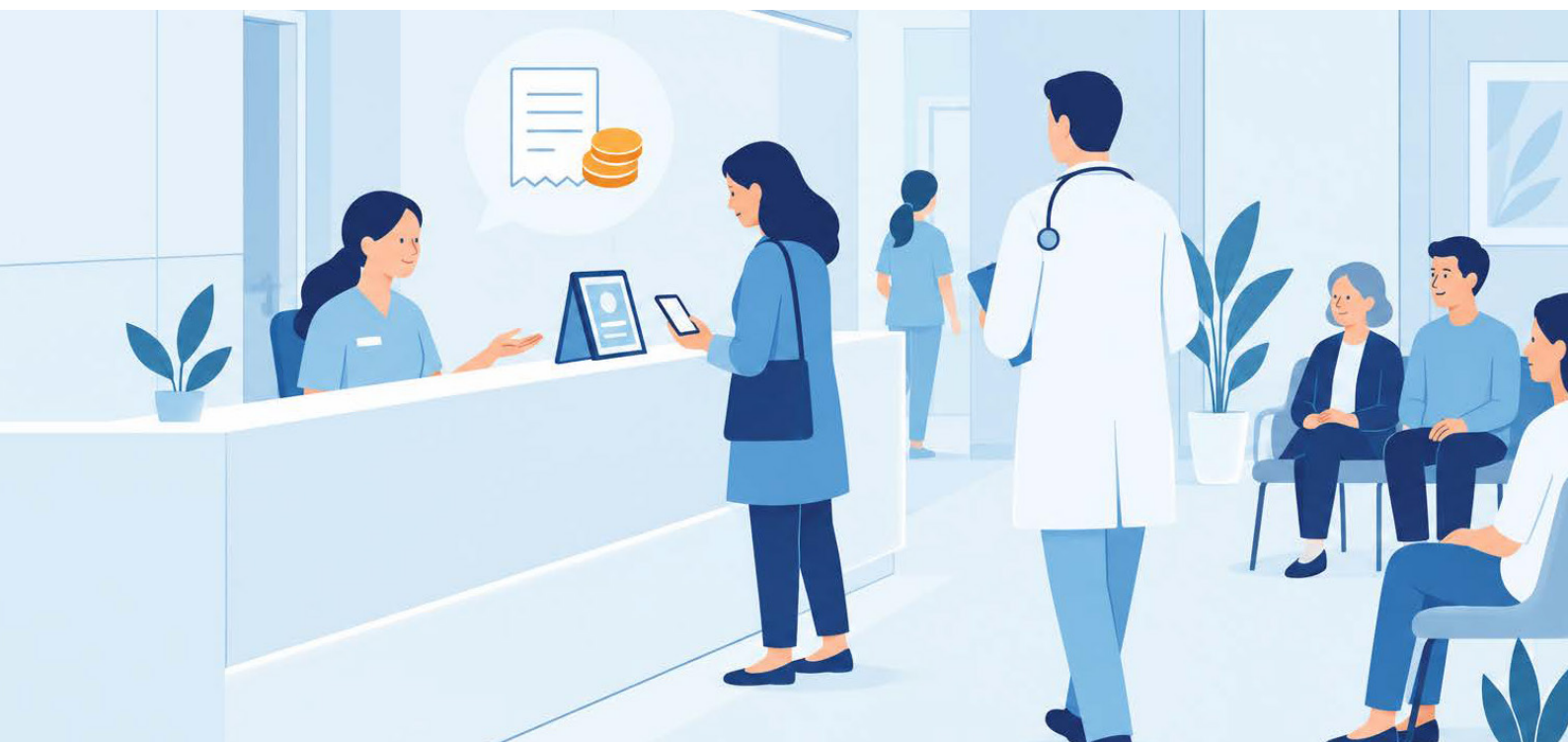




Praxisgebühr, Kontaktgebühr und Selbstbeteiligung in der ambulanten Versorgung

Erfahrungen und gesundheitsökonomische Einordnung

Dr. Frank Wild

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de
Oktober 2026
ISBN 978-3-9827312-5-4

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Erfahrungen und Erkenntnisse der Praxisgebühr.....	4
2.1	Zielsetzung und Ausgestaltung.....	4
2.2	Kurzfristige Effekte auf die Inanspruchnahme.....	4
2.3	Langfristige Wirkung und Versorgungskoordination.....	5
2.4	Verteilungswirkungen und mögliche unerwünschte Effekte.....	5
2.5	Fiskalische Wirkung und administrativer Aufwand	5
3.	Gesundheitsökonomische Bewertung von Selbstbehalten bei Arztbesuchen	7
3.1	Versicherungsschutz, Moral Hazard und Preissignale	7
3.2	Empirische Evidenz zu Eigenbeteiligungen	7
3.3	Ausgestaltungsprinzipien	8
4.	Internationale Einordnung von Selbstbehalten bei Arztbesuchen	10
5.	Selbstbehalte und die Stabilisierung der GKV-Finanzen.....	11
5.1	Direkter und indirekter Finanzierungseffekt.....	11
5.2	Größenordnung einer heutigen Kontaktgebühr.....	11
6.	Schlussfolgerungen.....	13
	Literatur	14
	WIP-Veröffentlichungen seit 2018	15

