

1 Modellvorhaben einer Kostenerstattung mit Selbstbehalt im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung RLP

Die KV RLP versteht das vorgelegte Konzept über ein Modellvorhaben einer „Kostenerstattung mit Selbstbehalt für Versicherte der GKV“ im Land Rheinland-Pfalz als erste Anregung für Verhandlungen mit den Kostenträgern und dem zuständigen Ministerium.

2 Kostenerstattung - warum ?

"Hauptzielrichtung ist die Ablösung des anonymen Sachleistungsprinzips durch die transparente Kostenerstattung. Der Versicherte erhält dadurch einen besseren Überblick über Leistungen und Kosten. Seine Eigenverantwortung wird geschärft und die Direktbeziehung zum Arzt gestärkt. Kostenerstattung führt weg vom verwalteten und hin zum mündigen Patienten." (Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer vor der Vertreterversammlung der KZBV am 25. Oktober 1996 in Stuttgart)

Dieses Zitat von Horst Seehofer, welches er als gesundheitspolitischer Sprecher der CSU bereits 1989 geäußert hat, liefert schon die wichtigsten Argumente und Antworten auf die Frage „Warum benötigen wir eine Kostenerstattungsregelung?“. Ähnlich hat kürzlich während einer Diskussion mit dem Vorsitzenden der KV RLP im SWR-Fernsehen Kral Lauterbach, SPD (Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) geäußert, indem er eine Gebührenordnung für alle – GKV- und PKV-Patienten – vorgeschlagen hat, alle Patienten bekommen eine Rechnung mit den im Klartext ausgewiesenen erbrachten Leistungen und Preisangaben in Euro. Dieses System, so Lauterbach, „ist unbürokratisch und jeder würde es verstehen.“

Die entscheidenden Argumente sind mithin:

- Kosten- und Leistungstransparenz, Überblick über erbrachte Leistungen und die damit verbundenen Kosten
- Unmittelbare Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient
- Kalkulierbarkeit für Patient und Leistungserbringer.
- Zeitnahe Abrechnung

In einer Zeit, in der das gesamte Sozialsystem aufgrund der derzeitigen wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Entwicklung praktisch schon nicht mehr finanzierbar ist, müssen genau diese mit den o.g. Schlagwörtern genannten Ziele anvisiert werden. Das kann letztendlich nur dann effizient erreicht werden, wenn alle Beteiligten - die Versicherer, die Leistungserbringer, aber auch die Leistungsnehmer, also die Patienten - hierzu in die Pflicht genommen werden. Derzeit wird aber der Patient bis auf die Zuzahlungen, die für ihn im Wesentlichen nicht transparent sind und in keinem Fall zu einem besseren Überblick über Leistungen und Kosten hinführen, bei den Inpflichtnahmen im Wesentlichen ausgeklammert. Will man die Leistungsfähigkeit der ambulanten Medizin in Deutschland auf dem anerkanntermaßen sehr hohem Niveau halten, so sind dringlichst durchgreifende und - wenn nötig auch systemverändernde - Reformen notwendig. Unserer Meinung nach ist hierbei auch das Verlassen des Sachleistungsprinzips hin zum Kostenerstattungsprinzip auf der Basis einer Einzelleistungsvergütung mit sozial gestaffelten Selbstbehaltregelungen unabdingbar. Einige wichtige Argumente und Gründe hierfür sollen im Folgenden aufgeführt und erörtert werden.

2.1 Zunahme der ambulanten Fall- und Behandlungszahlen bei gleichzeitigem Rückgang von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Die aktuelle Situation in der niedergelassenen Ärzteschaft zeichnet sich durch rückläufige Honorarumsätze bei steigenden Fall- und Behandlungszahlen aus. Grund hierfür ist zum einen die Deckelung des Gesamthonorars bei konstant steigenden Fallzahlen zwischen 3 und 6% und einer leicht steigenden Arztlzahl um etwa 4,9%. Dieser Umstand hat inzwischen dazu geführt, dass eine Vielzahl von Einzelleistungen und auch pauschalisierte Grundleistungen nach dem EBM nicht mehr kostendeckend erbracht werden können. Als Beispiel sei hier nur der Hausbesuch genannt, der nach EBM mit 15,40 vergütet wird (zum Vergleich: Die deutsche Telekom berechnet für Fahrten zum Endkunden mindestens 50.-).

