

Kontaktpauschale: ein geeignetes Steuerungsinstrument?

von Martin Siegel



doi.org/10.4126/FRL01-006526473

Abstract

Zuzahlungen wie Kontaktpauschalen werden als Steuerungsinstrument immer wieder diskutiert. Der aktuelle Vorschlag einer Kontaktpauschale unterliegt einigen Annahmen über das Verhalten der beteiligten Akteure, die es vor dem Hintergrund der Anforderungen an das medizinische Wissen der Patienten und der Anreizstrukturen für Ärzte in der ambulanten Versorgung zu betrachten gilt. Diese Analyse beleuchtet Regulierungen und mögliche Fehlanreize, die zu der in Deutschland vergleichsweise hohen Zahl von Arztkontakten beitragen können, und diskutiert eventuelle negative finanzielle und gesundheitliche Auswirkungen einer möglichen Kontaktpauschale.

Schlüsselwörter: Kontaktpauschale, Anreize, finanzielle Härten, unerfüllter Versorgungsbedarf, Gesundheitsökonomik, gesundheitliche Ungleichheit

Co-payments such as contact fees in ambulatory healthcare are often proposed for cost containment. The currently debated idea of a fixed amount for each physician contact requires some assumptions about the stakeholders' behaviour. These assumptions need to be discussed in the light of expectable medical knowledge of the patients and the incentive structures that physicians in the ambulatory care sector may encounter. This analysis sheds light on regulations and potential disincentives, which may contribute to the comparatively high number of visits to ambulatory physicians, and discusses potential adverse financial and health-related effects that such a contact fee may bring.

Keywords: contact fee, incentives, financial hardship, unmet need, health economics, health inequality

1 Hintergrund

In den vergangenen Jahren sind sowohl die gesamten Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch die sogenannte Gesundheitsquote, die den Anteil der Gesundheitsausgaben an der gesamten Wirtschaftsleistung misst, weiter angestiegen, sodass Deutschland im Jahr 2022 mit 12,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes nach den USA die zweithöchste Gesundheitsquote innerhalb der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hatte (OECD 2023). Die GKV finanziert sich über Krankenkassenbeiträge, die sich anteilig nach dem Bruttoeinkommen der Versicherten richten, die Beiträge werden zu je 50 Prozent von den Versicherten und ihren Arbeitgebern beziehungsweise dem Rentenversicherungsträger gezahlt (BMG 2025a). Zusätzlich zu den Beiträgen der Versicherten erhalten die gesetzlichen Krankenkassen den sogenannten Bundeszuschuss aus Steuermitteln und – insbesondere im Zuge der Coronavirus-Pandemie – einen Extrazuschuss, um Finanzierungslücken, beispielsweise verursacht durch die pandemiebedingten Mehrausgaben, zu kompensieren (BMG 2025b). Laut GKV-Spitzenverband ist auch mit der vom GKV-Schätzerkreis empfohlenen Anhebung der Zusatzbeiträge im Jahr 2026 nicht von einer nachhaltigen Finanzierung der GKV auszugehen (GKV-Spitzenverband 2025). Deshalb hat der Druck auf die Politik, grundlegende Reformen zur Ausgabenbegrenzung anzustoßen, zuletzt noch weiter zugenommen. Eine wesentliche Herausforderung wird darin bestehen, diese Reformen so zu gestalten, dass die angestrebte Begrenzung der Ausgaben nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung, zu einem höheren Verwaltungsaufwand oder zu einer einseitigen Benachteiligung bestimmter Gruppen der Bevölkerung führt.

In diesem Kontext ist erneut der Vorschlag einer Kontaktpauschale aufgekommen: Für jeden Arztkontakt sollen Patienten einen pauschalen Betrag bezahlen. Die zugrunde liegende Idee ist, über eine Beteiligung der Patienten an den Versorgungskosten eine Lenkungswirkung zu erzielen und potenziell unnötige Arztbesuche zu verhindern. Ökonomisch begründet sich der Vorschlag im sogenannten *moral hazard* (auf Deutsch: moralisches Risiko oder moralische Versuchung): Es wird von einer ständigen Versuchung für Patienten ausgegangen, mehr medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, als sie eigentlich benötigen, weil es für sie keine Kosten verursacht. In den meisten Kontexten, in denen dieses Konzept zur An-

wendung kommt, geht es um Situationen, in denen ein Teil der Beteiligten einen deutlichen Informationsvorsprung ausnutzen kann. Lehrbuchbeispiele sind unvorsichtiges Autofahren bei Vollkasko-Versicherung oder ein Verschleiern der eigenen Produktivität, um Sozialleistungen zu erhalten. Inwieweit im Falle der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung davon ausgegangen werden kann, dass diese wider besseres Wissen passiert, sollte zumindest hinterfragt werden.

