

«Die Krankenkassenprämien werden auf jeden Fall steigen – fragt sich nur, wie stark»

Um das Kostenwachstum im Gesundheitssystem zu bremsen, fordert CSS-Chefin Philomena Colatrella im Gespräch mit Michael Ferber und Rewert Hoffer mehr digitale Lösungen. Dabei lohne sich ein Blick nach Dänemark.

Frau Colatrella, wie schätzen Sie die derzeitige Pandemie-Lage ein? Sind wir über den Berg?

Die Einschätzung der epidemiologischen Lage überlasse ich den Expertinnen und Experten. Aber wenn man sich die Situation in den Spitälern anschaut, kann man zuversichtlich sein. Daher ist es richtig, jetzt weiter zu öffnen. Derweil haben die Gesundheitskosten wieder das Niveau von vor der Pandemie erreicht. Insbesondere im letzten Quartal 2021 haben wir diesen Nachholeffekt bemerkt.

Werden jetzt Operationen nachgeholt, die während der Pandemie verschoben wurden?

Dieser Nachholeffekt ist vor allem in Bereichen wie der Psycho-, der Physio- und der Ergotherapie stark sichtbar. Letzteres könnte eine Indikation für Folgen von Covid bzw. Long Covid sein.

Es heisst, psychische Erkrankungen hätten durch die Pandemie zugenommen. Wie stark ist der Zuwachs im Bereich Psychotherapie im Vergleich zu anderen Bereichen?

Die Kosten psychischer Erkrankungen sind immer noch wesentlich geringer als – im Vergleich damit – jene von stationären und ambulanten Behandlungen, allerdings sind sie stark gestiegen. Vor allem jugendpsychiatrische Behandlungen wurden vermehrt in Anspruch genommen.

Was lässt sich beim Aufholeffekt bei den Gesundheitskosten genau beobachten?

Die Gesundheitskosten bewegen sich wieder in Richtung der Entwicklung der letzten zehn Jahre, in denen die Leistungskosten laut Bundesamt für Gesundheit um 2,6 Prozent pro Jahr gestiegen sind. Das ist ein langfristiger Trend, der leider auch anhalten wird: Die Gesellschaft altert, und der medizinische Fortschritt erhöht ebenfalls die Kosten. Deshalb ist es wichtig, dass wir die wesentlichen Reformen im Gesundheitswesen schnell anpacken und dranbleiben.

In diesem Jahr sind die Krankenkassenprämien aber gesunken.

Das liegt zum einen an Corona, zum anderen daran, dass die Krankenversicherer Reserven abgebaut haben. Die Entwicklung der Krankenkassenprämien ist mittlerweile die zweitgrösste Sorge der Schweizerinnen und Schweizer. Sie belasten das Haushaltsbudget, Corona hat für kurzfristige Entlastung gesorgt, und gewisse bundesrätliche Massnahmen zur Eindämmung der Kosten haben auch gewirkt. Dennoch: Für eine nachhaltige Dämpfung braucht es Reformen. Denn die Krankenkassenprämien werden auf jeden Fall steigen – die Frage ist nur, wie stark.

Wie haben sich in diesem Jahr die Prämien bei der CSS entwickelt?

Wir haben sie im Durchschnitt um 2,8 Prozent gesenkt. 1,1 Prozentpunkte sind auf die geringeren Leistungskosten zurückzuführen, 1,7 Prozentpunkte auf den Abbau der Reserven. Als ich 2016 als CEO angefangen habe, habe ich mir vorgenommen, dass unsere Prämie unter den Schweizer Durchschnitt fallen muss. Derzeit liegen wir 2,5 Prozent darunter.

Es gibt ja immer noch günstigere Anbieter als die CSS. Warum sollten Ihre Kunden nicht zu diesen Versicherungen wechseln? Die Leistungen sind in der Grundversicherung ja die gleichen...

Es gibt 2022 nur noch eine Krankenversicherung, die günstiger ist als die CSS. Das Argument, dass alle Krankenkassen ähnliche Leistungen erbringen, höre ich oft. Aber das stimmt nicht! Beim Service, bei der Art und Weise,



Philomena Colatrella ist seit 2016 Chefin des Versicherers CSS.

ANNICK RAMP / NZZ

wie schnell und kompetent Anliegen bearbeitet werden, gibt es Unterschiede. Heutzutage kümmern sich Krankenversicherungen um viel mehr Dinge als vor zehn Jahren. Wir als CSS stellen uns seit geraumer Zeit die Frage, wie wir unser Kerngeschäft erweitern können, ohne uns die Rolle des Arztes anzumassen. Wir möchten die Kundinnen und Kunden darin unterstützen, sich im Dschungel des Gesundheitssystems zurechtzufinden.

Sie setzen sich stark dafür ein, das Schweizer Gesundheitssystem effizienter zu gestalten. Wie kann die Kostensteigerung im Gesundheitssystem verlangsamt werden?