Kompensiert wird dies lediglich durch den Umstand, dass die Arbeitsbelastung der Vertragsärztinnen und -ärzte in den meisten Fällen bereits die Grenze des noch zu Verantwortenden und überhaupt Machbaren längst überschritten hat. Aus diesem Grunde kann auch das Argument, es seien zu viele Vertragsärztinnen und -ärzte im System, nicht gelten gelassen werden, da hierbei nicht die Frage nach der Anzahl der zu versorgenden Patienten berücksichtigt wird. Mit dem gleichem Recht ließe sich auch fragen: Sind denn nicht zu viele Patienten bzw. Behandlungsfälle im System? Sollte diese Frage mit ja beantwortet werden müssen, so erfordert dies eine klare Analyse darüber, warum eine solche Entwicklung eingetreten ist. In den folgenden Abschnitten werden hierfür einige Gründe dargelegt.

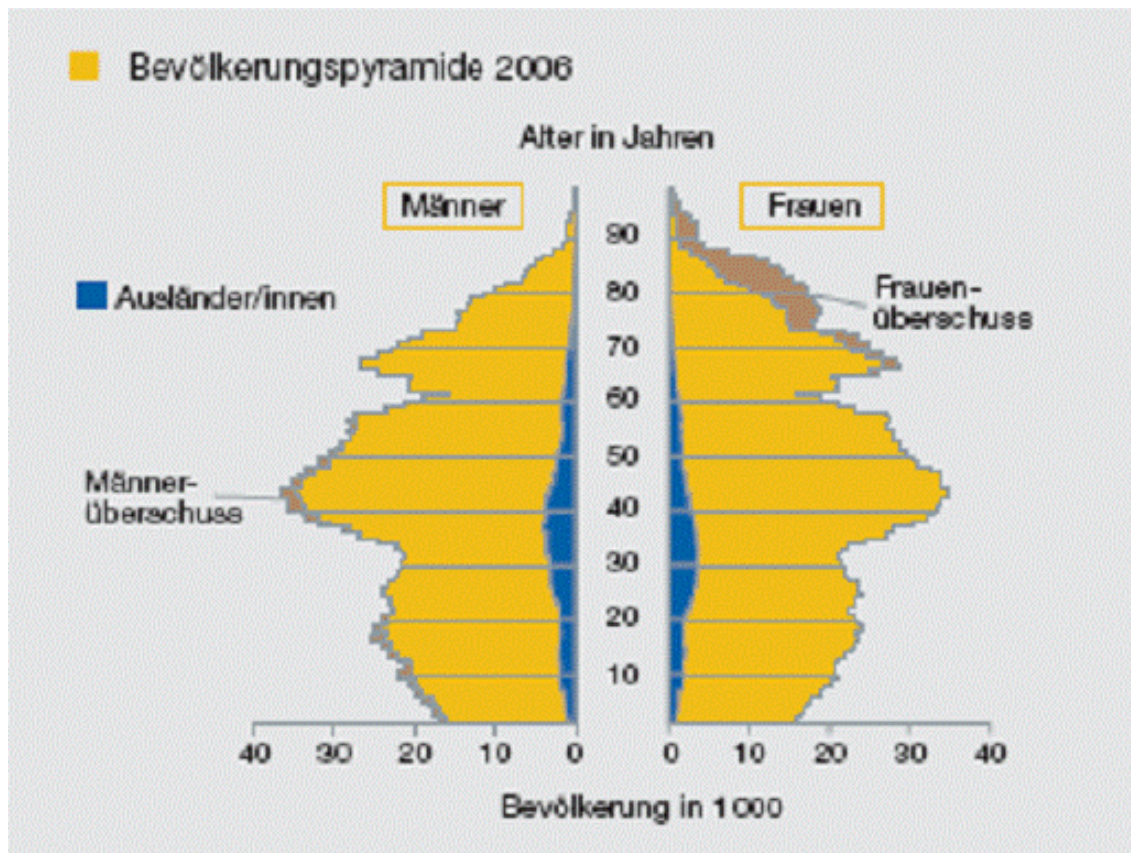


Abbildung 2-1 (Quelle: Statistisches Bundesamt)

2.1.1 Bevölkerungsentwicklung und Morbidität

Am Altersaufbau der Bevölkerung (s. Abbildung 2-1) lässt sich ablesen, wie sich das Verhältnis der jüngeren zur älteren Generation entwickelt. Bereits heute ist die Bundesrepublik Deutschland - wie die meisten Industrieländer - durch eine verhältnismäßig schwach vertretene junge Generation gekennzeichnet. Die Lebenserwartung (im früheren Bundesgebiet und in den neuen Ländern) wächst, und dadurch verschiebt sich die Altersstruktur ständig zugunsten der älteren Menschen. Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung zeigen, dass bereits in wenigen Jahren in Deutschland mehr 65 jährige oder ältere Menschen als 15 jährige und jüngere leben werden

