Eindrückliche Fachtagung des RVK zum Thema Spitalzusatzversicherung

Ambulantisierung als Game Changer?

Der Trend zu mehr ambulanten Leistungen – insbesondere im Spital – ist gewollt und vorgezeichnet. Das führt zu strukturellen, organisatorischen und regulatorischen Veränderungen. Der Wandel ist nicht immer einfach, wie an der RVK Fachtagung deutlich zum Vorschein kam. Umso mehr sind Kreativität, Innovationsgeist, Vernetzung und Zusammenarbeit wichtig. Spannende Referate zeigten neue Perspektiven.

David Roman, Leiter Digital Transformation Healthcare, Partner PwC Schweiz, eröffnete den Reigen: «In den letzten neun Jahren ist der spitalambulante Bereich deutlich stärker als der stationäre, aber auch stärker als der übrige ambulante Bereich gewachsen. Das heisst, ambulante Leistungen werden immer spitalorientierter und Spitäler immer ambulanter. Diese Entwicklung befindet sich erst am Anfang, da die Schweiz im internationalen Vergleich ein grosses Ambulantisierungspotenzial aufweist. Die Verlagerung ist strukturell und wird durch politische und tarifliche Rahmenbedingungen weiter unterstützt. Als Implikation fürs VVG ergibt sich: Der Mehrwert muss zunehmend unabhängig von einer stationären Übernachtung funktionieren.»

WellCare statt DiseaseCare

Möglichst lange gesund bleiben sei im Trend, so Roman, weshalb Themen wie Longevity oder auch mentale Gesundheit immer mehr zu einem Lifestyle werden und die Erwartungshaltung von Kunden widerspiegelt. Die Versorgung werde immer integrierter, so seien 35 % der Führungskräfte im Gesundheitswesen überzeugt, dass die integrierte Versorgung 2030 eingeführt werde. Das heisst: Nicht nur der Schwerpunkt ändert sich, sondern Gesundheit verschmilzt immer mehr mit wichtigen Ereignissen und finanzieller Sicherheit. Gleichzeitig wächst zwar der Gesundheitsmarkt deutlich, der VVG-Anteil hingegen schrumpft.

Das Volumen verschiebt sich in die OKP: Deren Anteil steigt von 35 % auf 40 %; Zusatzversicherer wie Leistungserbringer sind gefordert, angesichts vorhandener enger regulatorischer Vorgaben innovative Angebote zu entwickeln, die regulatorisch robuster und einfacher umsetzbar sein müssen. Und ein Mehrwert soll vom Leistungsort in den gesamten Gesundheitspfad wandern und klar ersichtlich sein. Namentlich Kostenträger dürften dabei zum aktiven Orchestrator mutieren. Roman: «Ein neues Werteversprechen ist nötig.»

Es könnte folgendermassen lauten: «Wir begleiten präventiv, ermöglichen einen schnellen Zugang zur richtigen Behandlung und sorgen für finanzielle Sicherheit.» – Entscheidende Aspekte dazu sind modulare kombinier- und anpassbare Bausteine, frühe einsetzende Prävention, Begleitung und Recovery, Setting-übergreifende Behandlungen, digital, ambulant und stationär vernetzt, geführte Orientierung, Zugang und Koordination sowie Lebenssituations-bezogen: Gesundheit plus anschlussfähige Vorsorgebausteine. «Der Versicherungskern bleibt, das Angebot wird jedoch modular und erlebbar.» Erfolgreich wird sein, wem es gelingt, die eigene Wertschöpfung zu optimieren und seine Marktrolle klar zu definieren.»

Welchen Beitrag leistet die FINMA?

Für Thomas Fux, Leiter Aufsicht Privatkundenversicherungen FINMA, besteht die Kernfrage darin, die Aufsichtsrechte konsequent wahrzunehmen. Dabei gelte es namentlich festzustellen, worin die konkreten Leistungsversprechen der Zusatzversicherer bestehen und wie die klare Abgrenzung zur OKP aussieht. Fux: «Zusatzversicherungen dürfen kein Ersatzpreisschild für bereits tarifierte OKP-Leistungen darstellen, sondern müssen eindeutig definierte Mehrleistungen enthalten. Das ist unsere Leitplanke.» Er berief sich dabei auf Art. 44 KVG.

