

Renaissance der Selbstbeteiligung: die Kontaktpauschale

von Stefan Fetzter, Oliver Gapp und Christian Hagist

 doi.org/10.4126/FRL01-006526472

Abstract

Zuzahlungen als Instrument zur Überwindung des Finanzierungengpasses in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) waren lange Zeit – mutmaßlich aufgrund ihrer möglichen Konflikte mit dem Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit – weitgehend ein Tabuthema. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive spricht jedoch vieles für ihre Einführung. Erstens können sie dazu beitragen, den GKV-Beitragssatz kurzfristig zu senken. Zweitens setzen sie Anreize für Versicherte, die begrenzte Zeit ärztlicher Leistungserbringer ressourcenschonend in Anspruch zu nehmen, sodass Ärzte sich stärker auf komplexe Fälle konzentrieren können. Drittens können sie, in einen konsistenten ordnungspolitischen Rahmen eingebettet, einen verstärkten Wettbewerb im Gesundheitssystem fördern, der langfristig den Kostendruck in der GKV mindert und damit dazu beiträgt, den Beitragssatz unter 20 Prozent zu stabilisieren.

Schlüsselwörter: Selbstbeteiligung, GKV-Finanzierung, Reform

Co-payments as an instrument to address the financial constraints of statutory health insurance (SHI) have long been regarded as a taboo topic—presumably because they may conflict with the principle of distributive justice. From a health economics perspective, however, there are strong arguments in favour of their introduction. First, they can help to reduce the SHI contribution rate in the short term. Secondly, they create incentives for insured individuals to use physicians' limited time more efficiently, allowing doctors to devote greater attention to complex cases. Thirdly, when embedded within a consistent regulatory framework, they can stimulate competition within the healthcare system, which in the long run can alleviate cost pressures in the SHI and help stabilize the contribution rate below 20 percent.

Keywords: co-payments, financing of SHI, reform proposal

1 Einleitung: der Herbst der Reformen 2025

In der gesundheitspolitischen Debatte im sogenannten Herbst der Reformen 2025 dominierten bislang Vorschläge, die primär auf eine Stabilisierung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abzielen. Dabei wird häufig nicht hinreichend zwischen dem kurzfristigen und dem langfristigen Finanzierungsbedarf differenziert. Kurzfristig – nach den jüngsten Berechnungen des GKV-Schätzerkreises – führt der zusätzliche Finanzierungsbedarf gegenüber dem Jahr 2025 zu einem Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitrags um 0,4 Prozentpunkte auf 2,9 Prozent im Jahr 2026. Damit erhöht sich der gesamte Beitragssatz zur GKV auf 17,5 Prozent (*BAS 2025*).

Der längerfristige Finanzierungsbedarf hängt hingegen von einer Vielzahl struktureller Faktoren ab. Maßgeblich ist hierbei die demografische Entwicklung mit einer alternden Bevölkerung – einnahmenseitig durch die absehbare Verlangsamung des Wachstums der beitragspflichtigen Einkommensbasis und ausgabenseitig durch eine im Durchschnitt morbidere und damit kostenintensivere Versichertengemeinschaft. Gleichzeitig besteht im GKV-System ein struktureller Kostendruck, der zu einem überproportionalen Ausgabenwachstum im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung führt. Zahlreiche Projektionen deuten darauf hin, dass – *ceteris paribus* – der GKV-Beitragssatz zwischen 2035 und 2040 die Marke von 20 Prozent überschreiten dürfte (vergleiche zum Beispiel *Fetzer und Hagist 2025*).

Die Finanzkommission Gesundheit wurde von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken beauftragt, bis März 2026 einen Reformvorschlag mit kurzfristiger Entlastungswirkung und bis Ende 2026 ein Konzept zur langfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzien vorzulegen. Zu den derzeit diskutierten kurzfristigen Maßnahmen zählen unter anderem der Ausbau des Steuerzuschusses – insbesondere zur Kompensation versicherungsfremder Leistungen wie der fehlenden Beitragszahlungen für Bürgergeldempfänger –, die Einführung von Preismoratorien sowie die Einschränkung einzelner Leistungsbereiche. Spätestens seit dem Vorschlag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 9. Oktober 2025, die bestehenden Zuzahlungen für Arzneimittel und Krankenhausleistungen um 50 Prozent zu erhöhen, hat zudem eine

breitere Diskussion über den Ausbau von Eigenbeteiligungen an Dynamik gewonnen.