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit meist das generische Maskulinum verwendet. Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

1 Einleitung

Steigende Leistungsausgaben, demografische Veränderungen und ein begrenzter Spielraum für weitere Beitragssatzsteigerungen erhöhen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Druck, nach Instrumenten zur Stabilisierung der Finanzierung zu suchen. Die FinanzKommission Gesundheit (FKG) legte im März 2026 einen ersten Bericht zur Konsolidierung der GKV-Finzen mit 66 Maßnahmen vor. Für Dezember 2026 wird ein zweiter Bericht mit Vorschlägen für strukturelle Veränderungen erwartet. Parallel dazu verabschiedeten Bundestag und Bundesrat im Juli 2026 das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, das einen Anstieg der Zusatzbeiträge in der GKV für 2027 verhindern soll. Das Gesetz orientiert sich am ersten Bericht der FKG. Es enthält jedoch darüber hinaus weitere Elemente, wie die Erhöhung der Beitragsbemessungs- und der Versicherungspflichtgrenze, wodurch es sich vom Grundgedanken der FKG, einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, in einigen Punkten entfernt hat.

Im Rahmen der Debatte um die GKV-Defizite stellt sich auch die Frage, ob Versicherte bei der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wieder stärker an den Kosten beteiligt werden sollten. Selbstbeteiligungen können dabei grundsätzlich zwei Funktionen erfüllen: Sie leisten einen unmittelbaren Finanzierungsbeitrag und setzen zugleich ein Preissignal, das die Inanspruchnahme beeinflussen kann. Ob daraus eine effizienzsteigernde Steuerungswirkung entsteht, hängt allerdings entscheidend davon ab, welche Arztkontakte vermieden werden und wie das Instrument konkret ausgestaltet ist.

Die Debatte knüpft zwangsläufig an die Erfahrungen mit der früheren Praxisgebühr an. Von 2004 bis 2012 mussten erwachsene GKV-Versicherte 10 Euro pro Quartal entrichten, wenn sie ambulante ärztliche oder zahnärztliche Leistungen in Anspruch nahmen. Die Praxisgebühr war politisch umstritten und wurde zum 1. Januar 2013 wieder abgeschafft. Ihre damalige Ausgestaltung und die empirischen Erfahrungen werden häufig als Argument gegen eine erneute Eigenbeteiligung beim Arztbesuch angeführt. Eine solche Schlussfolgerung greift jedoch zu kurz. Einerseits sind die Erfahrungen mit der Praxisgebühr differenziert zu betrachten und erlauben keine pauschale Bewertung. Andererseits ist die Wirksamkeit wesentlich von ihrer Ausgestaltung abhängig. Denkbar sind zum Beispiel kontaktbezogene Zuzahlungen oder gestaffelte Selbstbehalte in Abhängigkeit vom Versorgungspfad.

Das vorliegende Papier ordnet die Erfahrungen mit der Praxisgebühr aus gesundheitsökonomischer Sicht ein und untersucht, welche Lehren sich daraus für eine heute anders konzipierte Eigenbeteiligung in der ambulanten Versorgung ziehen lassen. Im Mittelpunkt stehen die empirischen Erfahrungen mit der Praxisgebühr, die gesundheitsökonomische Funktion von Selbstbeteiligungen, die internationale Einordnung, ihre mögliche Rolle für die GKV-Finanzierung sowie die Bewertung der aktuellen Diskussion durch die FKG.

Die Analyse stützt sich vorrangig auf die Literatur zur Praxisgebühr und auf einschlägige gesundheitsökonomische Studien zu Selbstbeteiligungen.

2 Erfahrungen und Erkenntnisse der Praxisgebühr

2.1 Zielsetzung und Ausgestaltung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Praxisgebühr zum 1. Januar 2004 eingeführt. Sie betrug 10 Euro pro Quartal und war beim ersten ambulanten Arzt- oder Zahnarztbesuch zu entrichten. Mit der Regelung verfolgte der Gesetzgeber zwei Ziele: Zum einen sollte die Praxisgebühr einen unmittelbaren Beitrag zur Konsolidierung der GKV-Finzen leisten. Zum anderen sollte sie die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und eine weniger intensive beziehungsweise besser koordinierte Inanspruchnahme ambulanter Leistungen erreichen (Grabka et al. 2005).

Für die Bewertung der damaligen Erfahrungen ist die konkrete Konstruktion zentral. Die Gebühr war keine Zuzahlung je Arztkontakt. Nach dem ersten gebührenpflichtigen Kontakt konnten sich Versicherte Überweisungen zu weiteren Ärzten ausstellen lassen. Bei Nutzung dieser Überweisungen mussten Versicherte im selben Quartal keine weitere Gebühr entrichten. Damit entstand zwar ein finanzieller Anreiz, den ersten Arztkontakt eines Quartals abzuwägen und weitere Arztkontakte über Überweisungen zu koordinieren. Nach Entrichtung der Gebühr war der Grenzpreis zusätzlicher koordinierter Kontakte für den Versicherten jedoch wieder null. Gerade diese Eigenschaft begrenzte die Möglichkeit einer kontinuierlichen Mengensteuerung.