Daher prüft die FINMA auf Herz und Nieren, was denn so alles an neuen VVG-Produkten daherkommt. Die Kriterien sind der vertragliche Anspruch, der verbindliche Zugang zu den versprochenen Mehrleistungen und der Nachweis einer zusätzlichen Betreuung. «Dabei sehen wir allerdings immer noch», so der Referent, «dass sich die Spitäler sehr auf den Ausbau ihrer stationären Angebote konzentrieren und weniger auf effektiv innovative neue Leistungen.»

Gute Laune schon beim Empfang, entsprechend schwungvoll verlief die Fachtagung.

Die wertvollen Ideen wurden auch am Podium eifrig diskutiert (v.l.n.r.) Guido Klaus, Leiter Public Affairs, Medbase Gruppe, Sascha Nicol, Geschäftsführer, Hirslanden St. Anna im Bahnhof, Moderatorin Riccarda Schaller, Sanjay Singh, Leiter Leistungen, Produkte & Health Services, CSS, und David Roman, Leiter Digital Transformation Healthcare, Partner PwC.

Wichtig sei es, die rechtlichen Grundlagen im ambulanten Setting neu zu beurteilen. Bei der Beurteilung neuer Versorgungs- und Versicherungsmodelle gelte es weiterhin, insbesondere für einen Missbrauchsschutz zu sorgen und die Angemessenheit und Erfüllbarkeit von VVG-Angeboten gründlich zu prüfen. Das bedeute, dass die Preise nachvollziehbar sein, Doppelvergütungen müssten ausgeschlossen sein und das Leistungsversprechen muss verlässlich und dauerhaft erfüllt werden. Dabei sei sorgfältig zu beurteilen, ob gewissen qualitive Leistungen denn auch den Charakter echter Mehrleistungen erfüllten. Generell sei festzuhalten: «Die FINMA will klare, transparente Versicherungsbedingungen und Leistungsversprechen. Wir sind jedoch nicht zuständig fürs Prüfen der gesundheitspolitischen Zweckmässigkeit der Ambulantisierung, ebenfalls nicht für Empfehlungen spezifischer VVG-Produkte und erst recht nicht für die Freigabe konkreter Modelle.»

Worin besteht eigentlich der VVG-Mehrwert?

Wenn das Spitalzimmer als Verkaufsargument wegfällt – kann es schwierig werden, Menschen für eine Zusatzversicherung stationär zu erwärmen. Daher zeigte Matthias Schenker, Leiter Kranken- und Unfallversicherung beim Schweiz. Versicherungsverband, die Problematik haben die Krankenversicherer natürlich erkannt. Ausschlaggebend werde nun sein, die Erkenntnis ins konkrete Handeln umzusetzen, meinte Schenker: «Ausgangsbild ist der Klimawandel im Gesundheitswesen: Wie bei einem schmelzenden Gletscher beobachten wir seit Jahren, was mit der klassischen Spitalzusatzversicherung passiert. Die Entwicklung ist sichtbar, die Ursachen sind bekannt, der Handlungsbedarf offensichtlich. Trotzdem fällt es der Branche schwer, in Bewegung zu kommen.»

Wenn sich das «Klima» verändert, würden aber auch neue Chancen entstehen. – Wie können nun Krankenversicherer nun konkret auf veränderte Kundenbedürfnisse, neue Versorgungsformen und die zunehmende Ambulantisierung reagieren? Wo liegen die Potenziale für innovative Zusatzversicherungsangebote? – Schenkers Antworten sind: Kreative neue Produkte gerade in der ambulanten Versorgung und Kooperation der Stakeholder, denn nur ein ausreichender VVG-Prämienanteil sichert die notwendige Kostendeckung.

Den ersten Schritt machen

Der Routinier appellierte daher zum Handeln. Seine zentrale Botschaft lautet, dass die Akteure im Gesundheitswesen nicht länger darauf warten können, dass andere den ersten Schritt machen: «Neue Modelle entstehen nur, wenn Versicherer, Leistungserbringer und weitere Partner aktiver zusammenarbeiten, voneinander lernen und gemeinsam Innovationen vorantreiben. Der Verband kann diesen Prozess unterstützen, indem er sich für innovationsfreundliche Rahmenbedingungen einsetzt und den Austausch ermöglicht. Gerade die Frage, wie mehr Zusammenarbeit gefördert werden kann, ohne kartellrechtliche Grenzen zu überschreiten, ist noch ungeklärt und bietet viel Stoff für künftige Diskussionen.»

