



Ignazio Cassis, Nationalrat und  
fmc-Vorstandsmitglied

## Für ein gesünderes Gesundheitswesen – mit gezielten Verbesserungen!

### **Die Chronik eines beharrlichen Kampfs für echten Wettbewerb mit einem Punktsieg**

Freitag, 21. März 2014, es ist 8.30 Uhr im Bundeshaus, Endspurt der Frühjahressession. Bald kommt die Schlussabstimmung: Ein Gesetz nach dem anderen wird angenommen oder abgelehnt. Kurz nach der letzten Abstimmungen hört man das grosse «Clack-Clack»: Die Tastaturdeckel werden geschlossen. Die Session ist beendet: 246 Parlamentarier verlassen in wenigen Minuten das Bundeshaus. Die Szene erinnert an den letzten Schultag vor den Sommerferien in der Dorfschule!

Der Risikoausgleich-Pionier der Schweiz – Prof. Konstantin Beck – sitzt leicht nervös auf der Tribüne und wartet. Er ist extra nach Bern gekommen und will diesen sensationellen Tag nicht verpassen. 8.42 Uhr kommt die Vorlage dran: Beide Kammern stimmen zu, der Ständerat einstimmig, der Nationalrat mit 139 zu 52 bei 4 Enthaltungen. Die SVP ist mehrheitlich dagegen, aus

---

Der Risikoausgleich ist zentraler Bestandteil der Solidarität im KVG und sorgt dafür, dass die Gleichbehandlung aller Versicherten, ob gesund oder krank, auch im Wettbewerb gewährleistet ist.

---

welchen Gründen auch immer. Das KVG ist geändert, der Risikoausgleich verfeinert. Keine totale Revolution à la Einheitskasse, aber eine substanzielle Reform, die das Geschäftsmodell der Krankenkassen grundlegend umgestaltet – die Risikoselektion ist vorbei, die «Jagd nach guten Risiken» tot.

Der Risikoausgleich ist zentraler Bestandteil der Solidarität im KVG und sorgt dafür, dass die Gleichbehandlung aller Versicherten, ob gesund oder krank, auch im Wettbewerb gewährleistet ist. Konstantin Beck, der Leiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie, versucht seine Begeisterung zu kontrollieren: «Dies ist ein wegweisender Schritt. Die Ausgleichsreform wird den künftigen Markt prägen. Schon der erste Reformschritt von 2012 hat zu einer Trendwende geführt und die Risikoselektion im Markt signifikant reduziert.»

### **Ein Überblick über die Historie**

Doch der Weg zu diesem Erfolg war lang und voller Hürden. Bereits beim Inkrafttreten des KVG (1996) präsentierte die CSS Stiftung eine wissenschaftliche Studie, welche die Mängel des gültigen Risikoausgleichs aufzeigte. Zwei Jahre später kam der erste pragmatische Reformvorschlag. Da der Risikoausgleich aber seit 1992 provisorisch im Gesetz verankert war, wollte die Politik zuerst mal abwarten. Die parlamentarische Diskussion wurde 2003 im Rahmen der grossen KVG-Revision wieder aufgenommen, aber eine Risikoausgleichsreform scheiterte zum wiederholten Male. Im Jahr 2006 präsentierte das CSS Institut einen abgerundeten Reformvorschlag und 2007 stimmte das Parlament – im Rahmen der Reform «Neue Spitalfinanzierung» – dem einfachen Vorschlag von 1998 mit Gültigkeit ab 2012 zu: Neben den Indikatoren «Alter» und «Geschlecht» gilt neu auch der Indikator «3 Tage Spitalaufenthalt im Vorjahr» für die Ausgleichsformel – eine deutliche Besserung!

### **Der Risikoausgleich in der Integrierten Versorgung**

Ganz überzeugt von diesem dritten Indikator war ich 2010 jedoch nicht. Wir berieten damals die Managed-Care-Vorlage und ich fürchtete, die Folgen des Indikators «Spitalaufenthalt im Vorjahr» seien kontraproduktiv für die Integrierte Versorgung: Je besser die integrierte Betreuung, desto seltener die Spitaleinweisungen; je seltener die Spitaleinweisungen, desto weniger Gelder aus der Ausgleichskasse. Grund genug, um am 25. März 2010 in der SGK-N einen Antrag zur Verfeinerung des Risikoausgleichs zu stellen. «Hoffnungslos», war die einstimmige Bewertung meiner bürgerlichen Kollegen. Sogar der Bundesrat habe sich in der Ära Couchepin immer dagegen geäussert. Zu gross war die Angst, dass der Risikoausgleich zu einem Kostenausgleich geworden wäre, was uns direkt in die Einheitskasse gebracht hätte. Die genaue Formulierung hatte ich mit einem anderen Experten, dem Gesundheitsökonom Willy Oggier vereinbart – auch er freut sich heute bestimmt über das Resultat.

Trotz massivem Gegenwind kam der Antrag in unserer Kommission durch: Entscheidend war die neue Stellung des Bundesrates bzw. des neuen EDI-Chefs Didier Burkhalter. Aber auch in der Branche begannen einige Versicherer zu realisieren, dass das Geschäftsmodell «Risikoselektion» zu Ende war. In der ständerätlichen Schwesterkommission kam das Anliegen nach heftiger Debatte ebenfalls durch, und der Kurs wurde im September 2011 vom Parlament bestätigt. Doch die Managed-Care-Vorlage gefiel vielen Ärzten nicht und scheiterte deshalb am 17. Juni 2012 in der Volksabstimmung. Mit ihr starb vorerst auch die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs.

Doch gute Ideen haben mehrere Leben – wie ein Phönix aus der Asche kam das Thema mittels zwei parlamentarischen Initiativen der Freisinnigen und der Sozialdemokraten zurück. Auch dieser neue Weg war nicht einfach: Die SVP entschied, dagegen zu kämpfen und der Bundesrat brachte ihn als Bestandteil des indirekten Gegenvorschlags zur Einheitskasse ins Spiel. Dank viel Überzeugungsarbeit im Parlament kam man aus der komplexen Situation wieder raus – das Resultat vom 21. März 2014 würdigt all diese Bemühungen.

### **Das Ende eines Systems mit Widersprüchen**

Im bisherigen System bestanden falsche Anreize für die Versicherer, welche die Integrierte Versorgung – namentlich für die Behandlung chronisch kranker Menschen – unattraktiv machten.

---

Doch gute Ideen haben mehrere Leben – wie ein Phönix aus der Asche kam das Thema mittels zwei parlamentarischen Initiativen der Freisinnigen und der Sozialdemokraten zurück.

---



---

Die gezielte Verbesserung des Risikoausgleichs erreicht mehr als die von Links geforderte Einheitskasse, welche das Bewährte über den Haufen werfen würde.

---

Der Risikoausgleich setzte Versicherer, die sich um Fairness gegenüber chronisch Kranken bemühten, einem unnötig hohen Konkursrisiko aus. Er bestrafte junge chronisch Kranke, die trotz ihrer bereits sehr hohen Behandlungskosten einen Solidaritätsbeitrag an oft weniger kranke Personen zu leisten hatten. Er subventionierte die gesunden Senioren stärker als es ihrem Gesundheitszustand entsprach. Es resultierte ein System voller Widersprüche.

Diesem System ist nun ein Ende gesetzt. Die gezielte Verbesserung des Risikoausgleichs erreicht mehr als die von Links geforderte Einheitskasse, welche das Bewährte über den Haufen werfen würde.