2.2 Kurzfristige Effekte auf die Inanspruchnahme

Die empirische Literatur zeichnet kein vollständig einheitliches Bild, spricht aber für einen kurzfristigen Rückgang der Inanspruchnahme nach Einführung der Praxisgebühr. Grabka et al. (2009) ermittelten auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels zwischen 2003 und 2004 einen Rückgang der durchschnittlichen Zahl der Arztkontakte um rund 0,24 Kontakte beziehungsweise 8,8 Prozent. Andere Analysen kommen auf geringere Effekte. Insgesamt bewegt sich die in den vorliegenden Studien berichtete Größenordnung des kurzfristigen Rückgangs etwa zwischen 2,9 und 8,8 Prozent.

Für die gesundheitsökonomische Bewertung ist nicht allein die Zahl der vermiedenen Kontakte relevant, sondern vor allem deren medizinische Bedeutung. Eine Reduktion der Inanspruchnahme ist nicht per se wohlfahrtssteigernd: Entscheidend ist, ob vor allem Kontakte mit geringem zusätzlichem medizinischem Nutzen entfallen oder ob auch notwendige Versorgung unterbleibt. Augurzky et al. (2007) finden Hinweise darauf, dass sich die Reduktion insbesondere auf eher triviale beziehungsweise kostengünstige Kontakte konzentrierte. Besonders bei 20- bis 39-Jährigen gingen Kontakte bei Allgemeinärzten und Arztbesuche wegen leichter akuter Störungen, etwa Infekten oder Gastritis, zurück. Grabka et al. interpretieren ihre Befunde ebenfalls dahingehend, dass die Praxisgebühr die Kontakthäufigkeit beeinflusst und die unsystematische Mehrfachinanspruchnahme begrenzt, während gesundheitlich notwendige Arztbesuche weiterhin erfolgen.

Die FKG fasst die empirische Literatur zurückhaltender zusammen. Danach zeigen Studien zur Praxisgebühr entweder keinen oder einen leichten Rückgang der ambulanten Arztkontakte. Farbmacher und Winter (2013) identifizieren insbesondere bei jungen Erwachsenen sowie bei gesünderen Versicherten einen Rückgang. Die Kommission kommt daher zu dem Schluss, dass die Gesamtzahl der ambulanten Kontakte nicht wesentlich verändert wurde, gleichwohl aber eine gewisse Steuerung der Inanspruchnahme stattgefunden hat.

2.3 Langfristige Wirkung und Versorgungskoordination

Für eine dauerhaft dämpfende Wirkung der Praxisgebühr ist die Evidenz schwächer. In der Literatur wird darauf verwiesen, dass Studien nach 2010 keine stabile verhaltensinduzierte Wirkung mehr nachweisen konnten. Dies ist mit der Ausgestaltung des Instruments vereinbar: Sobald die Gebühr innerhalb eines Quartals entrichtet war, bestand für weitere koordinierte Kontakte kein zusätzliches Preissignal. Ein Gewöhnungseffekt und die Bündelung von Arztkontakten innerhalb gebührenpflichtiger Quartale konnten die Steuerungswirkung zusätzlich reduzieren.

Interessant sind in diesem Zusammenhang Befunde für die Zeit nach der Abschaffung. Olm (2022) berichtet für Bayern einen deutlichen Rückgang des Anteils hausärztlich gesteuerter Patienten von 49,6 Prozent im Jahr 2011 auf 15,5 Prozent im Jahr 2016. Ungesteuerte Patienten wiesen höhere ambulante Facharztkosten auf als gesteuerte Patienten; der Kostenunterschied nahm nach Abschaffung der Praxisgebühr zu. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Praxisgebühr neben ihrer begrenzten Mengenwirkung auch einen Koordinationseffekt über das Überweisungssystem entfaltet haben kann. Sie erlauben allerdings keine einfache kausale Gleichsetzung zwischen Abschaffung der Gebühr und späterer Kostenentwicklung.

2.4 Verteilungswirkungen und mögliche unerwünschte Effekte

Die Verteilungswirkungen gehören zu den zentralen Einwänden gegen Selbstbeteiligungen. Die Studien zur Praxisgebühr sind hierzu nicht eindeutig. Dabei ist zwischen objektiv gemessener Inanspruchnahme und subjektiv berichteter Belastung beziehungsweise Nichtinanspruchnahme zu unterscheiden. Grabka et al. finden keine besonders negative Veränderung der gemessenen Arztinanspruchnahme in unteren Einkommensgruppen. Auch andere Untersuchungen weisen nicht auf eine systematische Ausgrenzung einkommensschwacher Versicherter hin. Demgegenüber berichten Rückert et al. (2008), dass chronisch Kranke und Personen mit niedrigerem Einkommen häufiger angaben, Arztbesuche aufgrund der Praxisgebühr verschoben oder vermieden zu haben. Die Befunde erfassen damit unterschiedliche Dimensionen möglicher Verteilungswirkungen.

