stiegen die Behandlungskosten und die Prämien rasant an, obwohl der Bund hohe Pro-Kopf-Subventionen an die Versicherer ausrichtete.

«Praktisch alle Elemente des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt finden sich auch im bundesrätlichen KVG-Revisionsentwurf», konstatierte der Geschäftsbericht 1992

### Ein neues Krankenversicherungsgesetz

So präsentierte der Bundesrat 1991 seine Botschaft für die Revision des mittlerweile 80 Jahre alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KVUG). Die beiden wichtigsten Punkte waren das Versicherungsobligatorium für alle sowie die volle Freizügigkeit, also die Aufnahmepflicht für die Versicherer ohne abgestufte Tarife nach Eintrittsalter oder Geschlecht. Dafür sollte der Risikoausgleich die unterschiedlichen Kundenstrukturen der Versicherer ausgleichen. Vorgesehen waren zudem ein ausgebauter, verbindlicher Katalog von Pflichtleistungen, Prämienregionen mit jeweils einheitlicher Prämie pro Versicherer sowie die individuelle Prämienverbilligung anstatt der Subventionen nach Giesskannenprinzip. Ebenfalls schlug die Botschaft kostensparende Versicherungsmodelle sowie verschiedene Massnahmen zu Qualitätssicherung, Kostensenkung und Kostentransparenz vor.

### Ein Glück für Basel

Die ÖKK Basel war dem Ansinnen des Bundesrates gegenüber positiv eingestellt. Aus gutem Grund: «Praktisch alle Elemente des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt finden sich auch im bundesrätlichen Gesetzesentwurf», konstatierte der Geschäftsbericht 1992. Tatsächlich umfasste das Gesetz viele Punkte, auf welche die Baslerinnen und Basler bei ihrer ÖKK stolz waren – und die in den Jahren zuvor noch als eine soziale Pioniertat gegolten hatten. Auch aus Sicht des Kantons Basel-Stadt war die Vorlage begrüssenswert – wurde doch mit dem Risikoausgleich ein Teil der Lasten der ÖKK beglichen, die sie historisch zu tragen hatte und die der Kanton im Rahmen der Chancenstrategie in den kommenden Jahren mit den Betriebsbeiträgen hätte abgelten sollen. Dazu gehörte vor allem die von Eintrittsalter und Geschlecht unabhängige Einheitsprämie sowie die Aufnahme ohne Vorbehalte, welche die ÖKK Basel im Gegensatz zu den privaten Versicherern noch lange gekannt hatte.

### Emotionaler Abstimmungskampf, knappes Ergebnis

Das eidgenössische Parlament beriet die Vorlage im Eiltempo und stimmte ihr mehrheitlich zu. Allerdings erwuchs dem Gesetzesvorhaben auch Kritik, und verschiedene Interessengruppen ergriffen das Referendum. Man befürchtete, dass die mittelständischen Prämienzahler die Verlierer werden würden. Tatsächlich war mit einem deutlichen Prämienaufschlag zu rechnen, vor allem durch den Wegfall der Subventionen an die Versicherer und natürlich durch den ausgeweiteten Leistungskatalog. Vielen war das neue Gesetz zu dirigistisch und zu wenig wettbewerbsorientiert. Andere beklagten zu wenig Möglichkeiten für Komplementärmedizin. Nach einem heftigen, emotional geführten Abstimmungskampf nahm das Stimmvolk am 4. Dezember 1994 das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) mit 52 Prozent Ja-Stimmen knapp an. Den Ausschlag gaben die Westschweizer Kantone und das Tessin. Die Deutschschweizer Kantone lehnten

ab – nur in der Region Basel zeigte sich Sympathie für das KVG: Basel-Stadt sagte mit 62 Prozent wuchtig ja, in Basel-Land stimmten 51 Prozent zu. Das Abstimmungsresultat wurde denn auch als Erfolg für die ÖKK und als Bestätigung des bisher gegangenen Wegs gesehen.

