
DIE *GOÄ-NOVELLE* — IMPLIKATIONEN, CHANCEN UND HANDLUNGSFELDER FÜR DIE PKV.

Kein Update einzelner Gebührenpositionen — ein **Systemwechsel** von einer historisch gewachsenen, interpretationsabhängigen GOÄ hin zu einem systematischen, leistungslogisch aufgebauten Vergütungssystem.

INHALTSVERZEICHNIS

WAS SIE IN DIESEM *WHITEPAPER* FINDEN.

01	Executive Summary	S. 3
02	Ausgangssituation	S. 5
03	Kernelemente der GOÄ-Novelle	S. 7
04	Auswirkungen auf Versicherer	S. 10
05	Strategische Chancen & operative Herausforderungen	S. 13
06	Handlungsempfehlungen	S. 15
07	Fazit	S. 16
08	Über SINC · Angebot & Kontakt	S. 17

— KAPITEL 01

EXECUTIVE SUMMARY.

Die GOÄ-Novelle stellt die **größte strukturelle Veränderung der privatärztlichen Vergütung seit Jahrzehnten** dar — kein Update einzelner Gebührenpositionen, sondern ein Systemwechsel von einer historisch gewachsenen, interpretationsabhängigen GOÄ hin zu einem systematischen, leistungslogisch aufgebauten Vergütungssystem.

Für die PKV verändert sich zugleich die gesamte Logik der Leistungsabbildung — mit entsprechenden Zweit- und Drittrundeneffekten auf Inanspruchnahme, Leistungsmix und Arztverhalten.

Betroffen sind mehrere Ebenen zugleich: Kostenstrukturen verschieben sich zwischen Fachgruppen, Leistungsarten und Settings; die bisherige, stark durch Analogabrechnung und individuelle Steigerungssätze geprägte Leistungslogik weicht klar definierten, granularen Positionen; und klassische Steuerungsinstrumente wie die Einzelfallprüfung verlieren relativ an Bedeutung zugunsten *regelbasierter, datengetriebener Steuerung*.

— KURZFRISTIG — ERHEBLICHE UMSETZUNGSAUFWÄNDE

IT-Systeme für Abrechnung, Leistungsprüfung und Aktuariat müssen angepasst, neue Regelwerke aufgebaut und Mitarbeitende in Leistungsprüfung, Kundenservice und Vertrieb geschult werden — hinzu kommt die Komplexität einer Übergangsphase mit paralleler alter und neuer GOÄ. Diese Aufwände sind nicht nur quantitativ hoch, sondern greifen auch qualitativ tief in bestehende Prozesse und Entscheidungslogiken ein.

— MITTELFRISTIG — CHANCEN FÜR TARIFIERUNG UND VERSORGUNGSSTEUERUNG

Höhere Granularität und Standardisierung schaffen eine belastbare Grundlage für *differenziertere Tarifierung* (z. B. nach Morbiditätsprofilen) und gezielte Versorgungssteuerung, etwa durch Anreize für bestimmte Behandlungsformen. Der Handlungsspielraum der PKV verschiebt sich

damit von reaktiver Kostenerstattung zu aktiver Gestaltung — sofern Versicherer ihn aktiv nutzen.

*WER FRÜHZEITIG IN DATEN, SYSTEME UND
STEUERUNGSLOGIKEN INVESTIERT, KANN DIE
NEUEN MÖGLICHKEITEN **AKTIV NUTZEN**.*

Späte, rein reaktive Anpassungen erfüllen nur regulatorische Mindestanforderungen. Da Fähigkeiten wie Datenarchitektur, Analytics und Regelwerke nicht kurzfristig aufbaubar sind, wirkt die Novelle als möglicher Katalysator für eine **Marktspreizung zwischen gut vorbereiteten und reaktiven Versicherern**.

AUSGANGSSITUATION.