Die FKG weist auf denselben Befundkonflikt hin. Querschnittsbefragungen zeigen subjektiv wahrgenommene finanzielle Belastungen und unterlassene Kontakte bei Personen mit geringem Einkommen. Eine Längsschnittstudie vor und nach Einführung der Praxisgebühr fand hingegen weder bei einkommensschwachen noch bei chronisch kranken Versicherten insgesamt einen Rückgang der Arztkontakte. Als mögliche Erklärung nennt die Kommission die Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V sowie die Möglichkeit, Kontakte innerhalb eines Quartals nach einmaliger Zahlung zu bündeln.

Zu beachten sind mögliche nicht intendierte Effekte, etwa eine Reduktion von Präventionsleistungen oder eine Verlagerung in Notfallambulanzen. Die Studienlage erlaubt hierzu jedoch keine robuste Quantifizierung. Für die zukünftige Ausgestaltung folgt daraus vor allem, dass Prävention, chronische Erkrankungen, Behandlungsserien und medizinisch veranlasste Folgekontakte gesondert betrachtet werden müssen.

2.5 Fiskalische Wirkung und administrativer Aufwand

Unabhängig von der Steuerungswirkung hatte die Praxisgebühr einen eindeutigen Finanzierungseffekt. Im Jahr 2004 erzielten die Krankenkassen Einnahmen von rund 1,73 Mrd. Euro. Nach Augurzky et al. konnte der durchschnittliche GKV-Beitragssatz dadurch um nahezu 0,2 Prozentpunkte niedriger ausfallen als ohne Praxisgebühr. Damit war die Gebühr fiskalisch relevant.

Gleichzeitig verursachte der Gebühreneinzug jedoch administrativen Aufwand in den Arztpraxen. Die Barzahlung, die Prüfung von Befreiungen und des Überweisungsstatus sowie gegebenenfalls das Inkasso

belasteten die Praxen. Bei der zukünftigen Ausgestaltung sind diese Erfahrungen zu berücksichtigen. Digitale Zahlungswege und eine zentrale Abwicklung könnten den Verwaltungsaufwand deutlich reduzieren. Emmerich und Fetzer (2026) schlagen vor, den gesamten Zuzahlungsprozess perspektivisch elektronisch abzuwickeln und auch die Prüfung von Belastungsgrenzen zu automatisieren.

3. Gesundheitsökonomische Bewertung von Selbstbehalten bei Arztbesuchen

3.1 Versicherungsschutz, Moral Hazard und Preissignale

Eine Krankenversicherung schützt Versicherte vor finanziellen Risiken. Gleichzeitig verändert sie jedoch die wahrgenommenen Kosten im Moment der Behandlung. Beim Sachleistungsprinzip der GKV ist der unmittelbare Preis eines Arztkontakts für Versicherte grundsätzlich null (es fallen jedoch Opportunitätskosten an). Dadurch ermöglicht die Krankenversicherung eine medizinisch notwendige Behandlung unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit. Gleichzeitig entfällt aber ein Preissignal, das bei anderen Gütern zur Abwägung zwischen zusätzlichem Nutzen und zusätzlichen Kosten beiträgt. In der PKV können Selbstbehalte und die Rechnungsstellung an den Versicherten demgegenüber zu einer stärkeren Wahrnehmung der mit einer Inanspruchnahme verbundenen Kosten beitragen.

Die Gesundheitsökonomie beschreibt die mögliche zusätzliche Inanspruchnahme als ex-post Moral Hazard. Daraus folgt jedoch nicht, dass jede der sich ergebenden Mehrinanspruchnahmen ineffizient sei. Eine Versicherung soll gerade ermöglichen, dass auch teure oder unerwartete medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden können. Ineffizient wird zusätzliche Nachfrage dort, wo der Nutzen einer weiteren Leistung geringer ist als die dadurch verursachten Kosten. Selbstbeteiligungen sollen diese Form des Moral Hazard begrenzen (Breyer et al. 2013; Emmerich und Fetzer 2026).

Ein Selbstbehalt pro Arztbesuch (Kontaktgebühr) verändert den relativen Preis der Entscheidung, einen Arzt aufzusuchen. Bereits ein moderater Betrag kann dazu führen, dass bei leichten Beschwerden zunächst Selbstbeobachtung, Selbstmedikation oder andere Versorgungswege gewählt werden. Aus gesundheitsökonomischer Sicht besteht das Ziel jedoch nicht in einer maximalen Reduktion der Nachfrage. Ein Preissignal ist dann wohlfahrtssteigernd, wenn vor allem Inanspruchnahme mit geringem zusätzlichem Nutzen vermieden wird. Gleichzeitig besteht das Risiko, dass Versicherte den medizinischen Nutzen eines Kontakts nicht zuverlässig beurteilen können und notwendige Untersuchungen oder Behandlungen verzögert oder unterlassen werden. Eine spätere Behandlung bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf kann zudem höhere Folgekosten verursachen. Die Ausgestaltung eines Selbstbezalts muss deshalb mögliche Effizienzgewinne gegen das Risiko einer Unterversorgung abwägen. Erschwert wird dies durch die Heterogenität der Versicherten hinsichtlich Zahlungsbereitschaft, Gesundheitszustand, Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes und Gesundheitskompetenz.