2 Gesundheitsökonomische Einordnung der Annahmen

Betrachtet man den Vorschlag einer Kontaktpauschale aus der Perspektive der ökonomischen Theorie, könnte sie auf den ersten Blick eine durchaus sinnvolle Strategie zur effizienteren Steuerung der Inanspruchnahme sein. Ökonomen sprechen hier von einer Internalisierung der verursachten Kosten, die aufgrund der Krankenversicherung von den Patienten ansonsten nicht berücksichtigt werden. Ziel ist es, dem beschriebenen *moral hazard* vorzubeugen und eine vermeintliche sorglose Übernutzung des Systems zu verhindern. Dem liegen jedoch drei Annahmen zugrunde, die es zu diskutieren gilt:

1. Es liegt tatsächlich Überversorgung vor: Patienten erhalten mehr Versorgung, als sie benötigen.
2. Patienten können ihren Versorgungsbedarf einschätzen, sodass sie immer notwendige von überflüssigen Arztkontakten unterscheiden können.
3. Ärzte entscheiden allein aufgrund von medizinischen Indikationen über Art, Umfang und Häufigkeit der Kontakte beziehungsweise Behandlungen und verhalten sich dabei kosten- beziehungsweise umsatzminimierend.

Annahme 1 ist empirisch nur schwer zu überprüfen, da hierfür eine exakte Bewertung individueller Diagnosen und Behandlungen erforderlich wäre. Betrachtet man die Entwicklung der Versorgungszahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) (Mangiapanne et al. 2025), so zeigt sich der stärkste prozentuale Anstieg der Zahl an Behandlungsfällen zwischen 2021 und 2022, was zumindest zum Teil auf das Ende der pandemiebedingten Shutdown-Phasen zurückzuführen sein dürfte. Ferner zeigt sich, dass die stärkste Zunahme an Versorgungsfällen bei Kinderärzten

Abbildung 1 Haus- und Facharztkontakte 2021 bis 2024

	Hausärzte	Fachärzte	Kinderärzte	Sonstige Ärzte	Psychotherapeuten	Gesamt
2021	188.373.414	318.388.853	25.728.338	24.899.012	12.283.622	565.048.765
2022	194.562.763	320.637.377	28.124.597	26.564.339	12.792.104	577.890.358
2023	187.578.133	324.470.390	27.648.543	27.306.478	13.475.487	575.703.734
2024	187.849.914	327.539.234	27.993.880	26.737.442	14.070.779	579.397.323

Die Gesamtzahl der Arztkontakte ist im Betrachtungszeitraum gestiegen. Das gilt auch für alle aufgeführten Gruppen außer den Hausärzten. Am größten ist der Anstieg bei den Fachärzten mit rund drei Millionen jährlich.

(+9,1 Prozent von 2021 bis 2022) und Psychotherapeuten (+14,5 Prozent von 2021 bis 2024) zu verzeichnen war, was ebenfalls mit großer Wahrscheinlichkeit auch mit den Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie und den Shutdowns beziehungsweise deren Beendigung zusammenhängen dürfte. In absoluten Zahlen fällt der Anstieg an Versorgungsfällen bei Hausärzten um rund 6,2 Millionen Fälle zwischen 2021 und 2022 auf, der jedoch durch einen Rückgang zwischen 2022 und 2023 in ähnlicher Größenordnung kompensiert wurde, während die Nutzung von Fachärzten jährlich um rund drei Millionen Versorgungsfälle zunimmt (Abbildung 1). Ob es sich um eine patienteninduzierte Erhöhung der Inanspruchnahme, einen tatsächlich erhöhten Versorgungsbedarf oder eine angebotsseitig induzierte Überversorgung handelt, lässt sich anhand solcher Statistiken nicht beurteilen.