2.1 HISTORIE UND BEDEUTUNG DER GOÄ

Die GOÄ ist die zentrale Grundlage für drei Bereiche: die Leistungsabrechnung im ambulanten privatärztlichen Bereich, die Kalkulation und Leistungsprüfung der PKV sowie die Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient. Sie definiert, welche ärztlichen Leistungen gegenüber Privatpatienten abrechenbar sind — für Ärzte das zentrale Monetarisierungsinstrument, für Versicherer die Erstattungsgrundlage.

Für die PKV ist sie zugleich zentrales *Steuerungsinstrument*: Grundlage der Prämienkalkulation und Risikomodelle, Prüfmaßstab für Rechnungen und Basis für Controlling-Analysen zu Kostenentwicklungen und Auffälligkeiten. Damit bestimmt die GOÄ indirekt, wie „sichtbar“ und steuerbar medizinische Leistungen für Versicherer überhaupt sind.

Formal ist die GOÄ Teil des Behandlungsvertrags zwischen Arzt und Patient — anders als in der GKV gibt es **keine direkte Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Versicherer**. Ärzte hatten bisher vergleichsweise hohen Abrechnungsspielraum (z. B. über Steigerungssätze oder Analogziffern), während Patienten formal Schuldner sind und die PKV erst nachgelagert erstattet — Konflikte über Angemessenheit werden daher oft indirekt über den Patienten ausgetragen.

Die aktuelle GOÄ basiert dabei im Kern auf dem Stand von 1996 und wurde seither nur punktuell angepasst: Viele Leistungsziffern sind medizinisch veraltet, moderne Verfahren (z. B. bildgebende Diagnostik, minimalinvasive Eingriffe, digitale Anwendungen) wurden nie systematisch integriert. Verschärft wird dies durch die *Analogabrechnung* (§ 6 Abs. 2 GOÄ), die es erlaubt, nicht enthaltene Leistungen „ähnlichen“ Ziffern zuzuordnen — mit hohem Interpretationsspielraum, erschwerter Auswertbarkeit, erhöhtem Prüfaufwand und Konfliktpotenzial. In Summe ist die GOÄ damit zwar funktional, aber weder transparent noch effizient steuerbar.

2.2 REFORMBEDARF

Zentraler Reformtreiber ist die **Diskrepanz zwischen medizinischer Realität und GOÄ**: Neue Verfahren wie Telemedizin oder komplexe interdiszi-

plinäre Behandlungen lassen sich kaum abbilden — veraltete Struktur, Analogabrechnung und variable Steigerungssätze machen Kosten schwer prognostizierbar und die Steuerung für Versicherer nur eingeschränkt möglich. Hinzu kommt politischer Druck zur Modernisierung: Die GOÄ steht seit Jahren im Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen um mehr Transparenz und weniger Fehlanreize. Zentrales Ziel der Novelle ist eine Vergütung, die sich stärker an der *tatsächlich erbrachten Leistung* orientiert — für höhere Akzeptanz bei Ärzten, Patienten und Versicherern.

2.3 DIE REFORM

Mit dem Beschluss des 129. Deutschen Ärztetages (27.–30. Mai 2025, Leipzig) wurde ein mit dem PKV-Verband konsentierter Entwurf vorgelegt — fachliche Grundlage der Novelle mit hoher interner Abstimmung der Ärzteschaft. Für Versicherer relevant: Der Entwurf reflektiert primär ärztliche Perspektiven und ist selbst innerhalb der Ärzteschaft umstritten — mehrere Fachgesellschaften kritisieren einzelne Bewertungen, u. a. vermeintliche finanzielle Nachteile für bestimmte Spezialfächer.

Der gemeinsame Entwurf von Bundesärztekammer und PKV-Verband ging im Juni 2025 an das Bundesgesundheitsministerium (BMG); im Juli 2026 folgte eine um Rückmeldungen der Fachgesellschaften ergänzte Fassung. Das BMG bereitet nun einen Referentenentwurf vor, bevor Kabinettsbeschluss und Bundesrat-Beratungen folgen.