Der vorliegende Beitrag analysiert die potenziellen Wirkungen der Einführung einer Kontaktpauschale in Höhe von 15 Euro pro Arztbesuch. Neben den kurzfristigen Auswirkungen auf den GKV-Beitragssatz werden auch die mittel- und langfristigen Effekte einer solchen Maßnahme untersucht, insbesondere sofern sie – wie von Fetzer und Hagist (*ebenda*) vorgeschlagen – in einen umfassenden, wettbewerblich ausgerichteten Reformrahmen eingebettet ist. Darüber hinaus werden die häufig vorgebrachten Gegenargumente diskutiert, etwa der Vorwurf, eine Kontaktpauschale sei sozial ungerecht oder ein Instrument, welches bereits gescheitert sei.

2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

2.1 Wartezeiten und Arztkontakte

Lange Wartezeiten für gesetzlich Versicherte gelten als eines der zentralen Strukturprobleme der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland – obwohl die Ärztedichte im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch ist. Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit wiederholt versucht, dieses Problem durch administrative Vorgaben zu adressieren. So wurden mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von 2019 Vertragsärzte verpflichtet, ihr Mindestsprechstundenangebot für gesetzlich Versicherte von 20 auf 25 Stunden pro Woche zu erhöhen. Ein nachhaltiger Erfolg dieser Regelung blieb jedoch auch fünf Jahre nach Inkrafttreten aus. Nach wie vor wird über überlange Wartezeiten auf Arzttermine berichtet, insbesondere im Vergleich zwischen gesetzlich und privat Versicherten. Letztere werden bei der Terminvergabe – vor allem im fachärztlichen Bereich – häufig bevorzugt (vergleiche *Werbeck et al. 2021*).

Mit Blick auf die Häufigkeit ärztlicher Konsultationen zählt Deutschland zur europäischen Spitzengruppe (vergleiche *Nguyen et al. 2025*). Während die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2025) im Durchschnitt rund sechs Arztbesuche pro Person und Jahr ausweist, liegt Deutschland mit 9,6 Besuchen deutlich darüber. Diese

Zahl basiert allerdings auf der sogenannten KG3-Statistik des BMG, die auf Abrechnungsdaten der Krankenkassen beruht und Arztkontakte in der Regel nur einmal pro Quartal erfasst (vergleiche SVR 2018). Der Barmer-Arztreport des Göttinger Aqua-Instituts ermittelte für das Jahr 2023 auf Versichertenebene durchschnittlich 15,3 „Tage mit Leistungsabrechnung(en) durch Therapeutinnen und Therapeuten“ (Grobe et al. 2024).

Auch im Hinblick auf die Gesprächsdauer zwischen Arzt und Patient belegt Deutschland im internationalen Vergleich nur einen hinteren Rang. Laut einer Metaanalyse von Irving et al. (2017) beträgt die durchschnittliche Konsultationsdauer in der hausärztlichen Versorgung lediglich 7,5 Minuten. Anscheinend wird das in Deutschland vorhandene, im internationalen Vergleich hohe Angebot an ärztlichen Leistungen also von den Versicherten sehr intensiv in Anspruch genommen. Dies führt dazu, dass für einzelne Konsultationen nur begrenzt Zeit zur Verfügung steht. In der Folge entstehen sowohl lange Wartezeiten auf Termine als auch eine Einschränkung der Möglichkeiten, komplexere Behandlungsfälle mit der erforderlichen Tiefe zu betreuen.

2.2 Angebots- und nachfrageseitige Ursachen

Die Ursachen für die im internationalen Vergleich hohe Zahl an Arztkontakten in Deutschland sind sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite zu verorten. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive spielt im Bereich der ärztlichen Leistungen insbesondere die Theorie der angebotsinduzierten Nachfrage eine zentrale Rolle (vergleiche Evans 1974). Ärzte nehmen hierbei eine Doppelrolle ein: Sie sind einerseits Anbieter medizinischer Leistungen, andererseits Berater ihrer Patienten. Diese Informationsasymmetrie kann dazu führen, dass das tatsächliche Inanspruchnahmeverhalten über die originäre Nachfrage hinausgeht. Eine Krankenversicherung nach dem Sachleistungsprinzip, bei der ärztliche Leistungen aus Patientensicht kostenfrei erscheinen, verstärkt diesen Effekt zusätzlich.

Im System der GKV existieren zwei wesentliche Regulierungsmechanismen, die einer übermäßigen Ausweitung angebotsinduzierter Nachfrage entgegenwirken sollen: die Bedarfsplanung und die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung. Die Bedarfsplanung

legt auf Basis der Einwohnerzahl einer Region den zulässigen Korridor der Arztdichte fest. Dadurch wird eine übermäßige Ausweitung des Leistungsangebotes begrenzt; zugleich kann dies jedoch zu regionalen Versorgungsengpässen führen. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung fungiert als budgetärer Rahmen für die vertragsärztliche Versorgung und wird jährlich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen verhandelt. Innerhalb dieses Rahmens erfolgt die Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der für jede Praxis ein Regelleistungsvolumen definiert. Dessen Ausschöpfung führt regelmäßig zu dem bekannten Phänomen, dass Praxen zum Quartalsende die Behandlung neuer Patienten einschränken. Innerhalb der Regelleistungsvolumina wirkt die EBM-basierte Vergütung aus Sicht der Ärzteschaft faktisch wie eine Einzelleistungsvergütung, wodurch monetäre Anreize entstehen, insbesondere solche Leistungen zu erbringen, die mit geringem Aufwand abrechenbar sind.