Annahme 2 erscheint sowohl aus gesundheitsökonomischer Perspektive als auch aus Versorgungsforschungsperspektive unrealistisch. Der 1963 erschienene Artikel „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care“ von Wirtschaftsnobelpreisträger Kenneth Arrow (1963) gilt manchen in der internationalen Forschungscommunity als Grundstein des Faches Gesundheitsökonomie (Savvedoff 2004). Dort beschreibt Arrow den Informationsvorsprung von Ärzten gegenüber ihren Patienten als Ursache für Marktversagen und Wohlfahrtsverluste. Patienten können – aufgrund fehlenden medizinischen Fachwissens – schwer beurteilen, welche Behandlungen notwendig und zielführend sind. Da es immer nur um Erfolgswahrscheinlichkeiten geht und eine hundertprozentige Erfolgs-

garantie praktisch niemals gegeben werden kann, können die Patienten auch nicht am Krankheitsverlauf beziehungsweise dem Behandlungserfolg ablesen, ob sie es mit einem gut ausgebildeten Arzt zu tun haben, der Behandlungsentscheidungen ausschließlich im Interesse des Patienten trifft (Arrow 1963). Die zugrunde liegende Feststellung, dass Patienten ohne medizinische Ausbildung auf die Fachmeinung ihrer Ärzte angewiesen sind und das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten fundamental für eine zielführende Behandlung ist, kann niemand ernsthaft infrage stellen. Geht man aber davon aus, dass Patienten Art und Umfang der notwendigen Behandlungen nicht im Detail abschätzen können, so kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass sie im Falle der Einführung einer Kontaktpauschale mit ausreichender Sicherheit beurteilen können, wann die Ausgaben für einen Arztbesuch notwendig sind. Auch Jürges (2007) weist darauf hin, dass eine Stärkung der Eigenverantwortung von Patienten grundsätzlich wünschenswert ist, Letztere im Zweifelsfall aber kaum beurteilen können, ob Art, Umfang und Terminierung von Untersuchungen und Behandlungen medizinisch sinnvoll und angemessen sind.

Für Annahme 3 ist – genau wie für Annahme 1 – eine empirische Überprüfung schwierig. Folgt man erneut der ökonomischen Theorie (Breyer et al. 2013), haben Ärzte einen Anreiz, ihr Einkommen zu maximieren und gegebenenfalls Behandlungen oder Abläufe vorzuschlagen, die – im Idealfall ohne gesundheitliche Nachteile für die Patienten – das Praxiseinkommen maximieren. Hinzu kommt, dass das Behandlungs-

Quelle: Mangiapane (2025), eigene Darstellung;
 Grafik: G+G Wissenschaft 2025

ergebnis keine sicheren Rückschlüsse auf die Qualität der Behandlung oder die Motivation des Arztes zulässt: Ein ausbleibender Behandlungserfolg oder eine falsche Diagnose kann ein ehrlicher Irrtum oder eine Einkommensmaximierung sein, eine Verbesserung kann auch bei der bestmöglichen Behandlung ausbleiben oder, zumindest in einigen Fällen, trotz einer nicht optimalen Behandlung eintreten (*Arrow 1963*). Vor diesem Hintergrund erscheint die Annahme, dass die zuletzt steigende Zahl von Versorgungsfällen und die im internationalen Vergleich hohe Zahl jährlicher Arztkontakte pro Kopf überwiegend durch patientenseitiges Fehlverhalten in Form von unnötiger Inanspruchnahme erklärt werden kann, diskussionswürdig.

3 Mögliche Ursachen für häufige Arztkontakte

Häufige Arztbesuche können unterschiedliche Gründe haben. Zwei davon sollen im Folgenden beleuchtet werden.

3.1 Durch Regulierung notwendige Arztkontakte

Ein Aspekt, der bei der Bewertung der Inanspruchnahmezahlen in Deutschland berücksichtigt werden muss, sind die Organisationsstrukturen des Gesundheitssystems und der einzelnen Leistungserbringer sowie die bürokratischen und regulatorischen Rahmenbedingungen. Die bis zum Oktober 2025 gültige Budgetierung von Verordnungen bedeutete beispielsweise einen Anreiz für Arztpraxen, Patienten für bestimmte Verordnungen an andere (Fach-)Arztpraxen zu verweisen, um nur die fachgruppenspezifische Versorgung zu übernehmen und so das eigene Budget zu schonen. Bisher wurden in solchen Fällen möglicherweise medizinisch nicht erforderliche Arztkontakte ausgelöst, die lediglich zur Ausstellung eines Folge Rezepts stattfanden. Auch wenn diese Regelung zum Oktober 2025 abgeschafft wurde, sodass Hausarztpraxen keine Budgetobergrenze bei Verordnungen mehr haben und auch Weiter- beziehungsweise Dauermedikation von beteiligten Fachärzten leichter mit übernehmen können, müssen die möglichen Anreizwirkungen der bisherigen Regulierung bei der Bewertung der Arzt-Patienten-Kontakte in den zurzeit verfügbaren Routinedaten berücksichtigt werden.