Die erheblich gestiegene Lebenserwartung, die konsekutiv höhere Morbidität der alten Patientengeneration, der gleichzeitig stattfindende zahlenmäßige Rückgang der gesunden Jüngeren, die durch einkommensabhängige Abgaben das derzeitige Gesundheitssystem finanzieren, und die erweiterten Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie verdeutlichen, wie notwendig eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip hin zum Kostenerstattungsprinzip mit einer Selbstbehaltregelung ist. Denn nur hiermit wird ein Regulativ installiert, welches verhindert, dass zu viele Gesunde das bestehende Gesundheitssystem zu Lasten der Kranken aushöhlen.

2.1.2 Ambulant vor stationär

Die zunehmende Verlagerung von stationären Fällen in die ambulante Versorgung ist ein weiterer Faktor für die o.g. Fallzahlsteigerung der letzten Jahre, ohne dass diesem Faktum bisher von seiten der Krankenkassen Beachtung geschenkt wurde.

Eine Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) zeigt, dass die Ärzteschaft seit 1991 trotz der knappen Budgets für Arznei- und Heilmittel in einem erheblichen Umfang Leistungen verordnet hat, die zuvor originäre Krankenhausleistungen waren. Nach IGES-Berechnungen waren dies in den Jahren 1991 bis 1996 insgesamt 3,2 Milliarden Mark. Zusätzliche Verordnungen im ambulanten Sektor wurden notwendig, weil Patienten früher aus dem Krankenhaus entlassen oder gar nicht erst eingewiesen wurden. Dazu gehören zum Beispiel neben Medikamenten zur Behandlung krebserkrankter Patienten auch solche zur Transplantationsnachsorge oder zur Behandlung dialysepflichtiger Menschen. Natürlich betrifft dieser Umstand nicht nur die Verordnungen für Arznei- und Heilmittel sondern im erheblichen Maße auch die sich hieraus ergebenden notwendigen ärztlichen Leistungen, die jetzt im ambulanten Bereich erbracht werden müssen.