Ein Inkrafttreten **zum 1. Januar 2028** gilt als realistisches, rechtlich aber nicht verbindliches Ziel. Da die finale Ausgestaltung noch nicht vollständig absehbar ist, besteht Planungsunsicherheit — zugleich aber ein *begrenzt, entscheidendes Zeitfenster* zur Vorbereitung: Versicherer sollten nicht auf finale Klarheit warten, sondern mit Szenarien arbeiten und entsprechend vorbereiten.

KAPITEL 03

KERNELEMENTE DER *GOÄ-NOVELLE*.

Die neue GOÄ soll sich vom „Abrechnungskatalog“ zu einem präziseren **Abbild der medizinischen Leistungsrealität** wandeln — mit mehr Rechtssicherheit und klareren Leistungsdefinitionen. Statt Interpretationsspielräumen zielt die neue Struktur auf Eindeutigkeit, Vergleichbarkeit und Systematisierbarkeit.

3.1 NEUE LEISTUNGSSTRUKTUR

Die geplante Ausweitung auf mehrere tausend zusätzliche Gebührenpositionen führt zu deutlich *feinerer Differenzierung*: Leistungen werden künftig explizit definiert statt über „Ähnlichkeit“ abgebildet. Bislang nur über Analogabrechnung oder gar nicht abbildbare Verfahren — etwa Telemedizin, spezialisierte Diagnostik, komplexe interdisziplinäre Behandlungen — werden systematisch integriert. Pauschale Leistungsziffern weichen differenzierten Einzelleistungen: mehr Präzision, aber weniger Flexibilität. Der Entwurf ist damit keine Aktualisierung, sondern eine **vollständige strukturelle Neuausrichtung**.

Zu den zentralen Eckpunkten zählt der Entwurfsstand von ca. 5.580 Gebührenpositionen — **nahezu eine Verdopplung** gegenüber dem bisherigen Leistungsverzeichnis. Der sinkende Interpretationsspielraum macht das System für Versicherer zunehmend auswertbarer. Für die PKV bedeutet der Übergang zu einem granulareren System eine Bewegung hin zu einem *datenintensiven Modell*, vergleichbar mit modularen Preissystemen anderer Branchen.

3.2 ANPASSUNG DER BEWERTUNGSSYSTEMATIK

Die Bewertung einzelner Leistungen wird systematisch überprüft und kann sich erheblich verschieben — orientiert an *Zeitaufwand, Qualifikation und Komplexität* statt an historischen Verzerrungen. Nach aktuellem Entwurfsstand entfallen die bisherigen Steigerungsfaktoren vollständig; an ihre Stelle treten feste Euro-Beträge sowie ein System differenzierter

Erschwerniszuschläge, die rund ein Viertel des neuen Leistungsverzeichnisses ausmachen — weniger individueller Preisspielraum, mehr Standardisierung, geringere Varianz.

Da deutlich mehr Leistungen explizit enthalten sind, soll die Notwendigkeit für Analogabrechnungen deutlich sinken. Sie bleiben möglich, sollen aber auf echte Ausnahmefälle, wie neue Verfahren, begrenzt bleiben; eine gemeinsame Kommission von Bundesärztekammer und PKV-Verband soll dazu Bewertungsempfehlungen aussprechen. Ziel ist die Entwicklung von einem offenen zu einem **weitgehend geschlossenen System** mit weniger Rechtsstreitigkeiten — zugleich dürfte der Prüfaufwand für die verbleibenden, komplexeren Sonderfälle steigen, da „pragmatische“ Analoglösungen wegfallen.

— WEGFALL DER STEIGERUNGSFAKTOREN UND NEUE ERSCHWERNISZUSCHLÄGE

Feste Beträge und differenzierte Zuschläge statt individueller Steigerungssätze bedeuten *geringere Streuung, bessere Vergleichbarkeit und höhere Planbarkeit* für Versicherer. In Kombination mit der Neubewertung gewinnt sprechende Medizin und kognitive Leistung an Bedeutung, während technisch geprägte Leistungen relativ an Wert verlieren — kritisch diskutiert, da dies Einkommensstrukturen einzelner Fachgruppen und deren Angebotsstrukturen verändern kann, mit direkten Folgen für die PKV-Kostenstruktur.