3.2 Arztinduzierte Kontakte und Fehlanreize

Ein weiterer Aspekt, der bei der Frage einer sinnvollen und wirtschaftlichen Steuerung von Arztkontakten berücksichtigt werden muss, sind mögliche Fehlanreize im Vergütungssystem. Gesundheitsökonomisch beschreibt der Begriff Fehlanreiz eine Konstellation, in der ein unerwünschtes Verhalten stärker belohnt wird als ein erwünschtes Verhalten. Es muss betont werden, dass das bloße Vorliegen eines Fehlanreizes nicht zwangsläufig bedeutet, dass die jeweiligen Akteure diesem auch folgen.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der zurzeit die Grundlage für die Abrechnung ambulanter Versorgungsleistungen in der GKV bildet (*KBV 2025*), sieht eine Vergütung nach Diagnosen, Behandlungen und Patientenkontakten vor, wobei die Höhe der Vergütung durch die Diagnosestellung in nicht eindeutigen Fällen sowie durch die Festlegung von Behandlungsabläufen und -terminen beeinflusst werden kann. Zudem besteht ein möglicher Anreiz für Ärzte, ihre Patienten in regelmäßigen Abständen – bisher einmal pro Quartal – zur Geltendmachung der Versorgungsbeziehungsweise Vorhaltepauschalen einzubestellen. Der EBM setzt dafür einen persönlichen oder virtuellen (Video-Sprechstunde) Kontakt voraus (*ebenda*), ohne den ein Vergütungsanspruch in der Regel nicht geltend gemacht werden kann.

Gleichzeitig sind niedergelassene Ärzte im deutschen Gesundheitssystem wirtschaftlich selbstständig. Sie müssen also als Kleinunternehmer für den nötigen Praxisumsatz sorgen, um die laufenden Kosten für den Praxiserhalt und das Personal sowie das eigene Einkommen zu generieren. Darüber hinaus haben Ärzte unbestreitbar einen deutlichen Informationsvorsprung, sowohl durch die Nähe zum Patienten gegenüber den Krankenkassen als auch durch ihr Fachwissen gegenüber den Patienten. Auch wenn davon auszugehen ist, dass Ärzte die nach ihrer fachlichen Einschätzung für ihre Patienten medizinisch optimalen Entscheidungen treffen, haben sie bei der Umsetzung Handlungsspielräume, innerhalb derer sie Terminierungen und Behandlungsabläufe auch so gestalten können, dass sie auch aus Sicht der GKV nicht kostenminimal sind. Anders ausgedrückt dürfte darin, dass Ärzte als wirtschaftlich selbstständige Unternehmer eine bestmögliche Dienstleistung erbringen sollen, dabei aber umsatzminimierend agieren und trotzdem

wirtschaftlich arbeiten sollen, wobei eine Überprüfung von Diagnosen, Behandlungen und Abrechnungen kaum mit vertretbarem Aufwand möglich ist, ein sehr starker Fehlanreiz liegen. Inwieweit das derzeitige Vergütungssystem eine zielführende und konsistente Anreizstruktur in der ambulanten Versorgung darstellt, hinterfragt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege in seinem Gutachten von 2024 (SVR 2024; vergleiche *Schreyögg und Messerle 2025*).

4 Mögliche Auswirkungen einer Kontaktpauschale

Zur Abschätzung der Auswirkungen einer Kontaktpauschale lassen sich die Erfahrungen mit der historischen Praxisgebühr, die Evidenz zu finanziellen Belastungen durch Krankheit und die Überlegung zur Vermeidung notwendiger Arztkontakte heranziehen.

4.1 Steuerungswirkung der Praxisgebühr

In Deutschland gab es zwischen 2004 und 2012 bereits Erfahrungen mit einer Kontaktpauschale für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Anders als die zurzeit diskutierte Kontaktpauschale, die für jeden Arztbesuch fällig würde, sollte die damalige Praxisgebühr eine Steuerungswirkung entfalten. Für Patienten, die einmalig pro Quartal die Praxisgebühr gezahlt hatten, waren damals alle weiteren Arztbesuche innerhalb des Quartals kostenlos. Die Bedingung dafür war, dass bei der Inanspruchnahme weiterer Ärzte eine Überweisung vorlag, ansonsten musste die Praxisgebühr mehrfach gezahlt werden.