„Wenn, wie auch von der Politik gefordert, teure Krankenhausversorgung zugunsten wohnortnaher ambulanter Betreuung mit Leben erfüllt werden soll, dann müssen die Krankenkassen auch den niedergelassenen Ärzten die eingesparten Gelder für Honorar und Leistungen wie Arznei- und Heilmittel zur Verfügung stellen. Die anstehenden Verhandlungen zu Richtgrößen für Arzneimittel, zu Strukturverträgen und Modellversuchen werden zeigen, ob die Krankenkassen neben ökonomischen Überlegungen auch das Wohlergehen ihrer Versicherten im Auge haben.“ (Arzneimittelreport 1997)

2.1.3 Sozial- und gesellschaftspolitische Entwicklung

Die aktuelle Entwicklung in unserer Gesellschaft ist u.a. gekennzeichnet durch eine sehr hohe Arbeitslosenquote, die nach Einschätzung von zahlreichen Experten keinesfalls die Tendenz aufzeigt, dass mit einer Erholung auf dem Arbeitsmarkt zu rechnen ist. Dies hat natürlich

weitreichende Konsequenzen auch für unser Sozial- und im speziellen für unser Gesundheitssystem.

Nach der WHO-Definition wird Gesundheit als Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens definiert. Die Arbeitslosigkeit ist häufig der Einstieg in Armut und Krankheit. Denn wer arm ist, wird doppelt so häufig krank wie der Durchschnittsbürger – und seine Lebenserwartung ist deutlich geringer.

Die verhängnisvolle Beziehung zwischen Armut und Krankheit läßt sich belegen. Im Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS) in Oberschleißheim hat Dr. Andreas Mielck eine Fülle von Daten zusammengetragen, die er auf einer Tagung an der Medizinischen Hochschule Hannover vorstellte. So leiden Angehörige der unteren sozialen Schicht häufiger unter Rheuma, Krebs und vielen anderen Erkrankungen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Ein Diabetes wird bei Frauen aus armen Verhältnissen viermal häufiger festgestellt als im Durchschnitt.

Welche Bedeutung also die sozial- und gesellschaftspolitische Entwicklung für die medizinische Versorgung und hiermit auf die zu erwartende Fallzahlentwicklung haben wird, dürfte nicht schwer nachzuvollziehen sein.

2.2 Morbiditätsrisiko

Die Übertragung des Morbiditätsrisikos von den Krankenkassen auf die Vertragsärzteschaft ist ein verfassungswidriger Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit (Artikel 12, Absatz 1 des Grundgesetzes). Diese Position vertritt Prof. Dr. Karl Heinrich Friauf, emeritierter Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität zu Köln, in einem von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten. Darin zieht Friauf das Fazit, dass "gesetzliche und ... gesamtvertragliche Regelungen, die das Morbi-

ditäts- und Frequenzrisiko auf die Vertragsärzte abwälzen, den geltenden verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht gerecht werden. Diese Risiken müssen funktionsgerecht von den Krankenkassen als Versicherungsträgern übernommen werden."

Das für die Krankenversicherung typische Morbiditätsrisiko besteht nach Friauf

- in einer Zunahme der Zahl und der Schwere der Erkrankungs- und Behandlungsfälle (Morbiditätsrisiko im engeren Sinne) und
- dem Risiko einer Zunahme des erforderlichen Leistungsaufwands je Behandlungsfall nach Art und Häufigkeit der zu ergreifenden Maßnahmen (Frequenzrisiko).

In der Gesetzlichen Krankenversicherung haben grundsätzlich die Krankenkassen dieses Risiko zu tragen, so Friauf. Die Finanzierungspflicht der Krankenkassen werde im Sozialgesetzbuch V (SGB V) aufgrund der Funktion der Kassen als Versicherer „systemkonform als selbstverständlich vorausgesetzt“. Die Kassenärztlichen Vereinigungen befinden sich nach Friaufs Ausführungen nicht in der Rolle des (Mit-)Finanziers der GKV.