— TRANSPARENZ & DIGITALISIERUNG

Klar definierte Leistungsziffern und weniger Interpretationsspielraum machen Rechnungen verständlicher, erleichtern die Prüfung und reduzieren Rückfragen und Konflikte. Standardisierte Datenstrukturen sind zugleich Voraussetzung für Automatisierung: konsistente Abrechnungslogiken machen eine *weitgehende Automatisierung der Leistungsprüfung* realistisch. Granularität und Standardisierung zusammen ermöglichen erstmals systematische Auswertung, Muster- und Auffälligkeitserkennung sowie prädiktive Modelle — die GOÄ wird zur **Datenbasis für ein analytisch gesteuertes Versicherungsmodell**.

— DYNAMISIERUNGS- UND UPDATEFÄHIGKEIT

Neu vorgesehene Mechanismen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung — regelmäßige Überprüfung, schnellere Integration neuer Verfahren, institutionalisierte Update-Prozesse — sollen einen erneuten 30-Jahre-Stillstand verhindern. Die GOÄ wird damit zu einem *dynamischen statt statischen System*: Kalkulation und Steuerung müssen laufend angepasst, flexible IT- und Datenarchitekturen aufgebaut werden. Langfristig ist das

ein Paradigmenwechsel — von einem fixen Rahmen zu einem sich kontinuierlich entwickelnden System, das aktive Steuerung erfordert.

AUSWIRKUNGEN AUF *VERSICHERER*.

Die Novelle wirkt weniger über einen „Preis-Effekt“ als über **strukturelle Veränderungen** — das unterschätzen viele Marktteilnehmer. Entscheidend ist nicht nur, wie viel erstattet wird, sondern wofür, wie konsistent und mit welcher Systematik abgerechnet und gesteuert werden kann — mit entsprechenden Zweit- und Drittrundeneffekten.

4.1 KOSTENAUSWIRKUNGEN

Kurzfristig sind Kosteneffekte schwer prognostizierbar, einige Entwicklungen zeichnen sich aber ab: Volumina verschieben sich zwischen Leistungsarten — bisher unterbewertete oder schwer abrechenbare Leistungen (z. B. sprechende Medizin) werden sichtbarer und teurer, technisch geprägte Leistungen können dagegen dämpfend wirken; die Netto-Wirkung bleibt unsicher und verhaltensabhängig. Standardisierung senkt zudem indirekt Kosten, über geringere Prüfaufwände und weniger Streitfälle — ein *oft unterschätzter Effekt* auf bestehende Verwaltungskosten.

Drei Treiber stehen im Vordergrund: **Erstens** werden aufgewertete Leistungen (z. B. Beratung, Koordination) wirtschaftlich attraktiver, was Ärzte zu häufigerer Erbringung und Abrechnung bewegen kann — ein realer Mengeneffekt unabhängig vom Preisniveau. **Zweitens** reduziert höhere Transparenz die bisherige Zurückhaltung bei komplexen oder unklaren Leistungen; ein bislang wirksamer impliziter Rationierungseffekt entfällt, was eher über Verhaltensänderung als über Preiserhöhung zu Kostenanstieg führt — ein Effekt, den historische Daten kaum abbilden. **Drittens** verschieben sich Fachgruppeneffekte.

Fachgruppen mit hohem Anteil beratender und koordinierender Leistungen profitieren tendenziell von der Neubewertung, während stark technisch geprägte Fachgruppen relativ an Attraktivität verlieren — was mittelfristig auch Versorgungsstrukturen beeinflussen kann (z. B. Verschiebung von Behandlungspfaden).