Empirisch konnte keine klare Steuerungswirkung der Praxisgebühr gefunden werden (*Schreyögg und Grabka 2010; Zok 2005*). In der von Zok veröffentlichten Studie des WIdO wurden Versicherte in den Jahren 2004 und 2005 zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten befragt. Dabei zeigte sich, dass die wesentliche Reaktion auf die Praxisgebühr darin bestand, dass Patienten sich bei der (planbaren) Inanspruchnahme an den kalendarischen Quartalen orientierten, um Mehrfachzahlungen zu vermeiden. Zudem zeigte sich, dass – vermutlich durch die Notwendigkeit einer Überweisung zur Vermeidung von Mehrfachzahlungen – die koor-

dinierende Position von Hausärzten gestärkt wurde. In einer ökonomischen Auswertung zeigten Schreyögg und Grabka (2010) zudem, dass die Praxisgebühr nicht signifikant zu einem Rückgang der Inanspruchnahme unter gesetzlich Versicherten führte.

4.2 Finanzielle Belastungen durch Krankheit

Ein über Jahrzehnte immer wieder bestätigter Befund ist, dass der Versorgungsbedarf, insbesondere durch chronische Krankheiten, in ärmeren Haushalten sowie unter älteren Menschen besonders hoch ist (*Devaux 2015; Doorslaer and Koolman 2004; Geyer 2025; Lueckmann et al. 2021*). Der Zusammenhang zwischen niedrigem Einkommen und Morbidität bedeutet aber auch, dass Haushalte mit geringeren Einkommen stärker von einer Kontaktpauschale betroffen wären als reichere Haushalte. In einer Analyse der direkten Gesundheitsausgaben (Zu- und Selbstzahlungen) zeigten Nübler et al. (2023), dass direkte Gesundheitsausgaben in der deutschen GKV überproportional Haushalte mit niedrigeren Einkommen belasten. Besonders auffällig waren dabei Zuzahlungen, die pauschal oder in einer strikt eingegrenzten Höhe anfallen, wie beispielsweise Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten oder die damalige Praxisgebühr. Diese Art von Ausgaben machten einen größeren Anteil des Nettoeinkommens in ärmeren als in reicheren Haushalten aus und hatten einen regressiven Umverteilungseffekt durch pauschale Zuzahlungen, der die Einkommensungleichheit, wenn auch nur in geringem Umfang, noch verstärkte (*ebenda*).

Eine weitere potenzielle Konsequenz von direkten Gesundheitsausgaben sind finanzielle Härten. Der Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgt zur Identifikation von finanziellen Härten einem Konzept, das auf Zahlungsfähigkeit beruht. Dafür wird zunächst ein Existenzminimum bestimmt, das nicht angetastet werden soll. Von finanziellen Härten wird dann ausgegangen, wenn der Anteil der Gesundheitsausgaben an den nicht existenziellen Ausgaben – also denen, die über das Existenzminimum hinausgehen – mehr als 40 Prozent beträgt (*Cylus et al. 2024*). Eine Stärke dieses Ansatzes liegt darin, dass mit dem Existenzminimum eine Armutsgrenze in die Betrachtung einbezogen wird, sodass bei Haushalten unterhalb des Existenzminimums jede Ausgabe für Gesundheit als finanzielle Härte gewertet wird und auch Haushalte

identifiziert werden können, die durch Gesundheitsausgaben verarmen.

In einem Bericht für das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) untersuchten Siegel und Busse (2018) die direkten Gesundheitsausgaben und das Risiko für finanzielle Härten gesetzlich Versicherter in Deutschland. Beim Vergleich der Jahre 2003, 2008 und 2013 zeigte sich, dass das Risiko für finanzielle Härten im Jahr 2008, also zur Zeit der Praxisgebühr, mit 3,2 Prozent der Haushalte deutlich höher war als in den Jahren 2003 (1,8 Prozent) und 2013 (2,4 Prozent), in denen keine Praxisgebühr erhoben wurde. Wie bei der Verteilung der Gesundheitsausgaben in Nübler et al. (2023) zeigte sich auch beim Auftreten finanzieller Härten eine überproportionale Belastung ärmerer Haushalte (**Abbildung 2**).