Warum Differenzierung scheitert – und wie sie trotzdem funktionieren kann

Mehrwerte sollen verstärkt auf dem gesamten Patientenpfad entstehen, ist Guido Klaus Head Public Affairs von Medbase, überzeugt. Demografischer Wandel, Fachkräftemangel und Kostendruck müssten zu zukunftsfähigen Perspektiven führen. Gefragt seien erweiterte Kompetenzen und neue Arbeitsteilungen für Health Professionals, eine höhere Effizienz dank Prozess-Innovation und Digitalisierung sowie eine intensivere Vernetzung und integrierte Versorgung, begleitet von einer wachsenden Ambulantisierung.

Die Spitalzusatz-Versicherungen befinden sich in einer bekannten Klemme: Spital stationär ist heute geprägt von einem hohen Leistungsniveau, wobei selbst OKP-Patienten Zweier- oder gar Einer-Zimmer belegen. Weiter gibt es zwar Flex-Produkte zum Upgrading im Spital, eine Option, die – so Klaus – allerdings von den Versicherten häufig nicht gezogen werde. Daher hätten sich «echte» Mehrleistungs-Verträge noch nicht überall durchgesetzt. Schliesslich tun sich Mehr-

leistungen «ambulant» sehr schwer im Markt, denn bei Spital ambulant seien die Mehrleistungen noch zu wenig bekannt, die Versicherten verstünden den Unterschied von «stationär» und «ambulant» nicht wirklich. Ausserdem sei ein vorteilhaftes Kosten/Nutzen-Verhältnis fürs Spital bei separaten Prozessen teilweise nicht gegeben.

Guido Klaus: «So macht denn eben niemand den ersten Schritt. Die Versicherer sagen: ‹Die Leistungserbringer sollen Mehrleistungen anbieten, dann nehmen wir dies in unsere Produkte auf›, während die Haltung der Leistungserbringer lautet: ‹Wir erbringen Mehrleistungen erst dann, wenn wir dafür anständig entschädigt werden.›»

Kreative VVG-Ansätze wagen

Ansätze zu klaren Mehrleistungen ambulant sieht der Referent beim raschen, umgehenden Zugang: «Das ist der dominante Mehrwert; er besteht aus freier Arzt- und Terminwahl über den ganzen Behandlungspfad, einer erstklassigen Convenience und Privatsphäre, auf Wunsch aus separaten zusätzlichen Hausbesuchen und/oder virtuellen Calls sowie aus der Berücksichtigung der Bedürfnisse von Angehörigen.» – Zu beachten sei jedoch, dass gerade alternative Versicherungs-Modelle auf Capitation-Basis bereits Zugang und Koordination entlang des Behandlungspfads böten. Daraus entstehe eine paradoxe Situation im Rahmen von Tarifschutz und Berufsethik, im Klartext: der Vorwurf der Zwei-Klassen-Medizin. Diese Ausgangsbasis mache eine Differenzierung im VVG-Bereich schwieriger.

Klaus nannte eindeutigen Anforderungen aus Sicht von Privatpatienten, was auch für ambulante Leistungen gelten sollte: «Telefonische Terminvereinbarung mit Slot gleich am Morgen, Taxi oder Begleitung (Fahrdienst) durch Angehörige, Check-in und kurzer Aufenthalt im Privatzimmer (vor und nach dem Eingriff), eine anständige Mahlzeit (auch für die Begleitperson), schriftlicher Bericht mit Bildmaterial und telefonisches Dreier-Gespräch im Nachgang mit Facharzt und Hausarzt gemäss Terminvereinbarung.»

Daraus folgerte er deutliche Empfehlungen. Bezogen auf die Leistungserbringer sind das: keine Angst vor der Zweiklassen-Medizin, Mehrwerte aktiv anpreisen – je nach Versicherungsdeckung – aber auch für SelbstzahlerInnen anbieten sowie das VIP-Kundensegment «Privatpatient» im ganzen Behandlungspfad implementieren. Bedeutungsvoll sei auch die transparente VVG-Abrechnung, wobei gerade das Medicalculis-System eine bewährte Lösung sei. – An die Krankenversicherer geht folgende Aufforderung: VVG-Deckung unabhängig von der Aufenthaltsart «ambulant / stationär», und zwar im gleichen Umfang, Bündelung der Mehrwerte in einem einfach verständlichen Produkt sowie keine Angst vor der WEKO!