Auf der Nachfrageseite tragen institutionelle und verhaltensbezogene Faktoren zur hohen Inanspruchnahme bei. So schreibt die derzeitige Rechtslage einen ärztlichen Kontakt zum Zwecke der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zwingend vor. Seit der Covid-19-Pandemie besteht zwar – mit Ausnahme einer kurzen Unterbrechung im Jahr 2023 – die Möglichkeit einer telefonischen Krankschreibung. Eine aktuelle Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) zeigt jedoch, dass diese Option bislang nur in geringem Umfang genutzt wird (vergleiche Mangiapane 2025).

Unabhängig von solchen Regelungen zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem durch einen besonders niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten Versorgung aus. Deutschland, Österreich und Luxemburg sind die einzigen Länder in Europa, die eine uneingeschränkte freie Arztwahl gewähren. Zudem fallen für ambulante ärztliche Leistungen keine direkten Zahlungen an, wodurch die Eintrittsbarrieren für die Inanspruchnahme weiter reduziert werden.

Während auf der Angebotsseite der ambulanten Versorgung also zumindest begrenzte Steuerungsmechanismen bestehen, die einer übermäßigen Ausweitung des Leistungsangebotes entgegenwirken, bleibt die Nachfrageseite weitgehend unreguliert. Der nahezu ungehinderte Zugang zu ärztlichen Leistungen trägt

wesentlich zur intensiven Nutzung des Versorgungssystems bei. Dies spricht für die Einführung gezielter Zuzahlungsinstrumente als wirksame Maßnahme zur Nachfragesteuerung.

3 Selbstbeteiligungen als Steuerungsinstrument

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive erfüllen Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen zwei zentrale Funktionen. Erstens ermöglichen sie es Krankenversicherungen, über das Prinzip der Selbstselektion unterschiedliche Risikogruppen indirekt voneinander zu trennen und damit dem Problem der adversen Selektion entgegenzuwirken. Zweitens setzen sie für Versicherte finanzielle Anreize, Gesundheitsleistungen ressourcenschonend in Anspruch zu nehmen, wodurch Moral-Hazard-Verhalten entgegengewirkt wird. Dabei wird zwischen zwei Formen unterschieden: dem Ex-ante-Moral-Hazard, bei dem der Versicherungsschutz dazu führt, dass präventive Maßnahmen vernachlässigt werden, und dem Ex-post-Moral-Hazard, das nach Eintritt des Krankheitsfalles aufgrund fehlender Kostenverantwortung zu einer übermäßigen Inanspruchnahme von Leistungen führen kann (vergleiche Breyer et al. 2013).

International lassen sich im Wesentlichen zwei Grundformen von Selbstbeteiligungen unterscheiden. Erstens der absolute Selbstbehalt pro Abrechnungszeitraum – üblicherweise pro Kalenderjahr –, der häufig als Jahresfranchise bezeichnet wird. Zweitens die prozentuale Selbstbeteiligung, bei der ein bestimmter Anteil der Behandlungskosten von den Versicherten selbst getragen werden muss. Eine Sonderform stellen absolute Zuzahlungen dar, die als feste Beträge pro Inanspruchnahme oder pro Behandlungstag definiert sind.

Im Kontext der ambulanten Versorgung wirken Kontaktpauschalen pro Arztbesuch primär dem Ex-post-Moral-Hazard-Verhalten entgegen, vorausgesetzt, Versicherte reagieren in gewissem Maße preissensitiv auf ärztliche Leistungen (vergleiche Breyer 2010; Breyer et al. 2013). Empirische Evidenz – beginnend mit dem richtungsweisenden RAND Health Insurance Experiment – zeigt, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zwar preisunelastisch, jedoch nicht vollkommen unelastisch ist: Die Nachfrage ändert sich zwar weniger stark als der Preis, aber sie ändert sich.

Entsprechend kann eine maßvoll ausgestaltete Kontaktpauschale durchaus einen steuernden Anreiz zu kostenbewussterem Verhalten entfalten (vergleiche Manning et al. 1987; Aron-Dine et al. 2013).

Aus der **Abbildung 1**, die die Zuzahlungsregelungen für ambulante ärztliche Leistungen in ausgewählten Ländern vergleicht, wird deutlich, dass Deutschland zu den wenigen Staaten gehört, in denen der ambulante Sektor bislang vollständig von Selbstbeteiligungen ausgenommen ist. In nahezu allen anderen Ländern beteiligen sich Versicherte entweder unmittelbar über pauschale Gebühren pro Arztbesuch oder mittelbar über Jahresfranchisen an den Kosten ambulanter Leistungen – zumindest im Bereich der fachärztlichen Versorgung.