4.3 Vermeidung notwendiger Arztkontakte

Ein weiteres Risiko bei direkten Gesundheitsausgaben ist, dass Patienten diese unter Umständen trotz Vorliegen eines Versorgungsbedarfes vermeiden. Das kann besonders bei multimorbiden Patienten, deren Erkrankungen eine komplexe Diagnostik, regelmäßige Kontrolle und kontinuierliche Medikation unter Beteiligung mehrerer spezialisierter Fachdisziplinen erfordert, zum Problem werden. Kommt es zu einer Vermeidung notwendiger Arztkontakte und in der Folge zu einer lückenhaften Betreuung und nicht ausreichender, unregelmäßiger oder abgebrochener Medikation, kann dies zu deutlichen Zustandsverschlechterungen führen, die bis zu Krankenhausaufenthalten und einem Versterben von Patienten führen können. Finanzielle Zugangsbarrieren, die Versicherte schlechterdings von notwendiger ambulanter Versorgung fernhalten, können durch Komplikationen und Krankenhausaufenthalte dann zu hohen Kosten führen.

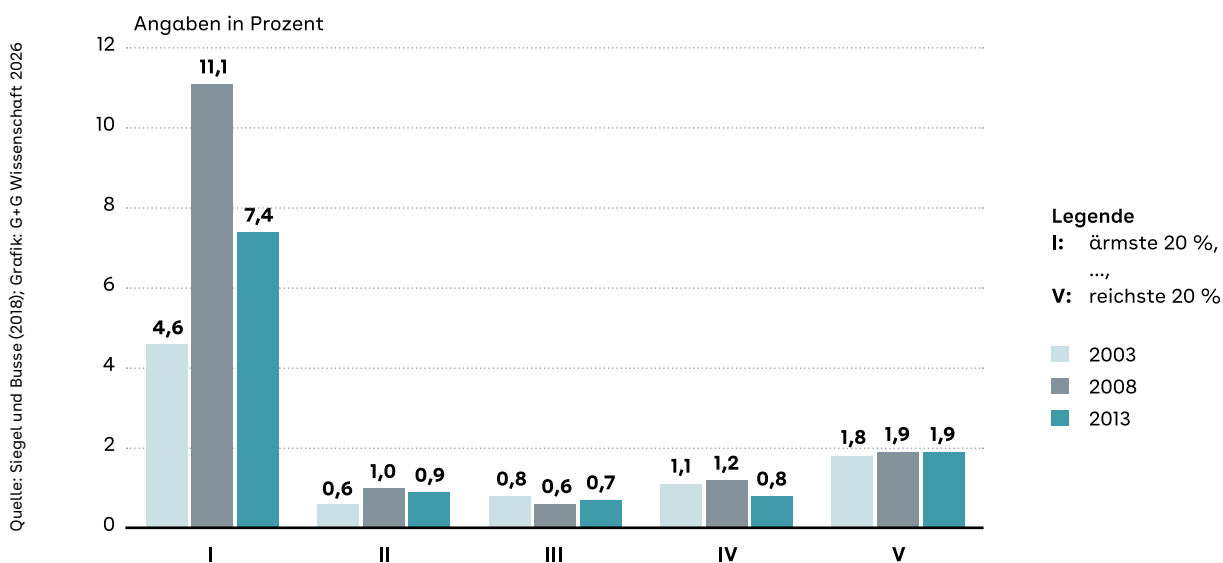
Unerfüllter Versorgungsbedarf (sogenannter *unmet need*) stellt folglich nicht nur ein Risiko für Patienten dar, sondern kann langfristig auch ein Kostentreiber für ein Gesundheitssystem werden. Schreyögg und Grabka (2010) finden zwar weder eine nennenswerte Steuerungswirkung noch Evidenz für einen erhöhten unerfüllten Versorgungsbedarf durch die Praxisgebühr, argumentieren aber, dass die Gebühr nur gering war und sie deshalb auch keine negativen Effekte auf den subjektiven Zugang zur Versorgung hatte.

Das deckt sich mit dem Ergebnis von Zok (2005), dass Patienten nicht seltener Ärzte aufsuchten, aber dazu neigten, Termine für Arztbesuche an den jeweiligen Quartalen auszurichten, um die Ausgaben für die nur quartalsweise fällige Praxisgebühr möglichst gering zu halten. Zok (*ebenda*) zeigt auch, dass einkommensschwache Versicherte kurzfristig mit einer Vermeidung von Arztkontakten reagiert haben. Dieser Effekt war jedoch nach einem Jahr wieder verschwunden.