**Die KVG-Revision hat garantiert, dass das Gesundheitssystem in der Schweiz künftig bei hoher Qualität für alle zugänglich ist und höchste Sicherheit bietet.**

#### **Hoffnungsvoller, aber harziger Start**

Nicht nur weil Erfahrungen und Prognosen fehlten, war der Start mit dem neuen Gesetz eher harzig. Der ÖKK-Jahresbericht fasste es 1996 so zusammen: «Aufgrund der intensiven Abstimmungskampagne waren vonseiten der Öffentlichkeit hohe Erwartungen in das neue KVG gesetzt worden. Diese wurden namentlich im Bereich der Prämien- bzw. Kostenentwicklung nicht erfüllt.» Tatsächlich stiegen die Prämien deutlich stärker an als erwartet. Die kostendämpfenden Massnahmen wirkten, wenn sie überhaupt ergriffen wurden, sehr schwach. Zudem kam es auch schon bald zu Auseinandersetzungen zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen. Denn es fehlten viele Regelungen zu Kostenübernahmen bei Spitälern, bei Pflegeheimen und im Spitex-Bereich. Vor dem Hintergrund stetig steigender Leistungskosten gingen diese Konflikte natürlich weiter – und sie halten teilweise bis heute an.

#### **Ein Gesundheitssystem für alle**

Aus heutiger, «historischer» Sicht soll aber ein vorsichtig-positives Fazit aus der KVG-Revision gezogen werden. Gewisse Korrekturen, wie zum Beispiel beim Risikoausgleich, wurden regelmässig vorgenommen. Wichtige Ergänzungen, wie die Spitalfinanzierung mit mehr Transparenz und Wettbewerb, brauchten noch weitere 20 Jahre. Das Krankenversicherungsgesetz wird weiterhin Kontroversen auslösen. Denn die KVG-Revision hat den Kostenanstieg im schweizerischen Gesundheitswesen nicht gebremst. Sie hat aber garantiert, dass das Gesundheitssystem in der Schweiz künftig bei hoher Qualität für alle zugänglich ist und höchste Sicherheit bietet. Das ist ein Meilenstein – und genau das, was in Basel seinerzeit mit der Gründung der Öffentlichen Krankenkasse beabsichtigt wurde.

## Noch eine Pioniertat – Managed Care

Gut 75 Jahre nach der Gründung vollbrachte die ÖKK eine weitere Pioniertat mit dem Gesundheitsplan HMO Basel. Das kostensparende Versicherungsmodell steckte Kritik ein, wurde aber zum Erfolg – und blieb es bis heute.

**D**er Druck auf die Gesundheitskosten in den 1980er-Jahren war auch für die Krankenversicherer eine Aufforderung, nach neuen Wegen zu suchen. Ziel war es, mit den Leistungserbringern, allen voran den Ärzten, eine transparentere Zusammenarbeit im Interesse der Patienten zu finden. Die Rolle der Krankenversicherer sollte sich nicht mehr nur auf das Begleichen von medizinischen Leistungen und das Einfordern der Prämien beschränken.

### Ganz auf die Gesundheit ausgerichtet

Auf der Suche nach Alternativen wurde man in den USA fündig, bei den schon länger erprobten Gesundheitszentren oder «Health Maintenance Organizations» (HMO). In einer HMO-Praxis arbeiten verschiedene Ärztinnen und Ärzte zusammen und übernehmen eine bestimmte Verantwortung für den Erfolg der Behandlung. Denn mit der Krankenversicherung sind von den Patientenzahlen abhängige Budgets fixiert. Die Patienten wenden sich bei einer Krankheit immer zuerst an die HMO-Praxis, welche die Behandlung koordiniert und wenn nötig an einen Spezialisten verweist. Die Krankenversicherung gewährt den Versicherten im HMO-Modell einen Prämienrabatt. In diesem Modell wird also für die Gesundheit der Patienten und nicht in erster Linie für die Behandlungen bezahlt. So sind alle Beteiligten an einem schnellen Heilungsprozess interessiert.