Matthias Schenker, Leiter Kranken- und Unfallversicherung beim Schweiz. Versicherungsverband, forderte mutiges Handeln, um dem drohenden Schwung an stationär Zusatzversicherten zu begegnen.

Spital ohne Betten?

Sascha Nicol, Geschäftsführer Hirslanden St. Anna im Bahnhof Luzern, beleuchtete die Chancen der künftigen VVG-Finanzierung im ambulanten Zeitalter. Sein Credo heisst: «Ambulantisierung funktioniert nicht nachhaltig, wenn stationäre Strukturen, Prozesse und Finanzierungslogiken lediglich auf ambulante Patienten übertragen werden. Es braucht einen grundlegenden Wandel – in der Organisation, in der Finanzierung und im Leistungsversprechen. Ambulantisierung ist medizinisch und volkswirtschaftlich sinnvoll – aber kein Selbstläufer. Die Verlagerung muss strukturiert, nachhaltig und mit passenden Finanzierungsmodellen erfolgen.»

Eigenständige Einheiten könnten ein Erfolgsmodell darstellen. Diese müssten sich an konsequent ambulant ausgerichteten Patientenpfaden orientieren, standardisierte und planbare Prozesse aufweisen sowie durch kürzere Durchlaufzeiten, angepasste Infrastruktur, interprofessionelle Spezialisierung und höhere Prozess- und Ressourceneffizienz auszeichnen. All das erfordere jedoch hohe Anfangsinvestitionen: «Infrastruktur, Medizintechnik, Digitalisierung und neue Prozesse müssen vorfinanziert werden –

Sanjay Singh, Leiter Leistungen, Produkte & Health Services CSS: «Mehr- und Zusatzleistungen im VVG-Bereich müssen kohärent über die gesamte Patient Journey definiert werden.»

bevor der erste Patient behandelt wird. Dem steht aktuell eine limitierte Vergütung entgegen. Die ambulanten Tarife berücksichtigen die notwendigen Infrastruktur- und Prozesskosten spezialisierter Einheiten bisher unzureichend, was zu einem verzögerter Return on Investment (ROI) führt. Die Fallzahlen entwickeln sich erst über mehrere Jahre. Daher wird der ROI spät und unter heutigen Bedingungen möglicherweise gar nicht erreicht. Es besteht also ein strukturelles Spannungsfeld: Die Leistungserbringer gehen erhebliche Vorleistungen ein, während die Vergütungslogik im ambulanten Bereich dieses Risiko nicht angemessen abbildet.»

Bei zunehmender Ambulantisierung müsse daher eine Lösung gefunden werden. Diese könnte darin bestehen, dass auch im ambulanten Bereich Mehrleistungen verrechnet werden dürften – bei eindeutiger Differenzierung zwischen dem OKP-Standardangebot und klar definierten Mehrleistungen. «Ob in einer ambulanten Einrichtung eine echte Mehrleistung vorliegt, bemisst sich demzufolge nicht an einem allgemeinen Leistungsstandard, sondern am Standard der betreffenden Einrichtung. Echte Mehrleistungen sind dabei die freie Wahl des Behandlungszeitpunkts bei elektiven, nichtdringlichen Eingriffen, wobei der Tarifschutz wird nicht tangiert wird, sofern der OKP-Leistungsstandard nicht unterschritten wird. Eine weitere Mehrleistung kann in der Aufnahmepflicht bestehen. Sie wird nicht verletzt, wenn ein Spital einem grundversicherten Patienten ohne Zusatzgebühr für eine elektive Behandlung nicht den nächstmöglichen Termin gibt. Es stellt keine missbräuchliche Terminfindung dar, wenn OKP-Patienten im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten zumutbare Zeiträume angeboten werden.»

Nicol zählte gemäss FINMA sowie FMH und FMCH zulässige Zusatzhonorare ambulant wie stationär auf: «Sie betreffen die gebührende Aufklärung der Patienten in einer schriftlichen Vereinbarung, plausible und verhältnismässige Honorare, transparente und korrekte Rechnungstellung sowie klar ausgewiesene und dokumentierte Mehrleistungen. Ausdrücklich erlaubt sind zudem gewünschte, nicht-notfallmässige Wunsch- und Spezialtermine ausserhalb des üblichen Sprechstundenbetriebs (an Randzeiten, abends, samstags, an Feiertagen), Leistungen und Innovationen, die nicht in der Grundversicherung abgedeckt sind, gewünschte Wahl des Operateurs/Anästhesisten mit garantierter Behandlung durch Fachärzte sowie Mehrfacheingriffe in gleicher Anästhesie, sofern die Sozialversicherungen diese Kombination ausschliessen.»

