

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 46 (2020)
Heft: 5

Artikel: Die Versicherten der Zukunft
Autor: Colatrella, Philomena
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-881070>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Versicherten der Zukunft

2020-5
Jg. 46
S. 44 - 47

Eine Sache haben (fast) alle Personen in der Schweiz gemeinsam: Sie sind Versicherte einer Krankenkasse. Krankenkassen sind daher Akteurinnen, deren Rolle in der Gesundheitsversorgung von Interesse ist. Wie nimmt eine Krankenkasse ihre Versicherten in den Blick und welches Gesundheitsverständnis ist hierzu handlungsleitend? Welche Herausforderungen stellt die Digitalisierung und wie wird diese den Kontakt zu den KundInnen verändern? Werden in Zukunft vermehrt Gesundheits-Apps zur Behandlung von Krankheiten und Förderung von Gesundheitsverhalten eingesetzt? Wie weit darf und will eine Krankenkasse die Möglichkeiten der Digitalisierung nutzen und wo zieht sie ihre Grenzen?

IM GESPRÄCH MIT PHILOMENA COLATRELLA, VORSITZENDE DER KONZERNLEITUNG DER CSS-VERSICHERUNG.

Die Fragen für das SuchtMagazin stellten Stefanie Knocks (Fachverband Sucht) und Marcel Krebs (Redakteur SuchtMagazin). Das schriftlich geführte Interview fand im Pingpong-Stil statt.

Kunden, die zahlen und dafür Gesundheitsleistungen bekommen, KlientInnen, denen es zu einer gesunden Lebensführung zu verhelfen gilt, PatientInnen, denen im Krankheitsfall geholfen wird – wie betrachtet eine Krankenversicherung ihre Versicherten?

Philomena Colatrella: Sie haben die Dimensionen bereits umrissen: Gesund bleiben, gesund werden, mit einer Krankheit leben. Wir sehen unsere Versicherten primär als Kundinnen und Kunden, für die wir in all diesen Lebenslagen ein verlässlicher Gesundheitspartner sein wollen. Und zwar so, dass wir individuell und auf Augenhöhe auf die Bedürfnisse eingehen.

Wir verstehen unsere Beziehung zu den Kundinnen und Kunden partnerschaftlich, nicht paternalistisch. Sie sind oft besser informiert als früher, da ist es nur konsequent, dass auch wir über Jahre hinweg unser Selbstbild und Selbstverständnis angepasst haben. Dasselbe gilt übrigens auch für die Beziehung zwischen Ärztin und Patient. Die Zeiten sind vorbei, als die Mediziner zu Halbgötter in Weiss verklärt wurden. Und das ist auch gut so. Niemand ist allwissend, erst recht nicht im Gesundheitswesen. Es sind unglaublich viele Faktoren, die auf die Gesundheit eines Menschen einwirken. Darum ist es wichtig, den Patientinnen und Patienten zuzuhören und nicht nach Schema F vorzugehen. Vor diesem Hintergrund ist es uns auch wichtig, dass wir als Ge-

sundheitspartner in allen Lebenslagen wahrgenommen werden. Dabei ist unser breites Agenturnetz sehr hilfreich. Viele Kundinnen und Kunden schätzen nach wie vor eine Beratung unter vier Augen. Hilfreich ist aber auch die Tatsache, dass wir die digitalen Möglichkeiten voll ausschöpfen und so weitere Interaktionen mit den Kundinnen und Kunden geschaffen haben.

Können Sie für diese «digitalen Möglichkeiten» ein Beispiel nennen?