### Ein Experiment beginnt

Um dem HMO-Modell oder anderen Modellen der integrierten Versorgung auf die Beine zu helfen, schlossen sich 1988 verschiedene Krankenversicherer, darunter auch die ÖKK Basel, zur «Interessengemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle» (IGAK) zusammen. Schon bald eröffneten in der Schweiz die zwei ersten HMO-Praxen ihre Tore, die erste davon in Zürich. Bei der Eröffnung der zweiten HMO-Praxis am Klosterberg 11 in Basel am 30. September 1991 war die ÖKK führend. Sie stellte aus dem Kreis ihrer Versicherten zwei Drittel der rund

1 000 Kundinnen und Kunden, die nach einem Monat bereits beim «Gesundheitsplan HMO Basel» dabei waren. Die Versicherer konnten dank einer gesetzlichen Ausnahmeregelung ein Versicherungsmodell anbieten, bei dem die Versicherten keine Franchise und keinen Selbstbehalt bezahlen mussten und von einem Prämienrabatt profitierten.

Im HMO-Modell wird für die Gesundheit der Patienten und nicht für die Behandlungen bezahlt. So sind alle Beteiligten an einem schnellen Heilungsprozess interessiert.

### Starke Kritik, grosser Erfolg

Geführt wurde die HMO-Praxis neben einem Arzt auch von einem kaufmännischen Leiter. Das war ein Novum im schweizerischen Gesundheitswesen, das anfangs auch zu Misstrauen bei den Hausärzten in der Stadt führte. Diese waren nicht leicht vom neuen Modell zu überzeugen. Oft bezweifelten sie die fachliche und finanzielle Unabhängigkeit. Unsicherheit herrschte auch zur Frage, ob ein Gesundheitszentrum Qualität bieten und die Patienten richtig betreuen würde. Allerdings profitierten die Praxis und das neue Versicherungsmodell durchaus von der «abwartend-wohlwollend-kritischen Haltung der medizinischen Gesellschaft Basel», wie der ÖKK-Geschäftsbericht 1991 bemerkte. In der Praxis arbeiteten anfangs zwei Ärzte – die aber schon bald dem Ansturm nicht mehr genügen konnten. Bereits 1992 hatte der Gesundheitsplan 2 800 Kundinnen und Kunden, drei Viertel davon ÖKK-Versicherte. Die Praxis wurde erweitert durch eine Gynäkologin, eine Physiotherapeutin und einen Therapeuten für Traditionelle Chinesische Medizin. Zudem beriet eine sogenannte Gesundheitsschwester die Patienten und leistete präventive Arbeit. Insgesamt wirkten bereits neun Personen in der Praxis.

### **Der Weg zum Ärztenetzwerk**

Um den Zugang zum HMO-Modell auch in anderen Stadtquartieren anbieten zu können, ging man 1994 eine Zusammenarbeit mit externen Hausärzten ein, die ihre erbrachten Leistungen direkt mit der HMO-Administration abrechneten und deren Patienten ebenfalls vom HMO-Versicherungsmodell profitierten. Diese Ärzte praktizierten zwar nicht in der HMO-Praxis, sie nahmen aber genauso die Rolle des Gatekeepers ein, des ersten Ansprechpartners und Behandlungskordinators der Patienten. Mit dieser Erweiterung war das erste Ärztenetzwerk geboren.

### **Grösste HMO-Praxis der Schweiz**

1994 wurde auch die Stiftung HMO gegründet. Sie übernahm anstelle der IGAK die Trägerschaft für den Gesundheitsplan HMO Basel. Bereits 1997 erreichte die Anzahl der HMO-Versicherten erstmals die 10 000er-Marke. Die Basler HMO-Praxis war damit die grösste der Schweiz. ÖKK Basel errechnete, dass der Gesundheitsplan HMO im Vergleich zu traditionellen Versicherungsmodellen deutlich günstiger arbeitete und so den Versicherten berechtigterweise einen entsprechenden Prämienrabatt bieten konnte. Und eine Studie des Bundesamtes für Sozialversicherungen bestätigte, dass damit nicht nur eine kostengünstige, sondern auch qualitativ hochstehende medizinische Betreuung angeboten werde.