Tatsächlich sieht das aber seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 (GSG 1993), das die Steigerung der Gesamtvergütung im Wesentlichen an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden hat, völlig anders aus. Die Vergütungsansprüche der Leistungserbringer werden begrenzt (Budgetierung), aber nicht etwa der Leistungsumfang, so Friauf:

„Im Anwendungsbereich der durch das GSG 1993 eingeführten Regelungen bleibt die Entwicklung von Zahl, Art und Umfang der zu vergütenden ärztlichen Leistung vollständig ausgeblendet. Wenn die zum verbindlichen Anpassungsmaßstab erklärte Lohnentwicklung der Kassenmitglieder prozentual mit der Entwicklung des vertragsärztlichen Leistungsaufwands übereinstimmen sollte, dann wäre das ein reiner - und sehr unwahrscheinlicher - Zufall. Der Gesetzgeber hat das Morbiditätsrisiko insoweit also vollständig auf die Seite der Vertragsärzte verlagert.“

2.3 Eigenverantwortung und Kostenbewußtsein der Versicherten

„Der Glaube an das „ebenso versicherungstechnische wie medizinische Paradies“ habe zu einem unkontrollierten „Gesundheits-Konsum“ geführt, inklusive häufiger Wiederholungsuntersuchungen, Kuren und Ärz-tewechsel. Der Patient sei dabei in eine hundertprozentige Abhängig-keit geraten und habe seine Eigenverantwortlichkeit auf ein Minimum reduziert.“ (Prof. Dr. Klaus Bergdolt, Professor für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität Köln).

Wir gehen davon aus, dass sämtliche im Gesundheitswesen Beteiligten - Versicherer wie Leistungserbringer - diese Aussage von Prof. Bergdolt nur bestätigen können. Da aber diese Eigenverantwortung in einer Gesellschaft mit den heutigen Wertvorstellungen wohl leider nur über das Portemonnaie der Einzelnen eingefordert werden kann, ist es im Rahmen einer Kostenerstattung unabdingbar, diese mit entsprechen-den Selbstbehaltregelungen zu koppeln.

Ein Vergleich des Konsultationsverhaltens von GKV-und PKV-Patienten, der bislang nicht systematisch durchgeführt wurde, wäre hier hilfreich, unsystematische Beobachtungen aus dem Praxisalltag legen die Vermutung nahe, dass PKV-Patienten, die Verträge mit Eigenbetei-ligungen haben, die Notwendigkeit eines Arztbesuchs stärker reflektie-ren und durchaus in Kauf nehmen, die Kosten für Bagatellerkrankun-gen selbst zu tragen. Ursächlich dafür sind Mechanismen des Selbst-behalts, die im PKV-System derzeit im Wesentlichen durch Beitrags-rückerstattungen bei Nichtinanspruchnahme einer Kostenerstattung durch die Krankenkasse geregelt sind, wobei der Referenzzeitraum ein Kalenderjahr ist. Denkbar sind auch Modelle einer prozentualen Selbstbeteiligung bei jeder Rechnung mit Sockelbeiträgen und Sozial-

klauseln. In jedem Fall ist eine behandlungsbezogene Kostenbeteiligung gerechter als die derzeitige, durch pauschale Entgelte und entsprechend pauschal vom Patienten abzuführende Beträge, wie sie etwa das EBM-Modell nahelegt. Welches Modell auch immer realisiert wird: Zur Mengensteuerung führt an der Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten kein Weg vorbei. Ziel muss sein, die Zahl der nicht medizinisch notwendigen Konsultationen zu reduzieren und die tatsächlich erbrachten Leistungen adäquat zu honorieren.

Als Überforderungsschutz der wirklich chronisch oder schwerkranken Patienten ist über eine indikationsbezogene, sozialverträgliche Eigenbeteiligung, die sich deutlich von der anderer Patienten unterscheidet, nachzudenken. Eine Basis für solche Überlegungen könnte z.B. für den im Morbi-RSA aufgelisteten Krankheiten und Diagnosen sein. Zu überlegen ist außerdem, ob gerade für Chroniker und schwerkranke Patienten die Zuzahlung für verordnete Leistungen deutlich abgebaut wird, unter der Annahme, dass die Verordnungskosten insgesamt bei reduzierten Behandlungsfällen ebenfalls rückläufig sein werden.