Am gleichen Strick ziehen – den Patientennutzen erhöhen

Leistungserbringer wie Kostenträger sind stark gefordert. Nicol skizzierte dazu vier Handlungsfelder: Erstens die frühzeitige Identifikation, bei der ein Leistungserbringer bereits bei der Anmeldung erkennen muss, ob eine ambulante Zusatzversicherung besteht und welche konkreten Leistungen damit abgedeckt sind; das müsse versicherungsübergreifend und digital abrufbar erfolgen. Zweitens seien standardisierte Leistungsmodelle nötig – weniger Produktkomplexität, klar definierte Leistungsbausteine, gemeinsame Elemente und digital abrufbare Kostengutsprachen – damit ein ambulantes VVG skalierbar wird. Drittens gehe es um verlässliche Partnerschaften, um langfristige Kooperationsmodelle zwischen Versicherern und Leistungserbringern, damit notwendige Prozesse und Infrastruktur aufgebaut und wirtschaftlich betrieben werden können. Last, but not least müsse das Schaffen echter Mehrwerte für die Patienten gegeben sein: «Es braucht ‹echte› Mehrwerte – nur dann ist die ambulante Leistungsdifferenzierung ein Benefit für die Patienten, aber auch eine klare Differenzierung zu den gesetzlichen Grundleistungen, die unter Tarifschutz stehen.»

Produktedifferenzierung – die Quadratur des Kreises?

«Die Produktedifferenzierung steht im Spannungsfeld zwischen Relevanz und Regulierung», betonte Sanjay Singh, Leiter Leistungen, Produkte & Health Services CSS. «Deshalb sind Lösungen, die Mehrwert schaffen, anspruchsvoll. Eindeutig ist aber, dass die Gesundheitsversorgung inskünftig stärker in Netzwerken bzw. sektorübergreifend erfolgen wird. Gleichzeitig dürften Patientinnen und Patienten in Zukunft häufig multimorbid sein. Sie sind mit einem komplexen Versorgungsangebot und immer kürzeren medizinischen Innovationszyklen konfrontiert. Hinzu kommt die demografische Entwicklung, die den Bedarf erhöht, während das ohnehin begrenzte Angebot weiter unter Druck gerät. Aktuelle Zusatzversicherungsprodukte sind mehrheitlich sektorspezifisch (ambulant, alternativ, stationär) und primär auf stationäre Mehrleistungen ausgerichtet. Erschwerend kommen starre Underwriting-Regeln hinzu. Ausserdem beschränken sich bestehende alternative Versicherungsmodelle meist auf die Grundversicherung (OKP). Zusätzliche Angebote, die darüber hinausgehen, lassen sich oft nur mit erheblichem regulatorischem Aufwand umsetzen.»

Wertverlust stationärer Versicherungsprodukte vermeiden

Als besonders wichtigen Punkt nannte Singh die Gefahr, dass stationäre Versicherungsprodukte durch die Ambulantisierung resp. Enthospitalisierung einen Wertverlust für Kundinnen und Kunden erleiden. «Die heutigen Zusatzversicherungsprodukte bieten keine durchgängige End-to-End-Deckung. Es fehlt an Behandlungskontinuität, und Mehr- sowie Zusatzleistungen sind im ambulanten, digitalen und @home-Bereich noch unterentwickelt. Dabei könnte ein garantierter und rascher Zugang zu medizinischen Fachkräften einen erheblichen Mehrwert schaffen. Gleichzeitig liessen sich damit hohe persönliche Informations-, Such- und Transaktionskosten vermeiden. Voraussetzung wäre allerdings, dass dieser Zugang allen Zielgruppen offensteht. Derzeit sind die Wechselhürden jedoch noch sehr hoch. Ausserdem halten Regulationen wie Versicherungsbedingungen mit dem medizinischen Fortschritt nicht mit.»