Der digitale Ratgeber myGuide orientiert unsere Kundschaft, ob ein Besuch beim Arzt, in der Apotheke oder gar ein Spitalaufenthalt notwendig ist. Seit der Lancierung Mitte Juli 2018 ist myGuide über 250 000 Mal aufgerufen worden, und zwar quer durch alle Altersgruppen. Überproportional wird myGuide vor allem von 25- bis 40-jährigen genutzt. Zwei Drittel aller Nutzerinnen und Nutzer befolgen nach eigenen Angaben die abgegebenen Empfehlungen. Ein anderes Beispiel ist die Spitalwahl. Viele Versicherten haben das Bedürfnis, sich selber ein Bild zu machen, statt ausschliesslich auf die Empfehlungen einer einzelnen Medizinerin bzw. eines einzelnen Mediziners zu vertrauen. Das gilt nicht zuletzt auch für die Spitalwahl. Um diese zu erleichtern, haben wir im September 2016 unsere Vergleichsplattform «QualiCheck» lanciert, die seither von über 26 000 Personen konsultiert

wurde. Es fliessen nicht nur Daten aus Erhebungen des Nationalen Vereins für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken (ANQ) ein, sondern auch Beurteilungen von CSS-Versicherten. Die Vergleichsplattform bietet nach wenigen Klicks eine Übersicht über verschiedene Kriterien. Jeder kann dabei selber wählen, was ihm wichtig ist, und er kann die Spitäler miteinander vergleichen, anstatt entsprechende Informationen mühselig zusammenzutragen. QualiCheck leistet sozusagen Übersetzungshilfe, sorgt für mehr Transparenz und hilft, Einblick in die Qualitätskriterien zu erhalten, um auf dieser Basis die Spitalwahl zu treffen. Ein zentraler Punkt für viele ist die Angabe, wie oft die betreffende Operation am jeweiligen Spital durchgeführt wird. Aber das ist immer nur ein Puzzleteil des grösseren Ganzen.

Unsere Sichtweisen und unser Handeln beruhen auf Ganzheitlichkeit und Langfristigkeit: Als Marktführende in der Grundversicherung treiben wir medizinische Innovationen voran oder prägen das Gesundheitswesen auf politischer Ebene im Sinne unserer Versicherten. Mit der Publikation «im Dialog» beispielsweise, die sich an Leistungserbringende sowie an Entscheidungstragende aus Wirtschaft und Politik wendet, lancieren oder vertiefen wir wichtige gesundheitspolitische Diskussionen. Gerade als marktführende Krankenkasse in der Grundversicherung ist es für uns

zentral, auch auf das Gesundheitssystem Einfluss zu nehmen und im Sinne der Versicherten Verbesserungen anzustreben – und dies, ohne die Mikroebene zu vergessen. Uns ist nicht nur wichtig, bedürfnisgerechte und flexible Produkte anzubieten, wir wollen auch in unseren Unterlagen verständlich sein und transparent kommunizieren. Wir müssen immer wieder daran arbeiten, denn bei dieser Fülle an Informationen kommt es zwangsläufig auch zu Missverständnissen und Unklarheiten.

Was wird unter Gesundheit bei einer Krankenkasse verstanden? Wandelt sich dieses Verständnis?

Gesundheit bedeutet für uns mehr als einfach die Abwesenheit von Krankheit. Hier drängt sich ein Vergleich mit der Corona-Krise auf: Gesundheitliche Gefahren gehen nicht nur von einem Virus aus, sondern auch von den Konsequenzen, welche der wirtschaftliche Stillstand und die Kontakteinschränkungen mit sich gebracht haben: Die Sorge um den Arbeitsplatz und um die Zukunft, aber auch die Einsamkeit haben vielen Menschen zugesetzt. Psychosoziale Faktoren sind für ein gesundes Leben genauso wichtig, wie biologische. Darum ist es in den Beratungen gegenüber den Kundinnen und Kunden wichtig, die Situationen ganzheitlich anzuschauen. Unsere Kundenberatenden sind darauf getrimmt, nicht einfach ein Maximum an Produkten zu verkaufen, sondern sich an den tatsächlichen Bedürfnissen zu orientieren. Nur auf diese Weise entstehen langjährige Kundenbeziehungen, die auf Vertrauen basieren. Um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden, sind unsere Produkte entsprechend breit aufgestellt. Wer sich beispielsweise niedergeschlagen fühlt oder unter Depressionen leidet, kann das Online-Programm «deprexis» in Anspruch nehmen. Bei Angststörungen ist «velibra» die passende Option. Beide Online-Hilfen sind auf ihre medizinische Wirksamkeit hin überprüft und auch von Medizinerinnen und Medizinern entwickelt worden. Bis Ende Mai 2020 haben knapp 520 Personen eines der beiden Programme genutzt. Es versteht sich von selbst, dass je nach Situation eine ärztliche Abklärung und Begleitung