Da gibt es für mich drei wesentliche Reformen. Erstens ist es nötig, den Arzttarif Tarmed an die derzeitigen Begebenheiten anzupassen und zu erneuern. Der Tarmed ist 18 Jahre alt. Ein sachgerechter Nachfolgetarif, der Tardoc, steht bereit. Zweitens brauchen wir eine zeitgemässe integrierte Versorgung, die die Vorteile der Digitalisierung nutzt. Wir müssen die Effizienz dieser Versicherungsmodelle steigern, damit wir Vorteile in Form von Rabatten gewähren und die Prämien niedriger halten können. Das erreichen wir, indem wir mehr chronisch Kranke vom Nutzen dieser Modelle überzeugen. Drittens dürfen die stationäre und die ambulante Behandlung keine Silos mehr sein: Die unterschiedliche Finanzierung ist unsinnig. Mit dem jetzigen Finanzierungsschlüssel haben die Prämienzahler keinen Anreiz, sich ambulant behandeln zu lassen, weil sie mit ihren Prämien dafür einstehen müssen und keine Beteiligung durch die Kantone vorgesehen ist.

«Die Versicherten müssen selbst bestimmen können, was mit ihren Daten geschieht.»

Juristin mit Faible für Gesundheitsfragen

feb./rew. · Philomena Colatrella ist seit 2016 CEO der CSS-Gruppe. Diese versichert mehr als 1,6 Millionen Menschen und hat ein Prämienvolumen von 6,5 Milliarden Franken, womit sie zu den führenden Schweizer Kranken- und Sachversicherern zählt. In der Grundversicherung ist die CSS nach eigenen Angaben Marktführerin. Die Gruppe hat 2700 Mitarbeitende. Die Rechtsanwältin Colatrella, Jahrgang 1968, ist seit 1999 bei der CSS und wurde 2012 Generalsekretärin und Konzernleitungsmitglied des Versicherers sowie stellvertretende CEO. Am Donnerstag, 17. Februar, ist Philomena Colatrella um 18 Uhr zu Gast bei der Zürcher Volkswirtschaftlichen Gesellschaft (ZVG) und wird dort zum Thema «Gesundheit im Fokus – Fortschritt, Zugang, Finanzierung» sprechen. Anschliessend steht sie für Fragen zur Verfügung. Der Anlass findet virtuell statt und wird live über die ZVG-Homepage (www.zhvg.ch) übertragen.

Es scheint, als sei klar, was getan werden muss – und trotzdem wird es nicht angegangen. Wie realistisch ist die Umsetzung dieser Reformen?

Der Tardoc liegt zur Genehmigung beim Bundesrat. Ich hoffe sehr, dass der Tarif bald in Kraft tritt. Bei der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen gibt es die parlamentarische Initiative, die zurzeit im Parlament beraten wird. Momentaner Zankapfel ist der Einbezug der Pflege. Es fehlt aber an belastbaren Daten, um die finanziellen Konsequenzen einschätzen zu können. Kostensteigerungen wollen wir vermeiden. Ich glaube an den Effekt einzelner Reformen, um das Gesundheitssystem und dessen Kosten in Balance zu halten. An die grossen Würfe habe ich nie geglaubt.

Vor der Corona-Krise hiess es immer, es gebe zu viele Spitäler und zu viele Spitalbetten. Durch die Pandemie haben viele Menschen ihre Meinung geändert. Wie sehen Sie das?

Mit der Pandemie hat sich nichts Wesentliches verändert. In der Schweiz ist die Spitaldichte sehr hoch. Da gibt es Handlungsbedarf, und ich glaube, dass die Spitäler langsam auch erkennen. Sollte es einen Schub von stationär in Richtung ambulant geben, würde das für mehr Effizienz sorgen und die Anzahl Betten reduzieren. Ich gehe davon aus, dass die Spitäler Lehren aus der Pandemie gezogen haben. Insgesamt haben wir in der Schweiz die Krise recht gut bewältigt.

In vielen Spitälern wurden Patienten mit Spitalzusatzversicherungen in der Vergangenheit zu hohe Rechnungen gestellt. Die Finanzmarktaufsicht (Finma) hat dies scharf kritisiert und die Schweizer Krankenversicherer gerüffelt. Wie hat die CSS auf diesen Skandal reagiert?

Wir haben frühzeitig und entschlossen gehandelt. Bereits vor vier Jahren und vor den Beanstandungen der Finma haben wir erste Verträge mit Spitälern gekündigt und neu verhandelt. Mittlerweile haben wir rund 120 Verträge gekündigt. Wir sind es den Prämienzahlern schuldig, dass nur echte Mehrleistungen entschädigt werden. Die Spitäler müssen künftig genauer ausweisen, was zur Grundversicherung und was zur Zusatzversicherung gehört. Zusatzversicherungen entsprechen einem Bedürfnis. Die Patienten wollen von den Ärzten im Spital eine medizinische Topleistung. Diese muss aber korrekt vergütet werden. Das ist der Gegenstand der laufenden Verhandlungen mit den Spitälern. Diese werden jetzt entlang des neuen Governance-Frameworks des Schweizerischen Versicherungsverbands geführt.