5 Diskussion und Fazit

Ein niederschwelliger Zugang zu medizinischer Versorgung für alle sozioökonomischen Gruppen ist entscheidend für eine effektive und adäquate Gesundheitsversorgung (Lueckmann et al. 2021). Die zu befürchtenden negativen Auswirkungen einer Kontaktpauschale, insbesondere finanzielle Überforderung von ärmeren und multimorbiden Patienten, bergen erhebliches gesellschaftliches Konfliktpotenzial. Im Kontext von geringen Renten und Altersarmut würde es eine Gruppe mit durchschnittlich erhöhtem Versorgungsbedarf besonders hart treffen. Mögliche Ausgleichsmaßnahmen wären erstens eine Rentenerhöhung – und damit nur Umschichtung von Kosten innerhalb des Sozialstaates –, zweitens ein Inkaufnehmen von finanziellen Härten oder Vermeiden und Verschieben von Behandlungs- und Vorsorgeterminen unter multimorbiden Menschen mit geringen Renten – und damit eine Zunahme der Altersarmut durch Gesundheitsausgaben – oder drittens eine Zahlungsbefreiung der Ältesten und Kränksten, was eine Kontaktpauschale wiederum in ein uneffektives, aber mit hohem Bürokratieaufwand verbundenes Steuerungsinstrument verwandeln würde. Die von 2004 bis 2012 erhobene Praxisgebühr brachte zwar nicht den erwünschten Steuerungseffekt (Schreyögg und Grabka 2010; Zok 2005), ging aber mit einer erhöhten Häufigkeit von finanziellen Härten (Siegel und Busse 2018) und einer deutlich überproportionalen finanziellen Belastung von ärmeren Haushalten (Nübler et al. 2023) einher. Betrachtet man den empirisch gut belegten Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit und die in Relation zum Einkommen bereits vergleichsweise hohe Belastung von einkommensschwachen Haushalten mit direkten Gesundheitsausgaben, so müsste man erheblichen bürokratischen Zusatzaufwand betreiben, um gegen die inhärenten Widersprüche einer Kontaktpauschale anzugehen und eine Pauschale zu etablieren, die weder zu finanziellen Härten führt noch eine Vermeidung

Abbildung 2 Inzidenz von finanzieller Härte je Einkommensquintil in den Jahren 2003, 2008 und 2013



In allen drei betrachteten Jahren leidet das Fünftel mit den geringsten Einkommen am häufigsten unter finanziellen Härten. Auffällig ist der Wert von 11,1 Prozent im Jahr 2008, also zur Zeit der Praxisgebühr.

von Arztkontakten trotz Vorliegens eines Versorgungsbedarfes provoziert und die gleichzeitig eine nennenswerte Steuerungswirkung entfaltet.

Ein zurzeit diskutierter Vorschlag ist eine gezielte Förderung eines Primärarzt systems, indem nur Facharztbesuche ohne vorherige Hausarzt konsultation und Überweisung zuzahlungspflichtig wären. Dafür müsste genau geprüft werden, welche Fachgruppen eine Primärarzt funktion erfüllen sollen. Das könnten beispielsweise die Gruppen Allgemeinmedizin, hausärztliche Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Gynäkologie, Augenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie sein. Auch hier ist jedoch zu bedenken, dass die gewünschte Steuerungswirkung der Praxisgebühr nicht erzielt wurde (*Schreyögg und Grabka 2010*), sie aber zu einem erheblichen Bürokratieaufwand führte. Bei jedem Arztkontakt musste für jeden Patientenkontakt dokumentiert werden, ob eine Überweisung vorlag, es ein Wiederholungsbesuch im selben Quartal war oder eine Praxisgebühr erhoben und abgeführt werden musste.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Diskussion über Kontaktpauschalen zur Kostenreduktion in der ambulanten Versorgung zu kurz greift, wenn nicht auch die Fehlanreize im Vergütungssystem behoben werden. Gerade wenn Patienten in einem

Primärärztesystem durch Zuzahlungen von einer selbstständigen Kontaktaufnahme abgehalten werden sollen, muss sichergestellt sein, dass das Vergütungssystem so ausgestaltet ist, dass Primärärzten und Patienten durch sinnvolles Hinzuziehen von spezialisierten Fachärzten keine finanziellen Nachteile bei der Weiterbehandlung, beispielsweise durch Folge rezepte für Dauermedikation, entstehen. Auch sollte von der strikten Einteilung in Quartale oder Kalenderjahre abgesehen werden, um ein Aufschieben notwendiger Behandlungen zu vermeiden und Patienten und Ärzten auch bei längeren Wartezeiten zusätzlichen Aufwand durch ein Neuausstellen von Überweisungen zu ersparen.