notwendig ist. Solche niederschweligen Programme helfen den ersten Schritt zu tun. Denn gerade psychische Probleme sind in unserer Gesellschaft nach wie vor tabuisiert, sodass sich viele Menschen schämen, Hilfe zu holen.

Welche Möglichkeiten stehen einer Krankenkasse zur Verfügung, um einen gesunden Lebensstil zu fördern? Welchen Beitrag kann die Digitalisierung leisten und wo sehen Sie hier Grenzen?

Die Digitalisierung hat diesbezüglich vieles vereinfacht. Eines unserer ersten und meistgenutzten Programme ist «myStep», das allen Kundinnen und Kunden mit einem entsprechenden Account, einem Gesundheitskonto und einem Schrittzähler offen steht: Wer jeden Tag mindestens 10 000 Schritte absolviert und dies mittels Schrittzähler nachweist, kann so pro Jahr bis zu 146 Franken gutgeschrieben erhalten. Das animiert viele Menschen dazu, mehr Bewegung in ihr Leben zu bringen. Ein anderes, sehr erfolgreiches Programm ist «myCoach». Dieses Programm animiert zum Abnehmen, aber ohne die üblichen Diät-Regeln.

Freiwilligkeit ist und bleibt für uns das oberste Gebot. Es darf nicht sein, dass jemand, der von diesen Angeboten nicht Gebrauch macht, bei der Prämienfestlegung benachteiligt wird. In der Grundversicherung haben wir auf gesetzlicher Ebene das Gebot der Solidarität, und das soll auch so bleiben. Wer als CSS-Kunde kein Fitnessabo löst, keine medizinischen Check-ups durchführen will und «myStep» nicht nutzt, hat keine finanziellen Konsequenzen zu befürchten. All diese Angebote sind im Bereich der Zusatzversicherung angesiedelt, wo finanzielle Anreize für einen gesünderen Lebensstil durchaus Sinn machen.

Ein gesunder Lebensstil ist aber nie nur eine Frage des Wollens, sondern auch des Wissens. Die Informationsebene spielt deshalb für uns als Krankenversicherung eine zentrale Rolle. Mit dem Kundenmagazin und dem Blog wollen wir Orientierung in Gesundheitsfragen geben.

Menschen geben sehr viele Informationen von sich «freiwillig» an Unternehmen weiter, sei es durch die Teilnahme an Bonus-

programmen beim Einkaufen oder durch das Posten von Fotos in sozialen Netzwerken. Theoretisch wäre es möglich, diese Daten für den Gesundheitssektor zu nutzen. Also etwa für Facebook-NutzerInnen, die viele Strand-Fotos posten, Werbung für Sonnencreme oder Sonnenschutzkleidung schalten. Oder Menschen, die gemäss Bonuspunkten ihres Detailhändlers nie Gemüse kaufen, Tipps für gesunde Ernährung per Post schicken. Und Krankenkassen könnten die exzessiven SonnenanbeterInnen und Nie-Gemüse-EsserInnen ablehnen aus der Überlegung, dass diese einmal Krankheitskosten verursachen.

Was halten Sie von solchen Gedankenspielen? Was davon geht zu weit und welche Ideen sind in Zukunft denkbar?