Darüber hinaus weist Deutschland im internationalen Vergleich einen niedrigen Anteil sogenannter Out-of-Pocket-Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben auf. Einen geringeren Wert verzeichnet lediglich Frankreich; dort verfügen jedoch rund 95 Prozent der Bevölkerung über private Zusatzversicherungen, die Zuzahlungen weitgehend abdecken.

Die Einführung einer moderaten Zuzahlung im ambulanten Bereich wäre somit kein deutscher Sonderweg, sondern vielmehr eine Annäherung an international etablierte Steuerungsmechanismen. Sie würde Deutschland stärker in Einklang mit bewährten Instrumenten anderer Gesundheitssysteme bringen, in denen Selbstbeteiligungen als integraler Bestandteil einer effizienten und verantwortungsbewussten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gelten.

4 Die neue Kontaktpauschale

4.1 Ausgestaltung der Kontaktpauschale

Der vorgeschlagene Ansatz zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten sieht eine Renaissance der Eigenbeteiligung in Form einer Kontaktpauschale für Arztbesuche erwachsener GKV-Versicherter vor und orientiert sich am Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie aus dem Jahr 2012 (vergleiche dggö 2012). Es handelt sich bewusst um eine absolute Pauschale, da diese leicht zu erklären

Abbildung 1 Zuzahlung und Out-of-Pocket-Ausgaben in ausgewählten Ländern

Land	Allgemeiner Selbstbehalt für alle Leistungen	Spezifische Regeln für ambulante ärztliche Leistungen	Out-of-Pocket-Ausgaben 2024 als Anteil an den Gesundheitsausgaben
Deutschland	–	–	10,71 %
Frankreich	–	2 Euro + 30 % des Arzthonorars; maximal 8 Euro/Tag	9,23 % (95 % der Bevölkerung haben jedoch eine Zusatzversicherung für Zuzahlungen)
Niederlande	Genereller Selbstbehalt: 385 Euro pro Jahr	Gilt nicht für Hausarzt-, jedoch für Facharztleistungen	11,79 %
Österreich	Service-Entgelt für e-card: 25 Euro pro Jahr	Bei Vertragsärzten keine Zuzahlung; bei Wahlärzten (mehr als 50 % der Ärzte sind Wahlärzte) nur teilweise Kostenerstattung durch die Krankenkasse	16,46 %
Schweden	–	Hausarzt 100–300 SEK pro Arztbesuch; Facharzt 200–400 SEK (je nach Region); insgesamt auf 1.450 SEK pro 12 Monate begrenzt	13,38 %
Schweiz	Jahresbetrag: Franchise 300 CHF; 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten, bis zu 700 CHF Selbstbehalt	–	21,61 %

Quelle: MISSOC (2025), Eurostat (2025); Grafik: G+G Wissenschaft 2026

Die ausgewählten Länder regeln Zuzahlungen recht unterschiedlich. Deutschland gehört zu den wenigen Staaten auf der Welt, in denen der ambulante Sektor bislang vollständig von Selbstbeteiligungen ausgenommen ist.

und zu verstehen sowie administrativ einfach umzusetzen ist. Im Gegensatz zur zwischen 2004 und 2012 erhobenen Praxisgebühr soll die Kontaktpauschale bei jedem einzelnen Arzt- und Zahnarztbesuch erhoben werden. Darüber hinaus soll auch die Inanspruchnahme von Notaufnahmen in Krankenhäusern durch gesetzlich Versicherte in das System der Kontaktpauschale einbezogen werden.

Im Gegenzug wird vorgeschlagen, die bisherige Eigenbeteiligung für stationäre Krankenhausaufenthalte abzuschaffen, da diese erfahrungsgemäß nur begrenzte Steuerungswirkungen entfaltet. Ein Reformmodell, das sowohl Entlastungen als auch zusätzliche Eigenbeteiligungen vorsieht, dürfte auf eine höhere politische und gesellschaftliche Akzeptanz stoßen, da es ein ausgewogenes Verhältnis von Gebot und Kompensation herstellt.

Die Höhe der Kontaktpauschale sollte bei ihrer Einführung 15 Euro pro Arztkontakt betragen. Dieser Betrag entspricht einer inflations- und einkommensbereinigten Fortschreibung der im Jahr 2004 erhobenen Praxisgebühr von zehn Euro, angepasst an das Wachstum der nominalen beitragspflichtigen

Einnahmen pro Mitglied zwischen 2004 und 2022 in Höhe von 47 Prozent.