Wir müssen aktiv handeln. Sanjay Sings Rezept lautet: «Mehr- und Zusatzleistungen müssen kohärent über die gesamte Patient Journey definiert werden. Dabei ist der Fokus auf nicht-stationäre Elemente zu legen (Prävention, ambulant, @home, digital). Ein weiteres Augenmerk gilt dem Fokus auf Services wie Zugangssicherung, Orientierung und Unterstützung, beispielsweise bei Terminbuchungen. Bestehende Zusatzversicherungsprodukte sollen modernisiert und neue Lösungen sektorübergreifend konzipiert werden. In den Versicherungsbedingungen sind Flexibilität beziehungsweise Anpassungsmöglichkeiten einzubauen. Ausserdem sind Lösungen für Kundinnen und Kunden mit erhöhten Risiken vorzusehen, um neue Zielgruppen zu erreichen.»

Kreative VVG-Produkte finden guten Anklang

Die CSS ist wegweisend und bietet bereits clevere ambulante VVG-Produkte an. Das ist zum einen die Zusatzversicherung LIVO, die flexible VVG-Produktlinien beinhaltet, welche die Lücken der OKP schliesst. Sie orientiert sich flexibel an neuen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung. LIVO ist als umfassendes Produkt konzipiert, das ambulante, alternative und stationäre Leistungen unter einem Hut vereint. So bricht LIVO mit der klassischen, starren Trennung zwischen «halbprivat» und «privat». Stattdessen kann der gewünschte Leistungszugang – zum Beispiel ein Ein- oder Zweibettzimmer – flexibel gewählt werden. Die Abstufung erfolgt über Spitallisten, Limiten und wählbare Kostenbeteiligungen.

Ein weiterer zentraler Bestandteil von LIVO ist die Prävention: Zur Verfügung stehen verschiedene präventive Angebote, etwa Genanalysen und Selbsttests, digitale Angebote für mentale Gesundheit sowie Coachings zur Gesundheitsförderung.

Ab dem 1. Januar 2027 werden zudem spezifische Angebote im Bereich Perimenopause und Menopause wie femfeel, Evela Health und FEMNA Care gedeckt. Die Mehrleistungen reichen von leitliniengerechter Wissensvermittlung auf Basis neuester Erkenntnisse aus Forschung und Medizin über Videos, Workbooks, Audios und Fachartikel bis hin zu Masterclasses mit praxisnahem Wissen von Psychologinnen und Psychologen, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Gynäkologie. Ergänzt werden diese Angebote durch Möglichkeiten zum Symptomtracking. Ausserdem befinden sich bei der CSS weitere innovative ambulante VVG-Produkte in Prüfung.

Jetzt anpacken, die Zeit ist reif

Ein abschliessendes Podium mit allen Referenten gab Gelegenheit, die wertvollen Denkanstösse zu bewerten und in die Zukunft zu blicken. Gesamthaft war man sich einig: Wegen der erwünschten Ambulantisierung braucht es Kreativität, Innovationsgeist und tatkräftiges Anpacken, um zu nachhaltigen Lösungen zu gelangen. Das betrifft Gesamtlösungen über den gesamten Patientenpfad, faire (ambulante) Entgelte, intensive Effizienzsteigerungen, Gegensteuer zum Wertverlust stationärer Versicherungsangebote und ein rasches und flexibleres Mitmachen der regulatorischen Behörden.

Der Zugang zu ambulanten Leistungen sei zielstrebig sicherzustellen. Dabei sei es wichtig, die Marke «Privat» – gerade angesichts der diversen im Raum stehenden VVG-Modelle und -Vorschläge – verstärkt weiter zu nutzen, weil sie einen hohen Bekanntheitsgrad aufweise. Netzwerke, wie sie in der OKP schon erfolgreich umgesetzt werden, sollen auch für Zusatzversicherte realisiert werden, damit sie bei zu erwartender starker Ambulantisierung auch von ambulanten Mehrleistungen profitieren können. Die dadurch geprägte Produktedifferenzierung sei erwünscht und klar ersichtlich zu präsentieren. Die Versicherten sollen eindeutig erkennen, was sie über das Grundversicherungsangebot erhalten. Nur wenn diese Klarheit bestehe, würden Kostenträger, Leistungserbringer und Versicherte bereit sein, innovative ambulante VVG-Produkte miteinander umzusetzen, denn die Zeit sei reif dazu – reif genug, um gemäss RVK-Vision «mit cleveren Lösungen gemeinsam die Zukunft zu gestalten.»

Weitere Informationen

www.rvk.ch