Die ÖKK hatte gut 75 Jahre nach ihrer Gründung eine weitere Pioniertat vollbracht und die Grundlage gelegt für die Entwicklung der integrierten Versorgung.

### **Medizinischer Alltag**

Der Gesundheitsplan HMO Basel hatte sich gegen einige Kritik, Unsicherheit oder gar Missgunst bewährt. Die ÖKK hatte damit gut 75 Jahre nach ihrer Gründung eine weitere Pioniertat vollbracht und die Grundlage gelegt für die Entwicklung der integrierten Versorgung und der sogenannten Managed-Care-Modelle. Heute gehören HMO-Praxen und Ärztenetzwerke zum Alltag. Und fast die Hälfte der Sympany Versicherten sind in einem Managed-Care-Modell, vor allem im Hausarztmodell, versichert. Zu diesen Modellen gehört seit einigen Jahren auch die Telemedizin. Diese bisherige Entwicklung zeigt: Die integrierte Versorgung, vor allem mit dem Hausarzt als erstem Ansprechpartner, hat Zukunft.

## Neuer Aufbruch – das Unternehmen Sympany

Nach erfolgreicher Zusammenarbeit im schweizerischen ÖKK-Verband kam die Zeit für den Alleingang. In Basel erfolgte er unter dem neuen Namen Sympany, der auch für eine neue Art von Versicherung steht.

**B**is in die 1980er-Jahre existierten in der ganzen Schweiz zahlreiche regionale öffentliche Krankenkassen, wie auch die ÖKK Basel eine war. Bereits rund 30 Jahre zuvor hatten sich die verschiedenen Kassen, die alle in ihren jeweiligen Regionen als «ÖKK» auftraten, in einem losen Verbund, dem «Verband der öffentlichen Krankenkassen der Schweiz», zusammengeschlossen.

**Im Zentrum steht eine andere Beziehung zu den Versicherten. Sympany will für die Kundinnen und Kunden ein Partner auf Augenhöhe sein mit einem übersichtlichen, überzeugenden Angebot und unkomplizierten Dienstleistungen.**

### **Zusammenarbeit und Trennung**

1989 beschlossen die sechs verbliebenen Gesellschaften, enger miteinander zusammenzuarbeiten und am Markt gemeinsam unter dem Namen «ÖKK» aufzutreten. Nach Fusionen bestanden 2003 noch zwei grosse ÖKK-Unternehmen: die ÖKK Basel und die im Bündnerland tätige ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG mit Sitz in Landquart. Gemeinsam organisierten sie den Markt- und Werbeauftritt sowie die Führung aller Zusatzversicherungen. Zudem boten sie auch die gleichen Produkte zur beruflichen Vorsorge und zur Erwerbsausfallentschädigung an. Die beiden Kooperationspartner in Basel und Landquart entwickelten sich zu zwei starken und selbstständigen Unternehmen. So umfasste ÖKK Basel alleine im Jahr 2005 bereits 160 000 Versicherte in der ganzen Schweiz. Um künftig stärker auf spezifische Geschäftsfelder und Kundengruppen fokussieren zu können, lösten die beiden Versicherer die Markenkooperation per Ende 2007

auf. Nachdem vorgängige Fusionsverhandlungen gescheitert waren, sollte damit der Grundstein gelegt werden für eine unabhängige Marktbearbeitung: Beide Unternehmen konnten je eine schweizweite Wachstumsstrategie verfolgen – insbesondere bei den Zusatzversicherungen, aber auch in neuen Feldern, von denen eines später die Sachversicherungen werden sollten.

### **Sympany wird in Basel geboren**

Anfang 2008, nachdem Parlament und Regierung von Basel-Stadt dem Projekt ihr Vertrauen ausgesprochen hatten, erfolgte der Neustart unter dem Namen Sympany. Natürlich war es für das neue Basler Unternehmen eine Herausforderung, dass die Marke «ÖKK» gleichzeitig weiterbestand und vom ehemaligen Kooperationspartner in Graubünden betrieben wurde. Allerdings ermöglichten gerade der Alleingang und damit verbunden der neue Name eine Neupositionierung, die für das Wachstum in den folgenden Jahren entscheidend war.