Die Abwicklung der Kontaktpauschale sollte möglichst unbürokratisch und digitalisiert erfolgen. Der Einzug der Gebühr sowie die Bearbeitung von Zuzahlungsbefreiungen könnten über eine Zusatzfunktion der elektronischen Patientenakte (ePA) automatisiert werden. Damit würden – anders als bei der früheren Praxisgebühr – die Krankenkassen die administrative Verantwortung übernehmen, sodass für Ärzte weder zusätzlicher Verwaltungsaufwand noch zeitliche Belastungen entstünden.

Für Versicherte, die aufgrund der Überforderungsregelung gemäß § 62 SGB V von Zuzahlungen befreit sind, blieben die bisherigen Bestimmungen unverändert. Die gesamten Zuzahlungen, einschließlich der neu eingeführten Kontaktpauschale, würden weiterhin auf zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (beziehungsweise auf ein Prozent bei chronisch Erkrankten) begrenzt. Eine digitale Umsetzung der Abrechnung über die ePA hätte zudem den Vorteil, dass befreite Versicherte automatisch berücksichtigt werden und kein Belegsammeln mehr erforderlich wäre.

4.2 Finanzierungsfunktion

Für die Berechnung der finanziellen Wirkung einer Kontaktpauschale auf die GKV wird angenommen, dass derzeit pro erwachsenen Versicherten jährlich durchschnittlich 15 ambulante Arztkontakte, zwei zahnärztliche Kontakte sowie 0,15 Besuche in Notfallambulanzen erfolgen. Diese insgesamt 17,15 Kontakte pro Jahr ergeben – multipliziert mit rund 62,5 Millionen erwachsenen GKV-Versicherten – ein jährliches Volumen von etwa 1,07 Milliarden Kontakten. Bei einer Kontaktpauschale von 15 Euro pro Besuch würde dies einem maximalen jährlichen Gebührenaufkommen von rund 16,1 Milliarden Euro entsprechen.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass bereits heute ein Teil der Versicherten von Zuzahlungen befreit ist – konkret etwa 4,6 Millionen Personen, was 7,4 Prozent der erwachsenen GKV-Versicherten entspricht (*BMG 2025*). Da mit der Einführung einer Kontaktpauschale das gesamte Zuzahlungsvolumen ansteige, ist davon auszugehen, dass künftig ein größerer Anteil der Versicherten die Belastungsgrenze überschreiten und somit unter die Regelung der Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V fallen würde.

Abbildung 2 zeigt die budgetdämpfende Wirkung dieser Befreiungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Anteil der zuzahlungsbefreiten Versicherten. Bei einem konstanten Befreiungsanteil von 7,5 Prozent verbliebe ein Nettoentlastungsvolumen von 14,9 Milliarden Euro, bei einem Anteil von 15 Prozent immerhin noch 13,7 Milliarden Euro. Der Reformvorschlag sieht zudem den Wegfall der Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte vor, was zu Mindereinnahmen von rund 0,6 Milliarden Euro führt.

Unter konservativen Annahmen ergäbe sich somit ein Gesamteffekt auf den GKV-Beitragsatz in Höhe von etwa 0,7 Beitragssatzpunkten (unter Verwendung der Faustformel, wonach ein Beitragssatzpunkt etwa 18,9 Milliarden Euro entspricht). Eine solche Maßnahme würde kurzfristig zur finanziellen Stabilisierung der GKV beitragen und gleichzeitig die Grundlage für weiterführende Strukturreformen schaffen.

4.3 Steuerungseffekt eines Selbstbehaltes bei Arztbesuchen

In den vorangegangenen Berechnungen wurde der potenzielle Steuerungseffekt der Kontaktpauschale noch nicht berücksichtigt. Das zentrale Ziel der Maßnahme besteht darin, Versicherte zu einem bewussteren und kritischeren Inanspruchnahmeverhalten zu bewegen – also dazu anzuregen, abzuwägen, ob ein Arztbesuch tatsächlich erforderlich ist. Ein solches Verhalten kann eine dämpfenden Wirkung auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen haben.

Die von Manning et al. (1987) und Newhouse (1996) im Rahmen des RAND Health Insurance Experiments ermittelte Preiselastizität der Nachfrage nach ambulanten Leistungen beträgt etwa $-0,2$. Diese empirische Schätzung wurde in mehreren internationalen Studien bestätigt. Eine Untersuchung von Johansson et al. (2019) zeigt beispielsweise für Schweden, dass die Einführung einer Praxisgebühr von zehn Euro pro Arztbesuch für 20-jährige Versicherte zu einem Rückgang der Arztkontakte um rund sieben Prozent führte.