Das Beratungsunternehmen McKinsey und die ETH Zürich gehen in einer Studie davon aus, dass man im Schweizer Gesundheitswesen 8,2 Milliarden Franken pro Jahr einsparen könnte. Hätte das nicht massive negative Konsequenzen, beziehungsweise ist das nicht unrealistisch?

Das ist eine Richtgrösse. Die Digitalisierung bietet grosses Potenzial für Einsparungen, das haben wir alle während der Corona-Krise gesehen. Unsere Kunden haben viel mehr telemedizinische Werkzeuge sowie Online- und Videoberatungen genutzt. Das Schweizer Gesundheitswesen ist noch sehr stark analog ausgestaltet. Das elektronische Patientendossier hat den Durchbruch nicht geschafft, das ist mehr als frustrierend. Wir haben keine Systematik dabei, wie die Daten unter den Akteuren ausgetauscht werden. Auch die Forschung kann diese nicht nutzen, um Innovationen zu entwickeln. In Dänemark etwa werden die Daten

zentral abgelegt. Die gesamte Krankengeschichte von Patienten ist dokumentiert – und wenn sie zum Arzt gehen, dann weiss dieser genau, wo sie stehen. Therapien können so viel gezielter angeordnet werden. Ein solches System würden wir auch brauchen. Die Governance müsste wohl vom Bund definiert werden. Ich engagiere mich dafür, dass die digitale Schnittstelle eines Daten-Trust-Centers weiterverfolgt wird.

Die Schweizerinnen und Schweizer sind ja zumeist recht empfindlich, wenn es um Datenschutz geht. Cyberangriffe sind ein grosses Thema in der Wirtschaft. Ist es da nicht verständlich, wenn sie im Bereich Gesundheit vorsichtig sind mit ihren Daten?

Die Akteure des Gesundheitswesens müssen bereits heute jeden Tag den Tatbeweis erbringen, dass sie das Vertrauen der Versicherten beim sorgfältigen Umgang mit deren Daten verdienen. Für die CSS hat die Sicherheit der Kundendaten oberste Priorität, denn das Vertrauen ist auch in Zukunft die Währung im Gesundheitswesen. Um dieses Vertrauen zu stärken, braucht es eine klare Governance, deren Kriterien staatlich definiert sind. Die Einhaltung dieser Leitplanken unterliegt strengen Anforderungen. Ausserdem müssen die Versicherten selbst bestimmen können, was mit ihren Daten geschieht. In Dänemark funktioniert das. Ein Unterschied zur Schweiz ist dabei sicherlich, dass die dänische Bevölkerung ein immenses Vertrauen in den Staat hat.

Ein Teil der Angebote für digitale Konsultationen, die während der Corona-Krise entstanden sind, ist bereits wieder verschwunden. Wie nachhaltig ist der Digitalisierungsschub tatsächlich? Prognosen sind schwierig. Aber wir wollen das unterstützen – und das tut man, indem man digitale Therapien zulässt und diese wie analoge Konsultationen behandelt. Das Gesundheitssystem als Ganzes unterstützt die Digitalisierung bis jetzt nicht. Immerhin wird das Problem aber langsam erkannt. Der Bund hat jüngst eine Charta zur Digitalisierung im Gesundheitswesen herausgegeben. Verschiedene Politiker signalisieren, dass das Thema oben auf der Agenda sei. Von daher bin ich verhalten optimistisch.

Bei der Prüfung der Solvabilität der Krankenversicherer 2021 durch das Bundesamt für Gesundheit sind die zur CSS gehörenden Gesellschaften Sanagate und Intras durchgefallen. Wie hat die CSS darauf reagiert?

Wenn eine Gesellschaft vorübergehend eine Solvenz von 80 Prozent aufweist, ist das für uns ein Grund zur Korrektur – nicht mehr und nicht weniger. Die Zahlungsfähigkeit ist auch dann gewährleistet. Man muss ein Reporting einreichen und hat danach zwei Jahre Zeit, die Solvenz zu korrigieren. Das ist uns bei der Sanagate gelungen. Trotzdem haben wir sie später in die Gesellschaft Arcosana übergeführt. Der Grund dafür war die Annäherung der Prämien der verschiedenen CSS-Gesellschaften. Die Sanagate hat vor allem jüngere Versicherte angezogen, und die wurden «gestraft» durch den Risikoausgleich. Je jünger eine Population ist, umso mehr Risikoausgleich muss ein Krankenversicherer bezahlen und dann schauen, dass diese Ausgaben über Einsparungen kompensiert werden. Das ist gerade bei Billigkassen wie der Sanagate schwierig. Die Prämien haben sich bei uns im Konzern stetig angenähert aufgrund der Verfeinerung des Risikoausgleichs. In Zukunft spielt der Wettbewerb vor allem über die verschiedenen Versicherungsmodelle bei einer Kasse.