### **Auf Augenhöhe mit den Versicherten**

Von Anfang an war aber auch klar, dass eine solche Neupositionierung für einen Anbieter mit angestammtem Versichertenbestand und einem sehr weitgehend regulierten Marktumfeld nicht beliebig über Produkte und Preis erfolgen kann. Vielmehr ging es darum, mit der neuen Marke die Dienstleistungen und die Servicequalität neu zu definieren. Im Zentrum stand die Beziehung zu den Versicherten. Diese sollte anders sein: Sympany sollte weg von den oft genannten Versicherungsattributen wie «unpersönlich», «bürokratisch» oder «verwaltungsähnlich», hin zu einem aktiven, flexiblen Auftritt: Sympany wollte für die Kundinnen und Kunden ein Partner auf Augenhöhe sein mit einem übersichtlichen, überzeugenden Angebot und unkomplizierten Dienstleistungen.

Für Furore sorgen die originellen Werbespots und Inserate, bei denen es um vermeintlich komplizierte Entscheidungen in Alltagssituationen geht – immer nach dem Motto «Wir finden, das Leben sollte wieder einfacher werden».

#### **Erfrischend anders**

Für die neue Beziehung zu den Versicherten standen auch die neuen Werte: Sympany ist partnerschaftlich, dynamisch und wertschöpfend. Äusserliche Zeichen für den Neustart waren das wandelbare Corporate Design in auffällig roten Farbtönen und der Slogan «erfrischend anders», der die Marke seither bei allen Auftritten begleitet. Für Furore sorgen bis heute die originellen Werbespots und Inserate, bei denen es um vermeintlich komplizierte Entscheidungen in Alltagssituationen geht – immer nach dem Motto «Wir finden, das Leben sollte wieder einfacher werden». Nicht zuletzt stand natürlich auch der Name für den neuen Geist der Unternehmung: Als Spiel mit den durchwegs positiv besetzten Begriffen «Sympathie» und «Company» hob er sich, wie auch die rote Farbe, von den Mitbewerbern in der Krankenversicherungsbranche ab. Die neue Marke gewann dank des auffälligen Auftritts schnell an Bekanntheit – auch wenn sie, gerade in Basel, für viele bisherige Versicherte noch gewöhnungsbedürftig war.

#### **Verschiedene Marken unter einem Dach**

Die Marke Sympany trat am Anfang nicht alleine auf. Mit dem Neustart setzte man auf die Untermarken Vivao Sympany, Moove Sympany und Trust Sympany. Sie sollten verschiedene Kundengruppen, sowohl Privatpersonen als auch Unternehmen, ansprechen. Zudem betonte man mit dieser sogenannten Multibrand-Strategie das massgeschneiderte Angebot bei der Grundversicherung nach KVG (Krankenversicherungsgesetz), bei den Zusatzversicherungen nach VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und beim Krankentaggeld für Unternehmen nach UVG (Unfallversicherungsgesetz). Sympany bewies mit dem Neustart Mut und den Willen zur Innovation – und wurde im ersten Jahr dafür belohnt: Trotz eines sehr schwierigen Umfelds und eines Kundenverlustes erreichte das Unternehmen ein ausgeglichenes Resultat. Der Neustart war geglückt.

## Die letzten Jahre – nachhaltiges Wachstum

Beim Neustart traf Sympany wegen der ständig steigenden Gesundheitskosten auf ein schwieriges Umfeld und konnte sich letztlich behaupten – mit neuen Produkten, mit Strukturveränderungen und mit einer nachhaltigen, stabilen Prämienstrategie.

**M**it dem neuen Auftritt legte Sympany 2008 den Grundstein für eine Wachstumsstrategie – und wollte Kunden auf eine neue, erfrischende Art ansprechen. Schon in der Vorbereitung des Neustarts wurde deshalb das Angebot weiterentwickelt: 2009 erweiterte Sympany ihre Produktpalette auf Motorfahrzeug-, Hausrat-, Gebäude- und Privathaftpflichtversicherungen.