Überträgt man diesen Effekt auf die deutschen Verhältnisse und unterstellt eine gleichmäßige Verteilung

Abbildung 2 Einsparwirkungen einer Kontaktgebühr und erhöhter Zuzahlungen auf die GKV-Finzen

Anteil zuzahlungsbefreiter erwachsener GKV-Versicherter	Einsparung durch eine Kontaktpauschale von 15 Euro	Mehrausgaben für Wegfall Zuzahlung Krankenhaus	Gesamte Budgetwirkung	In Beitragssatzpunkten
7,5%	+14,87 Mrd. Euro	-0,64 Mrd. Euro	= 14,23 Mrd. Euro	0,75 %-Punkte
10%	+14,47 Mrd. Euro	-0,64 Mrd. Euro	= 13,83 Mrd. Euro	0,73 %-Punkte
15%	+13,67 Mrd. Euro	-0,64 Mrd. Euro	= 13,03 Mrd. Euro	0,69 %-Punkte

Auch bei einem Wegfall der Zuzahlungen zu Krankenhausaufenthalten ließe sich durch die Einführung einer Kontaktgebühr in Höhe von 15 Euro pro Arztbesuch der Beitragssatz zur Krankenversicherung spürbar senken.

Quelle: eigene Berechnung; Grafik: G+G Wissenschaft 2026

der Ausgaben der GKV für ärztliche Leistungen in Höhe von etwa 50 Milliarden Euro pro Jahr, ergibt sich ein theoretisches Einsparpotenzial von rund 3,5 Milliarden Euro – was etwa 0,2 Beitragssatzpunkten entspricht.

Dieser Einspareffekt würde sich im Unterschied zu den unmittelbar wirksamen Finanzierungseffekten jedoch erst mittelfristig realisieren lassen, da die jährlichen Budgets innerhalb der Gesamtverträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen fortgeschrieben werden. Gleichwohl hätte ein solcher Rückgang an Arztkontakten bereits kurzfristig positive qualitative Effekte: Ärzte könnten sich pro Konsultation intensiver ihren Patienten widmen, was der Versorgungsqualität insgesamt zugutekäme.

4.4 Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen

Die Einführung einer Kontaktpauschale könnte einen entscheidenden Impuls für strukturelle Reformen innerhalb der GKV setzen. Ein verstärkter Wettbewerb der Krankenkassen um Versorgungsqualität und Effizienz wäre ein zentraler Hebel, um innovative, kostenbewusste und patientenorientierte Versorgungsformen zu fördern.

Voraussetzung für einen solchen Wettbewerb ist neben dem Abbau administrativer Hemmnisse insbesondere die Schaffung gezielter Anreize für Investitionen in integrierte und digitale Versorgungsprogramme. Darüber hinaus bedarf es einer aktiveren Steuerung durch die Versicherten selbst, damit insbesondere jene in innovative Versorgungsformen eingebunden werden, die davon den größten gesundheitlichen Nutzen erwarten lassen. Dies ließe sich effektiv erreichen, wenn Krankenkassen entsprechende Zuzahlungen (wie etwa die Kontaktpauschale) bei Teilnahme an solchen Programmen erlassen, um den Eintritt in strukturierte Versorgungsangebote finanziell zu fördern.

Ein solcher qualitätsorientierter Wettbewerb würde nicht nur zu einer höheren Effizienz und einer verbesserten Versorgungsqualität führen, sondern auch dazu beitragen, regional differenzierte Versorgungsstrukturen zu etablieren. Eine stärker bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Räumen ließe sich so ebenso fördern wie innovative urbane Versorgungsmodelle – denn Versorgungsstrategien, die in

städtischen Regionen erfolgreich sind, müssen nicht zwangsläufig auch im ländlichen Raum funktionieren und vice versa.

Im Ergebnis stärkt eine Kontaktpauschale in diesem Kontext die Eigenverantwortung der Versicherten, fördert die Kostentransparenz und unterstützt die Steuerungsfähigkeit der Krankenkassen. Zugleich eröffnet ein wettbewerblich ausgestaltetes System erhebliche Digitalisierungspotenziale: ePAs, Telemedizin und automatisierte Abrechnungsprozesse können in einer solchen Struktur ihre volle Wirkung entfalten und damit sowohl Effizienzgewinne als auch Versorgungsverbesserungen realisieren.