3.2 Empirische Evidenz zu Eigenbeteiligungen

Die internationale empirische Literatur zeigt konsistent, dass Eigenbeteiligungen die Inanspruchnahme reduzieren. Einschlägig ist in der Gesundheitsökonomie hierfür das RAND-Experiment, eine randomisierte Studie aus den USA (Manning et al. 1987; Aron-Dine et al. 2013; Newhouse et al. 1993). Es fand eine geringere Nutzung medizinischer Leistungen bei höheren Zuzahlungen statt. Für die Schweiz zeigen Felder und Meyer (2026), dass Selbstbehalte insbesondere im ambulanten Bereich Anreizwirkungen entfalten können.

Während die Wirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten vergleichsweise klar ist, ist der Einfluss von Selbstbeteiligungen auf den Gesundheitszustand differenzierter zu beurteilen. Im RAND-Experiment waren für den durchschnittlichen Teilnehmer bei höherer Kostenbeteiligung nur begrenzte Unterschiede in den untersuchten Gesundheitsindikatoren festzustellen. Für gesundheitlich stärker gefährdete und insbesondere einkommensschwache Gruppen ergaben sich jedoch Hinweise auf nachteilige Effekte. Die Ergebnisse mahnen deshalb zu besonderer Vorsicht bei vulnerablen Versichertengruppen.

Diese Ergebnisse verdeutlichen die zentrale Gestaltungsfrage: Ein Preissignal kann die Inanspruchnahme reduzieren. Es ist aber nicht automatisch in der Lage, medizinisch notwendige von verzichtbarer Versorgung zu unterscheiden.

Die Wirkung von Selbstbehalten kann sich zudem je nach Leistungssektor deutlich unterscheiden. Es ist dabei zu berücksichtigen, inwieweit Versicherte die jeweilige Inanspruchnahme überhaupt selbst beeinflussen können. Emmerich und Fetzer (2026) weisen darauf hin, dass die Einweisung in ein Krankenhaus typischerweise eine ärztliche Entscheidung ist. Bei Arzneimitteln beeinflussen zahlreiche weitere Regulierungen die Inanspruchnahme.

Pauschale Ländervergleiche zwischen der Höhe von Selbstbeteiligungen und der Zahl der Arztkontakte können allenfalls Hinweise auf mögliche Zusammenhänge geben. So weist Schweden bei kontaktbezogenen Eigenbeteiligungen zugleich eine deutlich geringere Zahl ärztlicher Kontakte auf als Deutschland (OECD 2025). Daraus lässt sich jedoch kein kausaler Effekt der Zuzahlungen ableiten. Gesundheitssysteme unterscheiden sich unter anderem in der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, im Zugang zur Primär- und Facharztversorgung, bei Gatekeeping-Regeln, Belastungsgrenzen und der Abgrenzung erstattungsfähiger Leistungen. Internationale Vergleiche sind deshalb vor allem geeignet, unterschiedliche institutionelle Kombinationen von Eigenbeteiligung und Versorgungssteuerung zu illustrieren. Zu berücksichtigen sind zudem Wechselwirkungen zwischen Leistungssektoren: Wenn beispielsweise ein Arztbesuch für Versicherte unentgeltlich möglich ist, eine Selbstmedikation mit nicht erstatteten OTC-Arzneimitteln aber vollständig selbst bezahlt werden muss, kann bei leichten Beschwerden ein finanzieller Anreiz zugunsten des Arztkontakts entstehen.

Studien mit Abrechnungsdaten der PKV zeigen zudem, dass zwischen Inanspruchnahme- und Einreichungsverhalten zu unterscheiden ist. Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen können dazu führen, dass Versicherte entstandene Rechnungen nicht oder erst zeitverzögert beim Versicherer einreichen (Jacke et al. 2025).

3.3 Ausgestaltungsprinzipien

Aus der gesundheitsökonomischen Literatur lassen sich vier Anforderungen ableiten. Erstens sollte die Eigenbeteiligung dort ansetzen, wo Versicherte tatsächlich eine Entscheidung über die Inanspruchnahme treffen können. Zweitens sollte sie ein spürbares, aber nicht prohibitives Preissignal setzen. Drittens sind Belastungsgrenzen oder zielgerichtete Befreiungen notwendig, um eine finanzielle Überforderung zu verhindern. Viertens sollte die Gebühr möglichst nicht solche Leistungen verteuern, deren Inanspruchnahme aus gesundheitspolitischer Sicht ausdrücklich erwünscht ist, etwa bestimmte Präventionsleistungen oder notwendige Behandlungsserien.

Die zentrale Lehre aus der früheren Praxisgebühr lautet damit nicht, dass Eigenbeteiligungen beim Arztbesuch grundsätzlich ungeeignet wären. Entscheidend ist vielmehr die konkrete Bezugsgröße des Preissignals und damit die Frage, welches Verhalten tatsächlich beeinflusst werden soll. Eine quartalsweise Einmalzahlung setzt einen anderen Anreiz als eine Gebühr je Kontakt oder eine Gebühr ausschließlich bei Abweichung von einem koordinierten Versorgungspfad.