Literatur

- Arrow KJ (1963): Uncertainty and the Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, Vol. 53, No. 5, 941–973
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2025a): Gesetzliche und private Krankenversicherung; bundesgesundheitsministerium.de → Themen → Krankenversicherung → Online-Ratgeber Krankenversicherung → Gesetzliche und private Krankenversicherung
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2025b): Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung; bundesgesundheitsministerium.de

- Krankenversicherung → Finanzierung → Finanzierungsgrundlagen der GKV
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2013): Gesundheitsökonomik. Berlin/Heidelberg: Springer
- Cylus J et al. (2024): Assessing the Equity and Coverage Policy Sensitivity of Financial Protection Indicators in Europe. *Health Policy*, Vol. 147, September 2024, 105136
- Devaux M (2015): Income-Related Inequalities and Inequities in Health Care Utilization in 18 Selected OECD Countries. *European Journal of Health Economics*, Vol. 16, No. 1, 21–33
- Doorslaer E van, Koolman X (2004): Explaining the Differences in Income-Related Health Inequalities across European Countries. *Health Economics*, Vol. 13, No. 7, 609–628
- Geyer S (2025): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 25, Heft 3, 7–14
- GKV-Spitzenverband (2025): Ergebnis des Schätzerkreises ist keine Entwarnung für 2026. Pressemitteilung vom 15.10.2025; gkv-spitzenverband.de → Über uns → Presse → Pressemitteilungen und Statements → 15.10.2025
- Jürges H (2007): Health Insurance Status and Physician-Induced Demand for Medical Services in Germany: New Evidence from Combined District and Individual Level Data. *SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research*, No. 8. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2025): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 4. Quartal 2025. Berlin; kbv.de → Praxis → Abrechnung → EBM → 1.10.2025 – EBM: 4. Quartal 2025 (PDF)
- Lueckmann SL et al. (2021): Socioeconomic Inequalities in Primary-Care and Specialist Physician Visits: A Systematic Review. *International Journal for Equity in Health*, Vol. 20, Article No. 58
- Mangiapane S, Kretschmann J, Czihal T, Stillfried D von (2025): Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung. Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2024. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
- Nübler L, Busse R, Siegel M (2023): The Role of Consumer Choice in Out-of-Pocket Spending on Health. *International Journal for Equity in Health*, Vol. 22, Article No. 24
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2023): *Health at a Glance 2023: OECD indicators*; oecd.org → Publications → Health at a Glance 2025 → In the same series: Health at a Glance 2023
- Savedoff WD (2004): Kenneth Arrow and the Birth of Health Economics. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 82, No. 2, 139–140
- Schreyögg J, Grabka M (2010): Copayments for Ambulatory Care in Germany: A Natural Experiment Using a Difference-in-Difference Approach. *European Journal of Health Economics*, Vol. 11, No. 3, 331–341
- Schreyögg J, Messerle R (2025): Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im Wandel. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 25, Heft 2, 7–15
- Siegel M, Busse R (2018): Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Germany. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege) (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024
- Zok K (2005): Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr – Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. *WIdOmonitor*, Jg. 2, Heft 2, 1–7

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 26. November 2025)

Der Autor



Prof. Dr. rer. pol. Martin Siegel, Jahrgang 1980, studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität zu Kiel und promovierte an der Universität zu Köln. Nach der Promotion arbeitete er erst als wissenschaftlicher Mitarbeiter, dann als Juniorprofessor für Empirische Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität Berlin. Er schloss 2024 seine Habilitation im Fach Public Health ab und ist seit Juli 2025 Professor für Allgemeine Volkswirtschaftslehre (AVWL), Gesundheitsökonomie und Ökonometrie an der Universität Greifswald.

Kontakt

Prof. Dr. rer. pol. Martin Siegel, Lehrstuhl für AVWL, Gesundheitsökonomie und Ökonometrie, Universität Greifswald, Friedrich-Loeffler-Straße 70, 17489 Greifswald, Telefon: 03834 4202456, E-Mail: martin.siegel@uni-greifswald.de