### **Produkte: Sympany wird auch Sachversicherer**

Zusammen mit der Krankenversicherung lassen sich die Sachversicherungen zu attraktiven Angebotspaketen aus einer Hand schnüren. Zudem können die Sachversicherungsprämien wie bei der Krankenversicherung flexibel monatlich bezahlt werden. Dieser Aspekt war entscheidend für das Angebot: Aufgrund der regelmässigen Prämien und Leistungen haben Krankenversicherer nämlich mehr Kontakt zu ihren Versicherten – und damit gegenüber reinen Sachversicherern einen wesentlichen Vorteil. Mit dem neuen Angebot entwickelte sich Sympany zum Rundumversicherer: Die Kundinnen und Kunden haben für alle Versicherungsbelange des täglichen Lebens einen einzigen Ansprechpartner.

### **Unternehmensstruktur: erweitert, ...**

Der Neustart von Sympany erfolgte 2008 mit einer Stiftung, in welche die ÖKK Basel als Tochterunternehmen übertragen wurde. Dazu gehörte die klare Rollenteilung zwischen dem Stiftungsrat als strategisches Führungsorgan und der operativ verantwortlichen Geschäftsleitung. Damit war Sympany gut aufgestellt für weiteres Wachstum: 2009 wurde die Luzerner Krankenversicherung Xundheit, ehemals ÖKK Luzern, die wegen finanzieller Probleme zum Verkauf stand, in die Stiftung Sympany integriert. Damit kamen gut 30 000 Versicherte zu Sympany, die unter dem angestammten Markennamen weiter betreut wurden. Auch äusserlich machte sich der Neustart bemerkbar. Sympany verliess die Büros in der Basler Innenstadt.

Am Fischmarkt blieb noch das Sympany Kundencenter bestehen, während der Hauptsitz ab 2009 in das neue Jacob Burckhardt Haus beim Bahnhof umzog.

**Auch äusserlich machte sich der Neustart bemerkbar. Am Fischmarkt blieb noch das Sympany Kundencenter bestehen, während der Hauptsitz ab 2009 in das neue Jacob Burckhardt Haus beim Bahnhof umzog.**

### **... vereinfacht und auf die Kunden ausgerichtet**

Durch das Wachstum und die Angebotsentwicklung in den vorausgegangenen Jahren hatte sich auch die Komplexität der Unternehmensstruktur laufend erhöht. Diese Komplexität reduzierte sich dann in der Konsolidierungsphase, für die Versicherten ersichtlich durch die neue Einmarkenstrategie: So verschwanden 2011 schrittweise die Untermarken, Sympany trat nur noch unter dem einen, bestens eingeführten Namen auf. Damit einher ging auch eine Vereinfachung bei der Rechtsträgerstruktur. Zudem richtete Sympany ihre Organisation konsequent so aus, dass sie effizienter wurde und gleichzeitig die Qualität der Dienstleistung für die Kunden stieg: Die Kundencenter konzentrierten sich auf Basel, Bern, Luzern, Zürich, Lausanne und Lugano, wo sie weiterhin als persönliche und direkte Anlaufstelle die Nähe zu den Kunden garantierten. Alle Arbeitsstellen ohne direkten Kundenkontakt dagegen wurden in Basel zusammengeführt, um Abläufe möglichst zu vereinfachen und unnötige Kosten zu vermeiden. Sympany straffte aber auch die Führungsstruktur und baute, meist über natürliche Fluktuation, Stellen ab. Damit und mit weiteren operativen Massnahmen senkte Sympany ihre Kosten deutlich.