4.2 AUSWIRKUNGEN AUF TARIFIERUNG

Bestehende Kalkulationsgrundlagen verlieren an Validität, da sie auf alter Leistungsstruktur und historischer Inanspruchnahme basieren, die durch die Novelle verzerrt werden — **die wichtigste Datengrundlage der PKV verliert an Aussagekraft**. Nötig sind ein Mapping alter auf neue Leistungsziffern und neu gedachte Mengenannahmen, insbesondere verhaltensgetriebene Effekte. Zugleich eröffnet die feinere Datenbasis die Chance auf *differenziertere, versorgungsorientierte Tarife* nach Morbidität oder Nutzungsverhalten — mit Wettbewerbs- und Risikosteuerungsvorteilen.

4.3 DATENQUALITÄT & STANDARDISIERUNG

Wegfall bzw. Eingrenzung der Analogabrechnung, höhere Granularität und standardisierte Leistungsbeschreibungen schaffen eine umfassende Datengrundlage für die PKV — ein *qualitativer Sprung* gegenüber bisher uneinheitlichen, schwer vergleichbaren Daten. Konkrete Potenziale sind präzisere Morbiditätsanalysen, die systematische Identifikation von Über- oder Unterversorgung und realistischere Kostenprojektionen auf Basis realer statt nur aggregierter Daten. Die zunehmende **Datenkompetenz wird damit zum Wettbewerbsfaktor** der PKV.

4.4 LEISTUNGSMANAGEMENT & PRÜFUNG

Statt heutiger Einzelfallprüfung und interpretationsgetriebener Entscheidungen wird künftig *regelbasierte, datengetriebene Prüfung* möglich — mit hohem Potenzial für KI-basierte Plausibilitätsprüfung. Standardfälle können automatisiert verarbeitet werden, manuelle Bearbeitung konzentriert sich auf komplexe Ausnahmen; die Prüfqualität hängt künftig vor allem von der Qualität der definierten Regeln und Modelle ab. KI und Advanced Analytics — Mustererkennung, Anomalieerkennung, Prognosemodelle — werden integraler Bestandteil, das Kompetenzprofil verschiebt sich zu mehr Daten- und Analysekompetenz.

4.5 KUNDENKOMMUNIKATION

Der Erklärungsbedarf gegenüber Versicherten dürfte zunächst steigen: veränderte Rechnungsbilder mit mehr Einzelpositionen, anderen Bezeichnungen und veränderten Kostenstrukturen können zu Unsicherheit führen — **verständliche Kommunikation und die Abdeckung erwartbarer Rückfragen** sind besonders in der Anfangszeit wichtig.

4.6 RISIKO UND CHANCE

Wahrgenommene Beitragssteigerungen sind ein Risiko: Kunden nehmen Kostensteigerungen oft schlicht als „teurer geworden“ wahr, unabhängig von der strukturellen oder verhaltensbedingten Ursache. Zugleich ist dies eine *Chance zur Positionierung* als transparenter, moderner Versicherer — wer Rechnungen verständlich erklärt, aktiv informiert und digitale Services (Rechnungserläuterung, Kostenprognosen) bietet, kann Vertrauen aufbauen und sich differenzieren.

*LANGFRISTIG KANN TRANSPARENZ SO VOM
RISIKO ZUM **WETTBEWERBSVORTEIL** WERDEN.*

KAPITEL 05

STRATEGISCHE CHANCEN & HERAUSFORDERUNGEN.

5.1 DIFFERENZIERUNG

Die neue GOÄ ermöglicht umfassende Steuerung über *klare Leistungen, klare Preise und bessere Daten* — Grundlage für Morbiditätsanalysen und qualitätsorientierte, individualisierte Tarife. Versicherer differenzieren sich künftig über den Umgang mit neuen Leistungen, ihre Steuerungsmechanismen und vor allem ihre **Datenkompetenz**. Zusätzlich eröffnet die neue Vergütungslogik Verhandlungsspielräume für Kooperationen und selektive Verträge.