5 Fazit und Gerechtigkeitsepilog

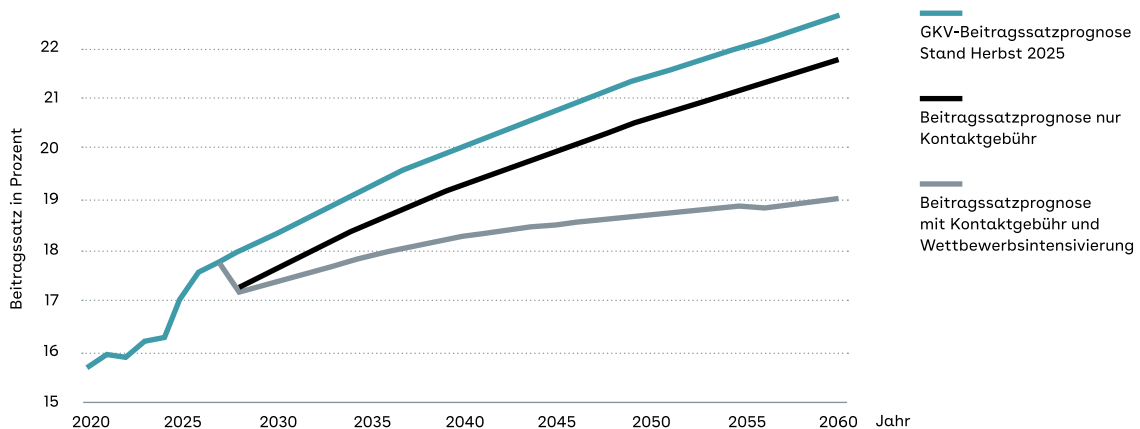
Die Einführung einer Kontaktpauschale könnte auf der Nachfrageseite nicht nur zur Reduktion der Wartezeiten in der ambulanten Versorgung beitragen, sondern zugleich eine spürbare finanzielle Entlastung der GKV ermöglichen. Kurzfristig ließe sich der Beitragssatz um rund 0,7 Beitragssatzpunkte senken, mittelfristig – infolge einer geringeren Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen – um weitere 0,2 Beitragssatzpunkte.

Langfristig könnte die Maßnahme zudem einen zentralen Baustein einer umfassenden Strukturreform darstellen, indem sie über verstärkten Wettbewerb und Rationalisierungseffekte dazu beiträgt, den Kostenanstieg nachhaltig zu dämpfen und den GKV-Beitragssatz dauerhaft unter 20 Prozent zu stabilisieren. Diese Gesamtwirkung ist in **Abbildung 3** schematisch dargestellt.

Ein häufig vorgebrachtes Gegenargument gegen Kontaktpauschalen betrifft deren angebliche soziale Ungerechtigkeit. Es wird argumentiert, hohe Selbstbeteiligungen könnten insbesondere Personen mit niedrigem Einkommen davon abhalten, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, was potenziell schwerere Krankheitsverläufe und dadurch höhere Folgekosten nach sich zöge. Zudem wird befürchtet, dass chronisch Kranke überproportional belastet würden.

Dieses Argument greift jedoch zu kurz. Wie in diesem Beitrag aufgezeigt, weist Deutschland im internationalen Vergleich ein vergleichsweise niedriges Zu-

Abbildung 3 Beitragssatzprojektion für die GKV mit und ohne Reformoptionen



Quelle: eigene Berechnung auf Basis Fetzter und Hagist (2025);
 Grafik: G+G Wissenschaft 2026

Die Einführung einer Kontaktgebühr könnte die Beiträge auch längerfristig spürbar senken. Sie wäre noch wirksamer, wenn sie mit einer Wettbewerbsintensivierung verbunden würde.

zahlungsniveau auf und verfügt somit über einen gewissen Anpassungsspielraum. Darüber hinaus schützt die gesetzlich verankerte Überforderungsklausel (§ 62 SGB V) die Versicherten: Die Summe aller Zuzahlungen darf zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt – beziehungsweise ein Prozent bei chronisch Kranken – nicht überschreiten. Ergänzend sieht der Reformvorschlag die Abschaffung der Krankenhauszuzahlung vor, wodurch die Gesamtbelastung für viele Versicherte weiter sinken würde.

Damit ist sichergestellt, dass insbesondere Haushalte mit geringen Einkommen und chronisch Kranke wirksam geschützt bleiben. Auch mittlere Einkommensgruppen, die aufgrund eines hohen medizinischen Bedarfs bislang überproportional zu Zuzahlungen herangezogen werden, profitieren von der Begrenzungsregelung. Belastet werden primär diejenigen Versicherten, die medizinische Leistungen überdurchschnittlich häufig und ohne zwingende Indikation in Anspruch nehmen – in der Regel Personen, die dies finanziell leisten können.

Im Gegenzug profitieren alle Versicherten – auch diese Gruppen – von einem niedrigeren Beitragssatz und einer nachhaltig stabileren Finanzierungsgrundlage der GKV. Eine solche Reform würde somit nicht zu einer Aushöhlung, sondern vielmehr zu einer Stärkung des Solidaritätsprinzips führen. Die Frage, inwiefern dies als ungerecht gelten soll, bleibt daher kritisch zu hinterfragen.

