

Medienkonferenz vom Donnerstag, 6. April 2017, in Martigny Präsentation von Karin Perraudin, Präsidentin des Vorstands der Groupe Mutuel

Sehr geehrte Damen und Herren

Willkommen bei unserer jährlichen Medienkonferenz, bei der wir die Situation unseres Unternehmens, den Geschäftsgang und die Aussichten für die kommenden Jahre erläutern.

Die Groupe Mutuel behauptet ihre starke Präsenz auf dem schweizerischen Krankenversicherungsmarkt. Mit mehr als 1,4 Millionen Versicherten, davon 1,2 Millionen Versicherten in der Grundversicherung nach KVG, und einem Umsatz von 5,3 Milliarden Franken im Bereich «Gesundheit» – ein Wachstum von 7,2% im Vergleich zu 2015 –, gehört die Groupe Mutuel klar zu den Marktführern der Branche. Dieses Resultat ist sehr zufriedenstellend, da wir nun das 7. Jahr in Folge in unserer Branche ganz vorne liegen. Die 2016 erzielten Resultate entsprechen unseren Erwartungen und Zielen. Sie bedeuten eine Rückkehr zum finanziellen Gleichgewicht und bilden eine solide Grundlage, um der Zukunft zuversichtlich entgegenzusehen.

Ausserdem stellen wir fest, dass die Strategie zur Diversifizierung unserer Tätigkeitsbereiche Früchte trägt und wir sowohl im Bereich der Unternehmensversicherung wie auch in den Bereichen Sach- und Vermögensversicherung wachsen. Dank dieser Entwicklung in mehreren Bereichen können wir unseren Kunden verschiedene Versicherungslösungen aus einer Hand anbieten. In einer schnelllebigen Zeit mit übermässig vielen und komplexen Aufgaben bedeutet dies eine Vereinfachung des Alltags für den Kunden. Gleichzeitig achten wir darauf, dass unsere Versicherungsprodukte den besonderen Bedürfnissen eines jeden Kunden entsprechen, und vor allem, dass wir sie zu einem vernünftigen Preis anbieten können. Unser ehrgeiziges Ziel ist es, Absicherung zu einem erschwinglichen Preis zu bieten, denn wir sind uns bewusst, dass die Budgets von Einzelpersonen und Haushalten mehr und mehr beansprucht werden.

Diese Absicht zeigt sich in der engagierten Beratung unserer Versicherten. In den vergangenen Jahren haben wir die Kundenbetreuung verstärkt und werden dies auch in Zukunft tun. Egal, ob es sich um die Beantwortung von Fragen oder das Bearbeiten von Beschwerden handelt, wir wollen unseren Versicherten Unterstützung bieten, um ihnen das Leben zu vereinfachen. Diese Tätigkeit ist ständigem Wandel unterworfen, denn die verschiedenen Regeln, Richtlinien und politischen Herausforderungen beeinflussen den Alltag der Versicherten. Unsere Aufgabe ist es, unseren Kunden dabei zu helfen, sich ohne viel Zeit- und Arbeitsaufwand zurechtzufinden.

Ohne ein leistungsstarkes digitales Informatiktool könnten sich diese Tätigkeiten nicht weiterentwickeln. Die Digitalisierung ist in allen Wirtschaftszweigen, insbesondere im Versicherungsbereich, eine Herausforderung. Nichts kann mehr ohne sie konzipiert oder umgesetzt werden. Die enormen Datenmengen, die wir verarbeiten, und die Notwendigkeit, unseren Versicherten sowie den medizinischen Leistungserbringern so schnell und effizient wie möglich zu antworten, zwingt uns zur laufenden Aktualisierung solcher Tools. Und in diesem Bereich sind der Innovation keine Grenzen gesetzt. Alles ist vorstellbar. Doch es ist wichtig, die Menschlichkeit nicht zu vergessen. Denn für die Leistungserbringer wie auch für uns bleibt eine persönliche Beziehung zu unseren Kunden ein Muss. Wir denken, dass gut

geführte Digitalisierungsmassnahmen die Beziehung zu unseren Kunden, die selbst zunehmend vernetzt sind, verbessern können.

Schliesslich haben wir auch umfangreiche Anpassungen unserer Organisation auf allen Stufen vorgenommen. Diese Schritte werden sich mit der Einführung einer Holdinggesellschaft nächstes Jahr noch konkretisieren. Dies wird zu noch mehr Klarheit und Einfachheit in unserem Unternehmen führen.

Wie Sie wissen, ist unsere Tätigkeit, insbesondere im Gesundheitsbereich, abhängig von zahlreichen politischen Initiativen und Entscheidungen. Diesbezüglich freuen wir uns über die Einführung einer neuen Altersklasse im System des Risikoausgleichs nach KVG durch das Parlament. Das ist ein Schritt, zu dem die Groupe Mutuel bereits vor über 10 Jahren den Anstoss gab und ihn unterstützte, da sie festgestellt hatte, dass junge Erwachsene in Ausbildung im Alter von 19 bis 25 Jahren einen zu hohen Beitrag an die Solidarität zwischen den Generationen bezahlen. Wir hätten uns auch eine Entlastung für die Altersgruppe von 26 bis 35 Jahren gewünscht, das Parlament wollte dies jedoch nicht. Doch die Entscheidung, die das Parlament während der Frühlingssession getroffen hat, geht in die richtige Richtung. Sie stellt das Solidaritätsprinzip nicht in Frage, da die Jungen, obwohl in weniger grossem Umfang, weiterhin zur Entlastung der Prämien der älteren Generation beitragen. Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wird von dieser Entscheidung nicht beeinflusst. Laut Schätzungen wird die Prämienenkung für junge Erwachsene 92 Franken betragen, was mit einer Prämienerrhöhung von 10 Franken bei Versicherten ab 26 Jahren ausgeglichen wird. Dieser Schritt wird die Kantone bezüglich der Prämienverbilligungen entlasten. Die somit zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel sollen zur Reduktion der Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen aus finanziell schwächeren Familien verwendet werden. Die Massnahme wird mehr Stabilität ins Gesundheitssystem bringen und bei der jüngeren Generation und den betroffenen Familien dazu führen, dass das System weniger stark abgelehnt wird.