Nutzen- und Risikobewertung der Kostenerstattung

	Vorteil	Nachteil
Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Kostentransparenz und Leistungskontrolle • Bessere Qualität der angebotenen Leistung durch mehr Behandlungszeit • Kostenvorteile bei Nichtanspruchnahme von Leistungen der Krankenkasse 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Aufwand als mit Chipkarte • Eigenverantwortung und individuelle Kostenkalkulation ist stärker gefordert (Vorteil für die Solidargemeinschaft)
Versicherer	<ul style="list-style-type: none"> • langfristig Kostenreduktion, zumindest aber Kostenneutralität • Leistungskontrolle wird durch Versicherten mit unterstützt • Versicherter wird kostenbewußter mit den Ressourcen umgehen 	
Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • bessere Motivation aufgrund verbesserter Arbeitsbedingungen bei reduzierter Quantität und verbesserter Qualität • bessere Kalkulierbarkeit der Leistungen • adäquate Honorierung der Leistung ist wieder wahrscheinlicher • verbesserte Honorargerechtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • möglicherweise erhöhter Aufwand für Inkassoverfahren

Was erwarten wir im Wesentlichen von einer Kostenerstattungsregelung? Voraussichtlich wird es durch die Selbstbehaltregelung der Versicherten zu einer deutlich Reduzierung der Fallzahlen kommen, welches für den Patienten selbst den Vorteil erbringt, dass im Falle einer Inanspruchnahme z.B. eines Arztes dieser wieder mehr Zeit aufbringen kann. Mehr Zeit für den Arzt bedeutet, dass sich die Qualität seiner Ar-

beit und die persönliche Motivation steigern werden. Geringere Fallzahlen bedeuten für den Versicherer, dass letztlich sämtliche Folgekosten eines Arztkontaktes durch veranlaßte Diagnostik, Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln und zuletzt auch den eigenen Verwaltungsaufwand deutlich zurückgehen werden. Hierdurch würde - denkt man diese Gedankengänge weiter - letztlich auch die politisch geforderte Beitragsstabilität erfüllt werden, was dann wiederum als ein weiterer Vorteil für die Versicherten verbucht werden könnte.

3 Kostenerstattung als Erprobungsregelung bzw. Modellvorhaben in der KV Rheinland-Pfalz - rechtliche Grundlagen

Nach Paragraph 63 SGB V ist sowohl den Krankenkassen und ihren Verbänden als auch den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit gegeben, Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Bereich der Organisation und Finanzierung der Leistungserbringung selbst durchzuführen oder mit ihren Vertragspartnern zu vereinbaren.

An das Modellvorhaben sind folgende Voraussetzungen geknüpft:

1. die Leistung muß nach den Vorschriften des SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung geeignet sein
2. bei der Durchführung von Modellvorhaben ist der Grundsatz der Beitragsstabilität entsprechend zu beachten (mit dem Modellvorhaben verbundene Mehraufwendungen müssen durch eine aus dem Modellvorhaben resultierende Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit verbundenen Kostensenkung kompensiert werden)

3. Einsparungen, die die entstandenen Mehraufwendungen überkompensieren, können ganz oder teilweise an die Versicherten weitergeleitet werden, um das Interesse der Versicherten zu fördern
4. Leistungen, deren Einführung von den Bundesausschüssen abgelehnt worden sind, dürfen grundsätzlich nicht Gegenstand von Modellvorhaben werden
5. die Ziele und das Konzept für die Durchführung des Modellvorhabens sind in der Satzung der Krankenkasse zu regeln
6. das Modellvorhaben ist im Regelfall auf 8 Jahre zu begrenzen, wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.

Durch Paragraph 63 Abs. 6 SGB V wird klargestellt, dass Modellvorhaben auch auf Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung entsprechend den Vorschriften des Paragraphen 63 vereinbart werden können.