### **Finanzen und Prämien: Über Turbulenzen ...**

Im Rahmen der Wachstumsstrategie und wohl auch dank des Schwungs aus dem Neustart konnte Sympany in den ersten drei Jahren laufend an Versicherten zulegen. Allerdings schätzte man die Möglichkeiten teilweise zu euphorisch ein, und entsprechend hatte die Wachstumsphase ihren Preis: Sympany sah sich bald vor ernsthaften finanziellen Herausforderungen. Während das Unternehmensergebnis 2008 noch eine schwarze Null erreichte, musste Sympany im Folgejahr einen deutlichen Verlust ausweisen. Auch im Jahr 2010 war die Rechnung nur knapp ausgeglichen. Diese Entwicklung belastete auch die Reservesituation. Erst mit der Fokussierung auf die Kundenbedürfnisse und den Massnahmen zur Kostensenkung veränderten sich ab 2011 für die Ergebnisse von Sympany die Vorzeichen: Das Unternehmen erholte sich finanziell wieder. Es hatte aber wegen der Korrekturen, die man aus finanziellen Gründen bei den Akquisitionsaktivitäten vorgenommen hatte, einen Rückgang der Versicherungszahlen hinzunehmen.

### **... zur soliden und stabilen Situation**

Die Herausforderung der letzten drei Jahre war es somit, die Turbulenzen hinter sich zu lassen, Sympany wieder solide aufzustellen und den Übergang zu einem nachhaltigen Wachstum zu meistern. Dies gelang einerseits mit einer auf Langfristigkeit und Stabilität ausgerichteten Prämienentwicklung, die sich nicht immer nur am günstigsten Mitbewerber ausrichtet. Andererseits setzte Sympany weiter auf Verschlankung und Vereinfachung, sei es mit der definitiven Konsolidierung der Standorte oder mit der IT-Umstellung, welche die Verwaltungssysteme auf einer neuen, einheitlichen Plattform vereinigte. Nachdem Sympany ab 2011 deutlich schwarze Zahlen erreicht und die verschiedensten Prozesse optimiert hatte, legte sie 2013 auch bei den Versicherungszahlen erstmals wieder zu – auch dank der Vertriebs- und Marketingaktivitäten, die ganz gezielt auf bestimmte Regionen

**Das Fazit ist positiv: Die Strategie der stabilen Prämien bewährt sich, und Sympany ist gerüstet für die Herausforderungen, die der Markt und die Politik bringen.**

und Kundengruppen fokussierten. Die erlangte stabile Situation liess wieder Raum zu für Innovationen: So führte Sympany für das Geschäftsjahr 2013 die Überschussbeteiligung ein. Damit sollen die Versicherten ganz gezielt profitieren, wenn die Leistungsbezüge in einem Jahr tiefer ausfallen als erwartet. Als nicht gewinnorientierte Stiftung will Sympany neue Wege gehen und ihre Versicherten so auf einfache und direkte Art am Ergebnis beteiligen. Im 100. Jahr ihres Bestehens kann Sympany ein positives Fazit über die letzten Jahre ziehen: Die Strategie der stabilen Prämien bewährt sich, und Sympany ist gerüstet für die Herausforderungen, die der Markt und die Politik bringen.

## Blick zurück – und in die Zukunft

Sympany blickt auf eine wechselhafte Geschichte zurück und ist heute ein gesundes, innovatives Unternehmen. Genau im Jubiläumsjahr steht eine neue politische Herausforderung im Gesundheitswesen an.

**D**er Blick auf den Weg von ÖKK und Sympany in den letzten 100 Jahren zeigt: Die Geschichte dieses Unternehmens ist nicht geradlinig verlaufen. Vielmehr war sie geprägt von Veränderungen, von Dynamik und von vielen Herausforderungen.

**Die privaten Krankenversicherer in der Schweiz garantieren Wahlfreiheit und werden vom Wettbewerb gefordert. Wir profitieren von medizinischen Leistungen, die weltweit zu den besten gehören.**

### **Eine Erfolgsgeschichte**

Doch mit dem stetigen Vertrauen der Basler Bevölkerung und der Versicherten hat sich die öffentliche Krankenkasse für Basel zu einem privaten, gesamtschweizerisch tätigen Versicherer gewandelt. Heute, nach 100 Jahren, steht Sympany finanziell solide da. Sie bietet ihren Versicherten eine nachhaltige Prämi­enpolitik, verfolgt einen vernünftigen Wachstumskurs und bleibt mit laufenden Innovationen für die Kundinnen und Kunden attraktiv – eine 100-jährige Erfolgsgeschichte!