Wir müssen als Gesellschaft aufpassen, dass wir uns nicht zu Sklaven von Datenbergen machen, welche die Komplexität eines einzelnen Lebens nie einfangen können. Der Mensch ist nicht auf das binäre Zahlensystem 0 und 1 reduzierbar. Um ein Beispiel zu nennen: Es mag sein, dass jemand, gemäss den gesammelten Bonuspunkten, beim Detailhändler nie Gemüse kauft, weil die betreffende Person das Gemüse jeweils auf dem Wochenmarkt bezieht und dort bar bezahlt. Oder sie lässt sich das Gemüse von einer Kooperation direkt nach Hause liefern. Wir müssen uns davor hüten, aus irgendwelchen Datenaggregationen Schlüsse auf das Leben einer Person ziehen zu wollen. Es liegt nicht an uns als Krankenversicherer, über den Lebensstil eines Versicherten zu urteilen.

Im Bereich der Grundversicherung kennen wir in der Schweiz zum Glück das Solidaritätsprinzip. Die Daten sollen im Zusatzversicherungsbereich auf der Basis der Freiwilligkeit sinnvoll eingesetzt werden und zwar immer im Sinne der Versicherten und des Versicherers. Wir müssen marktwirtschaftlich funktionieren und uns an der Langfristigkeit sowie der Nachhaltigkeit orientieren. Dies muss im Einklang mit den Bedürfnissen der Kundinnen und Kunden erfolgen. Darum ist es für uns zentral, dass wir als Gesundheitspartner agieren, der den Versicherten in allen Lebenslagen zur Seite steht. Wir wollen einerseits die Versicherten zu präventiv sinnvollen Massnahmen anleiten, ohne irgendwelchen Zwang auszuüben, und ande-



rerseits im Krankheitsfall eine Stütze sein. Gerade wenn es um die eigene Gesundheit geht, ist es wichtig, auf einen verlässlichen Partner zählen zu können – in guten wie in schlechten Zeiten. Ein verantwortungsvoller Umgang mit Daten hat auch mit Glaubwürdigkeit zu tun. So werden bei «myStep» ausschliesslich Schrittdaten an die CSS übermittelt. Dies wird den Kundinnen und Kunden gegenüber auch transparent kommuniziert. Die Daten werden nur für die Berechnung der Gutschrift verwendet und lassen keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zu. Die Abrechnung der erlaufenen Beträge erfolgt über das CSS Gesundheitskonto – analog der Vergütung eines Fitness-Abonnements.

In der Vergangenheit hat unseres Wissens nur die Helsana mit Helsana+ die Möglichkeit angeboten, in der Grundversicherung «Punkte» für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu sammeln und damit geringere Prämien zu zahlen. Welche Verbreitung wird dieses Instrument nach Ihrer Einschätzung in Zukunft für die Krankenversi-

cherung erhalten? Denken Sie, dass auch ein Malus-System für Krankenkassen attraktiv ist, bei dem jene höhere Prämien zahlen, die keine Nachweise für gesundheitsförderliches Verhalten erbringen wollen?

Wir fördern die Eigenverantwortung, indem wir unsere Versicherten dazu befähigen, sich besser im Angebotsdschungel und dem grossen verfügbaren Wissen zu Gesundheitsthemen zurecht zu finden, indem wir entsprechende Angebote zur Verfügung stellen. Beispielsweise entspricht «myStep» vom Charakter her dem weit verbreiteten Beitrag an das Fitnessabo und hat mit einem Bonus-Malus-System nichts zu tun. Wer sich nicht daran beteiligt, erleidet keinerlei Nachteile. Es ist elementar, dass solche Präventionsangebote im Bereich der Zusatzversicherungen (VVG) angesiedelt sind. Denn das Betonen der Eigenverantwortung darf keinesfalls dazu führen, dass die Solidarität auf Kosten jener ausgehöhlt wird, welche die Kapazitäten gar nicht haben, ihren Lebensstil zu optimieren – zum Beispiel, weil sie unter einer Suchterkrankung leiden, weil ein

chronisches Leiden sie einschränkt oder weil sie alleinerziehend sind und erst einmal den Alltag bewältigen müssen, bevor sie ins Fitnesscenter oder auf den Vitaparcours gehen können. Wir wehren uns dezidiert gegen die Sichtweise, wonach es jede Person selbst in der Hand hat, gesund zu bleiben oder gesund zu werden. Das blendet nämlich die Tatsache aus, dass auch die Gene eine Rolle spielen, ob jemand erkrankt.