Die FKG hält eine konkrete Empfehlung für oder gegen eine Kontaktgebühr derzeit für verfrüht. Sie verweist auf die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems und auf die Reform der Notfallversorgung. Patientensteuerung solle dann primär über die Organisation der medizinischen Versorgung und definierte Patientenpfade erfolgen. Finanzielle Instrumente könnten diese Struktur gegebenenfalls ergänzen. Als Beispiel nennt die Kommission eine Kontaktgebühr bei bewusst unkoordinierter Inanspruchnahme. Im Kontext eines Primärversorgungssystems könnte sie etwa dann erhoben werden, wenn Versicherte Leistungen außerhalb des vorgesehenen Primärversorgungspfades in Anspruch nehmen. Diese Überlegung verschiebt den Charakter der Gebühr: Sie wäre nicht mehr primär eine allgemeine Zahlung für die Nutzung medizinischer Versorgung, sondern ein relativer Preis zwischen koordiniertem und nicht koordiniertem Zugang. Ein solches Modell entspricht der Logik mehrerer internationaler Systeme. Die

finanzielle Steuerung würde organisatorische Gatekeeping-Regeln nicht ersetzen, sondern ergänzen. Gegenüber einem strikten Überweisungszwang hätte ein finanzieller Anreiz den Vorteil, Wahlfreiheit grundsätzlich zu erhalten. Versicherte könnten den direkten Facharztzugang weiterhin wählen, müssten dafür einen Teil der zusätzlichen Koordinations- beziehungsweise Opportunitätskosten jedoch selbst tragen.

Voraussetzung ist allerdings, dass der koordinierte Weg tatsächlich zeitnah und verlässlich verfügbar ist. Eine Gebühr für den direkten Facharztzugang wäre schwer zu rechtfertigen, wenn der vorgesehene Primärversorger nicht erreichbar ist oder notwendige Überweisungen zu erheblichen Verzögerungen führen.

Zu klären wären zudem Abgrenzungsfragen. Darauf verweist auch die FKG. Sonderregelungen sind insbesondere für Präventionsleistungen, chronische Erkrankungen und medizinisch veranlasste Behandlungsserien zu prüfen. Eine finanzielle Steuerung der Kontaktzahl ist vor allem dort problematisch, wo die Zahl der Kontakte medizinisch weitgehend vorgegeben ist.

Aufgrund der Heterogenität der Versicherten, unterschiedlicher Reaktionen auf finanzielle Anreize und möglicher Risiken für die Versorgung bedarf eine Ausweitung von Selbstbeteiligungen einer wirksamen sozialen Absicherung. Das bestehende GKV-System enthält dazu bereits einen institutionellen Ausgangspunkt. Die Belastungsgrenze beträgt grundsätzlich 2 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und 1 Prozent für chronisch Kranke. Bei einer Ausweitung der Eigenbeteiligung auf Arztkontakte würde die praktische Bedeutung dieser Grenze steigen. Eine automatisierte Berechnung und Befreiung wäre deshalb gegenüber einem antrags- und belegintensiven Verfahren vorzuziehen (Emmerich und Fetzer 2026).

Auch der Gebühreneinzug sollte nicht erneut primär den Arztpraxen übertragen werden. Denkbar wären eine zentrale Abrechnung über die Krankenkasse, digitale Zahlungswege oder eine technische Integration in bestehende Versicherten- und Abrechnungsprozesse. Die Digitalisierung bietet hier mittlerweile deutlich bessere Möglichkeiten als zur Zeit der früheren Praxisgebühr im Jahr 2004.

In der PKV sind Selbstbehalte ein etabliertes Element der Tarifgestaltung. Ihre konkrete Ausgestaltung zeigt zugleich, dass Kostenbeteiligungen sehr unterschiedlich konstruiert und mit Versicherungsschutz kombiniert werden können.

4. Internationale Einordnung von Selbstbehalten bei Arztbesuchen

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt über einen sehr umfassenden Leistungskatalog und einen vergleichsweise freien Zugang zu Haus- und Fachärzten. Die Zuzahlungen sind hierzulande im internationalen Vergleich als gering zu bewerten (Bahnsen 2022). Bemerkenswert ist zudem, dass es im GKV-System in nahezu allen größeren Leistungsbereichen zwar geringe Zuzahlungen gibt, nicht aber für die ambulant-ärztliche Behandlung.

Emmerich und Fetzer zeigen für Deutschland im Jahr 2024 einen Anteil der Out-of-Pocket-Ausgaben an den Gesundheitsausgaben von rund 10,7 Prozent. Unter den dort betrachteten Ländern weisen mehrere Staaten höhere Werte auf. Der reine Anteil privater Zahlungen ist allerdings nur ein grober Indikator, da sich Leistungskataloge, Zusatzversicherungen, Gatekeeping-Regeln und Befreiungssysteme erheblich unterscheiden.