Literatur

- Aron-Dine A, Einav L, Finkelstein A (2013): The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later. *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 27, No. 1, 197–222
- BAS (Bundesamt für Soziale Sicherung) (2025): GKV-Schätzerkreis schätzt die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2025 und 2026. Pressemitteilung vom 15.10.2025
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2025): KV45 – vorläufige Rechnungsergebnisse 1.–4. Quartal 2024, Stand: 25. März 2025
- Breyer F (2010): Gesundheitspolitik. Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Vol. 79, No. 1, 44–55
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2013): *Gesundheitsökonomik*. Berlin/Heidelberg: Springer
- dggö (Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie) (2012): Die Praxisgebühr reformieren – andere Zuzahlungen überdenken. Presseerklärung vom 11.04.2012; Suche: DGGOE_zur_Praxisgebuehr_11-04-2012.pdf
- Eurostat (2025): Out of Pocket Expenditures; ec.europa.eu/eurostat/databrowser → search: out of pocket expenditures
- Evans R (1974): Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. In: Perlman M. (Eds.): *The Economics of Health and Medical Care*. International Economic Association Series. London: Palgrave Macmillan, 162–173
- Fetzter S, Hagist C (2025): Notwendige Reformen der Sozialversicherung zur solidarischen Absicherung großer Lebensrisiken. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 105, Heft 11, 828–835
- Grobe T, Weller L, Braun A, Szecsenyi J (2024): Barmer Arztreport 2024 – Digitale Gesundheitsanwendungen

- Diga. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 45. Berlin, Wuppertal: bifg
- Irving G et al. (2017): International Variations in Primary Care Physician Consultation Time: A Systematic Review of 67 Countries. *BMJ Open*, Vol. 7, No. 10, e017902
- Johansson N, Jakobsson N, Svensson M (2019): Effects of Primary Care Cost-Sharing among Young Adults: Varying Impact across Income Groups and Gender. *European Journal of Health Economics*, Vol. 20, No. 8, 1271–1280
- Mangiapane S (2025): Hat die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu einem Anstieg der Krankschreibungen geführt? Ein Faktencheck auf der Basis von Abrechnungsdaten. *Zi Insights*, 1. Oktober 2025; [zi.de](https://www.zi.de) → Service → Veranstaltungen → 1. Oktober 2025 → Präsentation
- Manning W et al. (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review*, Vol. 77, No. 3, 251–77
- MISSOC (Mutual Information System on Social Protection) (2025); missoc.org → [missoc-database](https://missoc.org/missoc-database) → [comparative-tables](https://missoc.org/comparative-tables)
- Newhouse JP (1996): *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press
- Nguyen VK, Reuter A, Abd El Aziz E, Bärnighausen T (2025): Trends in Outpatient Healthcare Visits among Adults Aged 50 Years and Older in 27 European Countries: Analysis of Population-Based Survey Data, 2004–2022. *The Lancet Regional Health – Europe*, Vol. 47, October 2025, 101407
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2025): *Doctor's Consultations*; oecd.org → data → indicators → Health → Doctors' consultations
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018*. Berlin
- Werbeck A, Wübker A, Ziebarth N (2021): Cream Skimming by Health Care Providers and Inequality in Health Care Access: Evidence from a Randomized Field Experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, Vol. 188, August 2021, 1325–1350

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 20. November 2025)

Die Autoren



Prof. Dr. rer. pol. Stefan Fetzter, Jahrgang 1974, hat von 1996 bis 2002 an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg studiert und dort von 2002 bis 2006 zum Thema „Zur nachhaltigen Finanzierung des Gesetzlichen Gesundheitssystems“ promoviert. Zwischen 2006 und 2011 arbeitete er für den BKK-Bundesverband und spectrumK. Seit 2011 ist er Professor für Public Health und Internationale Gesundheitssysteme an der Hochschule Aalen.



Dr. oec. publ. Oliver Gapp, Jahrgang 1976, hat von 1998 bis 2003 an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg Volkswirtschaft studiert und von 2004 bis 2008 an der Ludwig-Maximilians-Universität in München promoviert. Von 2013 bis 2018 lehrte er nebenberuflich an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW). Nach verschiedenen Positionen trägt er als Mitglied im Vorstand Verantwortung für die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e. G.



Prof. Dr. rer. pol. Christian Hagist, Jahrgang 1978, hat 1998 bis 2002 an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg Volkswirtschaftslehre studiert (Diplom 2003), mit einem Vergleich internationaler Gesundheitssysteme promoviert (2007) und sich in Volkswirtschaftslehre habilitiert (2012). Seit 2014 ist er Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der WHU – Otto Beisheim School of Management. Dort leitet er das Center für Intergenerative Finanzwissenschaft.

Kontakt

Prof. Dr. rer. pol. Stefan Fetzter, Fakultät Wirtschaft und Gesundheit, Hochschule Aalen, Beethovenstraße 1, 73430 Aalen, E-Mail: stefan.fetzter@hs-aalen.de