Und doch setzen Sie auf Präventionsprogramme?

Es gibt immer Faktoren, die das Krankheitsrisiko erhöhen, wie Rauchen oder ungesunde Ernährung. Dort setzen wir mit unseren Programmen an, indem wir die Kundinnen und Kunden dabei unterstützen, zu einem gesünderen Lebensstil zu finden. denn natürlich ist es in unserem Interesse, wenn die Versicherten einen gesunden Lebensstil pflegen. Es ist auch im Interesse des Versicherungskollektivs, da dadurch weniger Gesundheitskosten anfallen. Es darf aber nicht sein, dass die Verantwortung



für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen einfach den Versicherten aufgebürdet wird. Das verstösst auch gegen ethische Prinzipien: Wer chronisch krank ist, kann von solchen Bonusprogrammen gar nicht profitieren.

Als Krankenkasse möchten Sie also im Interesse und zum Nutzen der Versicherten Kosten senken. Können Sie das an Beispielen ausführen?

Wir investieren lieber in Forschung zu digitalen Therapien, sodass die Betroffenen besser mit der Erkrankung leben können. Dafür haben wir das CSS Health Lab gegründet, eine Partnerschaft zwischen der CSS, der ETH Zürich und der Universität St.Gallen. Dies verbessert am Ende nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern senkt auch die Gesundheitskosten. Wir wollen generell vorausschauend agieren und auf aktuelle Entwicklungen reagieren: So unterstützen wir mit zwei Millionen Franken die Forschungen zum Antikörper-test-Programm «Corona Immunitas» der Swiss School of Public Health, einer

inter-universitären Fakultät von zwölf Hochschulen. Ziel ist, verlässliche und vergleichbare Daten zu ermitteln, wie viele Menschen sich in der Schweiz bereits mit dem Coronavirus infiziert haben. Die Forschungsergebnisse werden zentrale Entscheidungsgrundlagen für die Gestaltung von Massnahmen im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Krise liefern sowie für den langfristigen Umgang mit Covid-19.

Hat eine Krankenkasse einen Ethikrat, der z.B. Fragen zur Digitalisierung oder zu Anreizsystemen diskutiert?

Wir haben keinen Ethikrat. Aspekte der Ethik sollen bei all unseren Entscheidungen einfließen. Die Ethik schwingt bei uns in der Konzernleitung sozusagen unsichtbar mit. Hingegen haben wir einen Code of Conduct, der die Basis für ethisches und verantwortungsvolles Handeln bildet. Auch sind wir sehr darauf bedacht, dass alle Mitarbeitenden mit den Grundsätzen der CSS vertraut sind. Dazu gehört, dass wir uns den sich verändernden Bedürfnissen anpassen,

dass wir uns partnerschaftlich verhalten und in allen Lebenslagen nah bei unseren Kundinnen und Kunden sind – denn nur so können wir auch unserem Selbstverständnis als Gesundheitspartner gerecht werden. Ethische Fragen müssen in Zukunft ganz generell sicher mehr Gewicht erhalten, wie sich nun gerade in der Corona-Pandemie gezeigt hat. Es geht nicht, dass Ärztinnen und Ärzte darüber entscheiden müssen, wer künstlich beatmet wird und wer nicht. Das zeigt auch, wie heikel es ist, wenn ein Gesundheitswesen ausschliesslich nach marktwirtschaftlichen Kriterien funktionieren muss und dann bei einer Pandemie den Grundversorgungsauftrag nicht mehr erfüllen kann. Darum ist es so wichtig, dass wir in der Schweiz das KVG haben, das allen Menschen eine Krankenversicherung garantiert – unabhängig davon, ob man einen Job hat oder nicht.