Land/System	Eigenbeteiligung in der ambulanten Versorgung	Steuerungslogik
Deutschland	Keine obligatorische Zuzahlung beim Haus- oder Facharzt	Freier Zugang; Steuerung überwiegend nicht über Preise
Schweden	Regional unterschiedliche Gebühren; etwa 200–400 SEK beim Hausarzt und 200–460 SEK beim Facharzt; jährliche Obergrenze	Kontaktbezogenes Preissignal mit Schutz durch Belastungsgrenze
Niederlande	Obligatorischer jährlicher Selbstbehalt von 385 Euro; Hausarztbesuche ausgenommen	Jährlicher Selbstbehalt für viele Leistungen, Primärversorgung geschützt
Dänemark	Beim zugewiesenen Hausarzt grundsätzlich keine Zuzahlung; bei Wahl anderer Versorgungswege können Mehrkosten entstehen	Finanzielle Anreize ergänzen Registrierung und Gatekeeping
Frankreich	Eigenbeteiligungen bei Arztkontakten; Versorgungspfad beeinflusst Erstattung	Kombination von Kostenbeteiligung und koordiniertem Zugang
Italien	Zuzahlungen insbesondere bei Facharztleistungen und ambulanter Diagnostik	Zahlung vor allem bei spezialisierten ambulanten Leistungen; zentral organisierbar

Quelle: Eigene Tabelle nach Emmerich und Fetzer (2026).

Viele Gesundheitssysteme nutzen finanzielle Anreize, um die organisatorische Steuerung zu flankieren. Dänemark ist ein Beispiel dafür, dass ein koordinierter Weg über den registrierten Hausarzt finanziell privilegiert werden kann. In den Niederlanden ist die hausärztliche Versorgung vom allgemeinen Selbstbehalt ausgenommen. Auch andere Systeme kombinieren Eigenbeteiligungen mit Regeln zur Versorgungskoordination und sozialen Schutzmechanismen. Die konkrete Gebührenhöhe und die Differenzierung nach Versorgungsweg unterscheiden sich dabei institutionell und teilweise regional erheblich.

Für Deutschland ist aus den internationalen Erfahrungen keine bestimmte Gebührenhöhe unmittelbar ableitbar. Es existieren unterschiedliche Modelle, bei denen vielfach Selbstbeteiligungen mit Regeln zur Versorgungskoordination und mit sozialen Schutzmechanismen verbunden sind. Diese Einordnung bezieht sich auf die GKV. In der PKV können dagegen tarifabhängige Selbstbehalte bestehen, sodass auch innerhalb des deutschen Gesundheitssystems unterschiedliche Formen der individuellen Kostenbeteiligung nebeneinander existieren.

5. Selbstbehalte und die Stabilisierung der GKV-Finzen

5.1 Direkter und indirekter Finanzierungseffekt

Selbstbeteiligungen können die GKV-Finzen über zwei Kanäle beeinflussen. Der direkte Effekt entsteht dadurch, dass ein Teil der Kosten von den Versicherten getragen wird beziehungsweise die Einnahmen dem System zufließen. Ein indirekter Effekt entsteht, wenn Versicherte aufgrund des Preissignals weniger oder andere Leistungen in Anspruch nehmen. Beide Effekte sind analytisch zu trennen. Eine Zuzahlung kann erhebliche Einnahmen erzielen, ohne die Leistungsmenge stark zu verändern; in diesem Fall ist die Nachfrage vergleichsweise unelastisch. Umgekehrt kann ein starkes Preissignal Ausgaben reduzieren, obwohl das Aufkommen selbst begrenzt ist. Die Reaktion auf Eigenbeteiligungen ist zwischen den Versicherten heterogen. Sie kann unter anderem vom Einkommen, vom Gesundheitszustand, von der Gesundheitskompetenz und vom Anlass des Arztbesuchs abhängen. Entsprechend können identische Zuzahlungsbeträge für verschiedene Gruppen sehr unterschiedliche Verhaltens- und Belastungswirkungen entfalten.

Die frühere Praxisgebühr illustriert den direkten Effekt. Bereits 2004 beliefen sich die Einnahmen auf rund 1,73 Mrd. Euro. Dies entsprach annähernd 0,2 Beitragssatzpunkten. Der fiskalische Beitrag war damit größer und eindeutiger nachweisbar als die Mengensteuerung.

5.2 Größenordnung einer heutigen Kontaktgebühr

In der aktuellen Diskussion ist eine deutlich anders ausgestaltete Kontaktpauschale zu erwarten. Emmerich und Fetzer (2026) verweisen auf den Vorschlag von Fetzer, Gapp und Hagist (2026), eine Kontaktpauschale von 15 Euro je Arztkontakt einzuführen. Für eine solche Ausgestaltung wird ein möglicher Entlastungseffekt in einer Größenordnung von rund 0,7 Beitragssatzpunkten genannt. Diese Größenordnung ist nicht mit den historischen Einnahmen der Praxisgebühr gleichzusetzen: Sie beruht auf einem Modell einer kontaktbezogenen Eigenbeteiligung und damit auf einer wesentlich breiteren Bemessungsgrundlage. Für die Interpretation ist entscheidend, dass es sich um eine Modellrechnung handelt. Das tatsächlich realisierbare Volumen hängt insbesondere von der Zahl gebührenpflichtiger Kontakte, den vorgesehenen Ausnahmen und Belastungsgrenzen sowie den ausgelösten Verhaltensreaktionen ab. Die Größenordnung sollte daher als Szenario und nicht als belastbare Einnahmenprognose verstanden werden.