5.2 TIMING ALS KRITISCHER ERFOLGSFAKTOR

Aktueller Stand des Verordnungsverfahrens:

- | | | |
|----|--|---------|
| 01 | Entwurf verabschiedet durch den 129. Deutschen Ärztetag (27.–30. Mai 2025, Leipzig) | |
| 02 | Gemeinsamer Entwurf von BÄK und PKV-Verband an das Bundesgesundheitsministerium übergeben (Juni 2025) | |
| 03 | Aktualisierte, um Rückmeldungen der Fachgesellschaften ergänzte Fassung erneut an das BMG übermittelt (Juli 2026) | |
| 04 | BMG bereitet Referentenentwurf vor; Kabinettsbeschluss und Bundesrat-Beratungen stehen noch aus | AKTUELL |
| 05 | Inkrafttreten zum 1. Januar 2028 von BÄK und PKV-Verband als realistisches Ziel genannt — rechtlich noch nicht verbindlich | |

ABER DIE *VORBEREITUNGSZEIT* FÜR
VERSICHERER IST JETZT.

5.3 OPERATIVE HERAUSFORDERUNGEN

Die GOÄ-Novelle ist ein **Systemwechsel in der Privatmedizin** und kein ausschließliches IT- oder Abrechnungsthema — wer sie so behandelt, verliert strategisch. IT-seitig sind umfangreiche Anpassungen bei Abrechnungssystemen, Bestandsführung und Leistungsprüfung nötig, mit entsprechend hohem Implementierungsaufwand. Hinzu kommt Schulungsbedarf — nicht nur in Leistungsprüfung und Kundenservice, auch im Vertrieb.

Eine *parallele Anwendung von alter und neuer GOÄ* in der Übergangsphase verursacht höhere Komplexität, Fehleranfälligkeit und Anfragevolumen in den Jahren nach Einführung der neuen GOÄ.

Die GOÄ-Novelle wird dabei voraussichtlich zu einer klaren **Marktspreizung** führen: Während datengetriebene, schnelle und strategisch positionierte Versicherer ihre Wettbewerbsposition ausbauen, werden insbesondere reaktive Anbieter, IT-getriebene Minimalumsetzer und Organisationen ohne belastbare Steuerungslogik zunehmend an Wettbewerbsfähigkeit verlieren.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.

Die GOÄ-Novelle ist **ein Transformationsprogramm**. Versicherer müssen bereits heute einen umfassenden Blick auf Input-Management, Prüfsoftware, Prozesse und Mitarbeiter-Enabling legen.

Um Klarheit zu gewinnen, dient ein *Readiness-Assessment* zu Beginn. Es dient als Standortbestimmung entlang von Prozessen, Systemen und Organisation. Es zeigt, wo eine PKV heute steht und welche Handlungsfelder priorisiert werden sollten. Je nach Ausgangslage eignet sich dafür ein kompakter Readiness-Workshop dessen Ergebnisse in eine GOÄneu-Roadmap münden.

Im Zentrum der Umsetzung steht die Entwicklung einer neuen *Prüfsoftware* — eines regelbasierten, mandanten- und tariffähigen Prüfregelewerks, das die neue Abrechnungssystematik vollständig abbildet: von der Komplexleistungs- und Zuschlagslogik über die formale und rechtliche Prüfung von Dokumentations- und Begründungspflichten bis hin zur Plausibilitäts- und Auffälligkeitsanalyse auf Basis von Mengen-, Kombinations- und Diagnosemustern. Vor dem Go-live wird die Prüfsoftware mit erstellten Testrechnungen validiert und feinjustiert — jedes Prüfergebnis bleibt dabei **regelbasiert nachvollziehbar** und dokumentiert, gegenüber Versicherten, Ärzteschaft und Aufsicht.