### **Bessere Leistungen**

Viele Veränderungen hat in den vergangenen 100 Jahren auch das schweizerische Gesundheitswesen erfahren: Während die ÖKK bei ihrer Gründung noch die einzige obligatorische Krankenkasse der Schweiz und damit eine Pionierin war, gilt seit der KVG-Revision im Jahr 1996 das Versicherungsobligatorium für alle Einwohnerinnen und Einwohner des Landes. Im Gesundheitswesen haben sich derweil die Behandlungsmöglichkeiten und das Angebot stark verbessert und massiv ausgeweitet: Wir alle konsumieren heute mehr und bessere Leistungen – und bezahlen dafür auch immer mehr. Auf der anderen Seite hat sich

im Gesundheitswesen ein lebhafter Markt entwickelt. Dies gilt einerseits für die Leistungserbringer, aber vor allem auch für die Versicherer. Dieser Markt bringt Transparenz, möglichst günstige Preise, Kundenfreundlichkeit – und die Wahlfreiheit, die den Schweizerinnen und Schweizern so wichtig ist und die sie immer wieder auch politisch bestätigt haben. Und die Geschichte geht weiter. Denn gerade im 100. Jahr von Sympany steht ein weiterer Meilenstein an: Es ist die Entscheidung über eine zukünftige Einheitskrankenkasse, die mitten im Spannungsfeld von stetig steigenden Gesundheitskosten, Wahlfreiheit und Wettbewerb fallen wird.

### **Ein gutes System erhalten**

Für Sympany ist die Entscheidung – gerade vor dem Hintergrund ihrer Geschichte – klar. Unser Land hat ein sehr gutes, schulden­freies Gesundheitssystem. Zu diesem System gehören auch rund 60 private Krankenversicherer, die Wahlfreiheit garantieren und vom Wettbewerb zu Kundenfreundlichkeit, Effizienz und Innovation angespornt werden. Wir profitieren zudem von medizinischen Leistungen, die weltweit zu den besten gehören, aber auch ihren Preis haben: Es sind diese Leistungskosten, nicht die Verwaltungskosten der Versicherer, welche die Prämien definieren. Eine Einheitskasse würde die Prämien nicht senken, sondern einzig die Wahlfreiheit beenden. Sympany steht zum bisherigen System mit Wettbewerb und Wahlfreiheit, mit Vielfalt statt Uniformität – auch oder gerade weil es noch Verbesserungspotenzial gibt. Ein Systemwechsel wäre nicht sinnvoll und würde viele Unsicherheiten und Risiken bergen. Verzichten wir auf dieses Experiment und entwickeln wir stattdessen ein gutes System wo nötig weiter.

Sympany setzt sich im Interesse ihrer Versicherten für ein gutes Gesundheitswesen ein, auch in den nächsten 100 Jahren ihres Bestehens – und weiterhin mit Sinn für Tradition und Innovation!

### **Dank**

Die historischen Angaben zur ÖKK Basel stammen aus dem Buch «75 Jahre ÖKK – Basel und seine Krankenkasse», von Hans-Dieter Amstutz und Katrin Kuchler, das 1989 zum damaligen Jubiläum erschien.

Weitere Anmerkungen zur neueren Geschichte von ÖKK und Sympany sind Dr. Ralph Lewin zu verdanken, der als Direktor, Regierungsrat sowie Verwaltungs- und Stiftungsratspräsident auf besondere Weise über zwei Jahrzehnte lang mit dem Unternehmen verbunden war.



### **Impressum**

Herausgeber: Stiftung Sympany

Redaktion: Unternehmenskommunikation Sympany

Layout: Continue AG, Basel

© 2014, Stiftung Sympany, Basel



100  
Jahre  
Vertrauen

 **sympany**  
erfrischend anders