Auch wenn dies willkommene Schritte sind, werden sie den Anstieg der Kosten nicht verhindern, denn zurzeit ist keine Trendwende auszumachen. Herr Rabaglia wird Ihnen die Details dazu erklären.

Eine kürzlich von der Credit Suisse veröffentlichte Studie bestätigt dies ebenfalls. Ohne einen mutigen Schritt im Bereich der Leistungen ist die Verdoppelung der Prämien bis 2040 eine vollkommen realistische Aussicht. Um sich davon zu überzeugen, genügt ein kurzer Blick zurück: Zwischen 2001 und 2016 haben sich die Prämien fast verdoppelt – sie stiegen von 160 Franken auf mehr als 300 Franken an. Diese Tatsache zeigt, dass nur eine bessere Kostenkontrolle im Gesundheitsbereich zu einer Eindämmung des Prämienanstiegs führen könnte. Es ist auch bekannt – eine Vielzahl von unabhängigen Gutachten bestätigt es –, dass unser System Anreize schafft, die eine effizientere Kostenkontrolle verunmöglichen, obwohl das Problem bekannt und eine Lösung erwünscht ist. Oberste Priorität haben hierbei die Spalkosten. Das Gleichgewicht zwischen ambulanten und stationären Spalkleistungen muss dringend wiederhergestellt werden, damit Patienten und Versicherte von den geringeren Kosten einer ambulanten im Vergleich zu einer stationären Behandlung profitieren können. Aber auch bei anderen Kostenblöcken besteht Verbesserungspotenzial, beispielsweise bei den Medikamenten. Nicht grundlos fordern die Krankenversicherer seit Jahren eine jährliche Überprüfung des Preises. Dies wird umso nötiger, wenn man in Betracht zieht, dass viele neue Medikamente sehr teuer sind und, wenn sie wirksam sind, eine grosse Nachfrage erzeugen. Es gibt aber auch Produkte, deren Wirksamkeit nicht mehr gegeben ist und die unnötigerweise zu einem überhöhten Preis in der Spezialitätenliste aufgeführt sind.

Doch es gibt auch erfreuliche Entwicklungen im Gesundheitswesen. Beispielsweise steigt die Anzahl Gruppenpraxen, die damit die schwierige Nachfolge von Einzelpraxen antreten. Dies ist eine willkommene Rationalisierungsmassnahme, welche die Qualität der medizinischen Versorgung nicht beeinträchtigt. Eine Bestrebung, die es sich weiterzuführen lohnt.

Ich beende dieses politische Kapitel, indem ich in aller Kürze das neue Projekt einer Einheitskasse anspreche, das momentan ausgearbeitet wird. Zum vierten Mal seit 2003 sehen wir uns mit dem gleichen Unterfangen konfrontiert, das den Krankenversicherern die Schuld am Anstieg der Gesundheitskosten gibt. Erneut wird das falsche Ziel anvisiert. Wenn diese Vorlage an Fahrt gewinnt, würden das Gesundheitssystem und die verschiedenen Akteure erneut in sinnlose Debatten verstrickt werden und sie müssten wiederum viel Energie aufwenden sich zu rechtfertigen, obwohl die Lösungen anderswo zu finden sind. Kantone, die auf ihrem Gebiet eine öffentliche Krankenkasse einführen möchten, können dies durchaus tun. Solche Krankenkassen, die den gleichen Regeln unterliegen wie die heutigen Versicherer, gab es bereits in der Vergangenheit und das KVG verbietet sie nicht. Die Schaffung einer alleinigen Institution – und somit die Verstaatlichung des Versicherungssystems – würde dem System und den Versicherten jedoch schaden, denn sie würden eines der einzigen Vergleichs- und Wettbewerbselemente verlieren, die unser Gesundheitswesen kennzeichnen.

Zum Schluss möchte ich noch zwei wichtige Massnahmen in der Logistik unseres Unternehmens ansprechen. Wie Sie wissen, errichten wir derzeit in Sitten ein neues ServiceCenter; die Bauarbeiten gehen gut voran und ab März 2018 werden dort hauptsächlich unsere Mitarbeitenden aus Sitten ihre Arbeit aufnehmen. Damit werden aktuelle Anforderungen unserer Fachbereiche besser erfüllt und die Tätigkeiten unserer Mitarbeitenden vereinfacht.

Ausserdem wird unser ServiceCenter in Zürich-Oerlikon renoviert, wo wir seit 2004 präsent sind. Ziel ist es, die Räumlichkeiten der Unternehmensentwicklung anzupassen, insbesondere unserer Entwicklung in der Deutschschweiz. Während der Bauarbeiten haben wir Räumlichkeiten in der Nähe gemietet. Die Bauarbeiten beginnen Ende dieses Monats und Ende Juli 2018 werden wir das Gebäude wieder beziehen.

Wie Sie sehen, mangelt es uns nicht an Vorhaben und unternehmerischen Herausforderungen, und wir freuen uns, diese anzupacken.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.