Weil ein Systemwechsel dieser Größenordnung selten an einem einzigen Stichtag vollzogen werden kann, benötigen viele Häuser zusätzlich Unterstützung im *Parallelbetrieb*: Alte und neue GOÄ müssen für eine Übergangszeit nebeneinander geprüft werden, was Komplexität, Fehleranfälligkeit und Anfragevolumen erhöht.

Diese Phase bedingt Schulung und Change-Management für Sachbearbeitung und Anwender, mit laufenden Regel-Updates entsprechend den Anpassungen der künftigen Gemeinsamen Kommission von BÄK, PKV und Beihilfe sowie mit Monitoring im **Hypercare-Betrieb** nach der Produktivsetzung — damit Schadenkosten von Anfang an kontrolliert und die Servicelevel für Versicherte und Leistungserbringer stabil bleiben.

KAPITEL 07

FAZIT.

Die GOÄ-Novelle markiert den Übergang in eine **neue Phase der Privatmedizin**: weg von historisch gewachsenen Abrechnungslogiken, hin zu einem strukturierten, datenbasierten Versorgungssystem.

Für Versicherer bedeutet das nicht nur Anpassung, sondern die Notwendigkeit zur *strategischen Neupositionierung*.

DIE ENTSCHEIDENDE FRAGE IST NICHT, WIE DIE NEUE GOÄ UMGESETZT WIRD — DIE FRAGE IST, WER DIE UMSETZUNGSPHASE FRÜHZEITIG AKTIV NUTZT, UM WETTBEWERBSVORTEILE ZU SCHAFFEN.

— KAPITEL 08

ÜBER SINC & *KONTAKT.*

Die **SINC** verbindet PKV-Expertise, IT-Umsetzungsstärke und Erfahrung in der Implementierung regelbasierter Prüfsysteme — *Beratung und Technologie aus einer Hand*, ohne Schnittstellenverluste zwischen Strategie-, Fach- und IT-Beratung.

Unser Branchenfokus liegt auf der Privaten Krankenversicherung: Wir kennen die Leistungsprüfung, die Tarifwelten und die Erstattungslogik von Beihilfe und PKV aus der Praxis und sprechen die Sprache Ihrer Fachbereiche. Unser **GOÄneu-Prüfregelwerk** baut dabei auf einem bereits etablierten Fundament aus der bestehenden GOÄ-Prüfpraxis auf — kein Greenfield-Ansatz, sondern eine erprobte Basis, die laufend an die finale Verordnung angepasst wird.

Als **SINC Insurance Consulting** begleiten wir Versicherer von der ersten Standortbestimmung über die fachliche und regulatorische Konzeption bis zur Systemintegration und den Betrieb — mit dem Anspruch, Gebührenprüfung auch nach der GOÄ-Novelle auf dem gewohnt hohen Qualitätsniveau sicherzustellen.

Die GOÄ-Novelle wartet nicht — **die Vorbereitungszeit für Versicherer ist jetzt**. Lassen Sie uns sprechen: Gemeinsam bestimmen wir Ihren Status quo, identifizieren die wichtigsten Handlungsfelder und entwickeln eine *Roadmap*, die zu Ihrer Systemlandschaft und Ihrem Zeitplan passt — ob im Readiness-Workshop (1–2 Wochen) oder im Proof of Concept mit Ihren eigenen Bestandsrechnungen (8–12 Wochen).

GESCHÄFTSFÜHRER

**JAN-CHRISTIAN
DIERICH**

SINC & BBZ

TELEFON +49 171 3660 061

E-MAIL Jan.Dierich@sinc.de

DIRECTOR

**CHRISTOPH
MAUER**

SINC Insurance Consulting

TELEFON +49 160 9804 1493

E-MAIL Christoph.Mauer@sinc.de

— SPRECHEN WIR

BEREIT FÜR DIE *GOÄ-NOVELLE?*

Ein 30-minütiger Termin genügt für die erste Standortbestimmung.
Wir bringen Fragen mit, Sie bringen Ihre Systemlandschaft.

WWW.SINC-INSURANCE.DE