Das Instrumentarium der Paragraphen 63, 64 SGB V stellt ein geeignetes Instrument zur Ablösung des anonymen Sachleistungsprinzips durch eine transparente Kostenerstattung dar. Die durch das 2. NOG eingeführte Kostenerstattung als Alternative und gleichberechtigtes Instrument gegenüber der Sachleistung zur Erfüllung des gegen die Krankenkasse gerichteten Versorgungsanspruches des Versicherten wird derzeit kaum angewandt. Insbesondere die Patienten sind mit der Wahrnehmung ihrer Interessen bei der Kostenerstattung gegenüber Krankenversicherungen überfordert.

In der amtlichen Begründung heißt es unter Hinweis auf die Gestaltungselemente der privaten Krankenversicherung auch, dass diese Maßnahme des Gesetzgebers die Eigenverantwortung der Beteiligten und die Transparenz des Leistungsgeschehens stärken sollen. Sozial gesehen handelt es sich also um neue Rechte der Patienten.

Allerdings ist der Patient in seiner sozialen Struktur in 90 % aller Fälle sozial nicht so wehrhaft, dass er sich bei dieser komplexen Materie selbst durchsetzen kann. Das gesetzliche Wahlrecht des Versicherten ist dabei konstitutiv, bedarf also, da es sich unmittelbar aus dem Gesetz ergibt, weder einer vorherigen Zulassung oder inhaltlichen Ausgestaltung durch eine Kassensatzung, noch bedarf es einer wie auch immer gearteten vorherigen Bewilligung durch die Krankenkasse.

Die Ankündigung einiger Krankenkassen, sich zur Zahlung nur dann bereitzuerklären, wenn der Patient 2 Jahre eine globale Entscheidung zugunsten der Kostenerstattung trifft, ist schlichtweg rechtswidrig. Eine entsprechende Ermächtigung des Gesetzgebers, die Entscheidung für die Kostenerstattung auf 2 Jahre zu erstrecken, existiert nicht. Der Patient wird durch das Mittel der Kostenerstattung vom fremd bestimmten Sozialleistungsempfänger zum eigenständigen Vertragspartner eines privatrechtlichen Dienstleistungsvertrages.

Da sich das Wahlrecht des versicherten Patienten nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes auf sämtliche Leistungserbringer erstreckt, steht schon jetzt fest, dass es durch Satzungsrecht weder auf bestimmte Leistungsarten, noch auf bestimmte Leistungserbringer eingeschränkt werden kann.

Unzulässig wäre auch eine satzungsrechtliche Festlegung der Versicherten nach dem „Alles oder Nichts-Prinzip“.

4 Umsetzung

Modellregion kann nur Rheinland-Pfalz insgesamt sein. Zu gewinnen sind Krankenkassen, die ihren Versicherten die Teilnahme auf freiwilliger Basis anbieten. Als Anreiz für die Versicherten ist ein reduzierter Beitrag von z.B. 13% denkbar, hinzu sollte eine elektronische Patien-

tenakte kommen, deren Einsatz für die abschließende gesundheitsökonomische Evaluation unverzichtbar ist. Darüber hinaus sollten auch die o.a. Vorteile für die Patienten Anreize zur Beteiligung darstellen, müssen aber gegebenenfalls noch patientengerecht kommuniziert werden.

Die Einzelleistungsvergütung ist auf der Basis der GOÄ, die einen umfassenden Leistungskatalog beinhaltet, unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu kalkulieren, Ziel ist die Bewertung der jeweiligen Leistungen mit festen Eurobeträgen, die keine wie auch immer gearteten Variationsmöglichkeiten durch Faktoren beinhaltet. Insofern ist dieses noch zu erstellende Preisverzeichnis auch nicht mit der GOÄ zu verwechseln, sondern stellt ein neues Abrechnungssystem für die GKV dar. Nicht auszuschließen ist natürlich, dass bei erfolgreicher Umsetzung die PKV das System übernimmt.