Eine Größenordnung von 15 Euro knüpft an die Entwicklung anderer GKV-Zuzahlungen an. Emmerich und Fetzer berichten, dass im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes eine Anhebung bestehender Zuzahlungsbeträge um 50 Prozent vorgesehen war, beispielsweise von 10 auf 15 Euro je Krankenhaustag. Der dort erwartete Einspareffekt von knapp 2 Mrd. Euro beziehungsweise rund 0,1 Beitragssatzpunkten zeigt zugleich, dass eine bloße Erhöhung bestehender Zuzahlungen fiskalisch wesentlich weniger ergiebig wäre als die Einbeziehung des großen ambulanten Leistungsbereichs.

Eine Kontaktgebühr ausschließlich nach ihrem Einnahmepotenzial zu beurteilen, wäre gesundheitsökonomisch unzureichend. Je höher die Gebühr und je breiter ihre Anwendung, desto größer sind zwar grundsätzlich der direkte Finanzierungsbeitrag und das Preissignal. Gleichzeitig steigen aber das Risiko einer medizinisch unerwünschten Unterinanspruchnahme und die relative Belastung einkommensschwacher Versicherter. Die optimale Ausgestaltung kann daher nicht allein aus einem Finanzierungsziel abgeleitet werden.

Auch die Finanzierungssystematik ist zu berücksichtigen. Eigenbeteiligungen verlagern einen Teil der Finanzierung von einkommensabhängigen Beiträgen auf nutzungsabhängige Zahlungen. Dies verändert die Verteilungswirkung. Belastungsgrenzen, wie sie in § 62 SGB V bereits bestehen, sind deshalb ein zentraler

Bestandteil einer möglichen Reform. Eine digitalisierte und möglichst automatische Berücksichtigung dieser Grenzen könnte zugleich verhindern, dass anspruchsberechtigte Versicherte Befreiungen mangels Kenntnis nicht nutzen.

6. Schlussfolgerungen

Die Erfahrungen mit der Praxisgebühr liefern wichtige, aber keine abschließenden Antworten auf die heutige Diskussion über Selbstbeteiligungen bei Arztbesuchen. Für ihre Bewertung ist es sinnvoll, drei Wirkungsdimensionen zu unterscheiden: Finanzierung, Mengensteuerung und Versorgungskoordination. Die empirische Evidenz spricht für eine kurzfristige Reduktion der ambulanten Inanspruchnahme nach 2004, wobei sich die Effekte teilweise auf weniger dringliche Kontakte konzentrierten. Eine starke und dauerhafte Mengensteuerung ist dagegen nicht nachgewiesen. Gleichzeitig hatte die Praxisgebühr einen klaren fiskalischen Effekt und möglicherweise eine Funktion für die hausärztliche Koordination.

Für die Interpretation ist die Konstruktion des Instruments entscheidend. Die frühere Gebühr war im Kern eine quartalsweise Eintrittsgebühr. Nach der ersten Zahlung bestand innerhalb des Quartals bei Nutzung von Überweisungen kein weiteres Preissignal. Eine moderne Kontaktgebühr je Arztbesuch oder eine Gebühr für die Abweichung von einem vorgesehenen Primärversorgungspfad ist deshalb ökonomisch nicht mit der alten Praxisgebühr gleichzusetzen.

Die gesundheitsökonomische Theorie und internationale Evidenz sprechen dafür, dass moderate Eigenbeteiligungen die Nachfrage beeinflussen können. Sie zeigen jedoch zugleich, dass schlecht ausgestaltete oder hohe Selbstbeteiligungen notwendige Versorgung beeinträchtigen können. Die zentrale Frage ist daher weniger, ob Selbstbeteiligungen grundsätzlich wirken, sondern welche Inanspruchnahme sie reduzieren und welche Patientengruppen betroffen sind. Zuzahlungen sollten zudem nicht isoliert betrachtet werden. Zu beachten sind Wechselwirkungen zwischen den Leistungssektoren sowie Zuzahlungen als Element einer Steuerung der Versorgungsorganisation. Dies entspricht auch der Position der FKG, die die Kontaktgebühr im Zusammenhang mit der diskutierten Einführung eines Primärversorgungssystems sieht.

Ein Blick auf die Praxis in der PKV verdeutlicht zudem, dass Selbstbehalte nicht zwingend einheitlich ausgestaltet sein müssen, sondern als Bestandteil unterschiedlicher Versicherungstarife mit verschiedenen Niveaus der Kostenbeteiligung kombiniert werden können.

Für die Stabilisierung der GKV-Finzen kann die Einbeziehung der ambulanten Versorgung relevant sein. Die historische Praxisgebühr erbrachte bereits 2004 rund 1,73 Mrd. Euro. Modellrechnungen zu einer Kontaktpauschale von 15 Euro je Arztkontakt nennen deutlich höhere Entlastungspotenziale bis hin zu einer Größenordnung von rund 0,7 Beitragssatzpunkten. Solche Werte sind jedoch sensitiv gegenüber der konkreten Ausgestaltung und den unterstellten Verhaltensreaktionen und sollten deshalb als Szenarien verstanden werden. Für eine umfassende fiskalische Bewertung sind neben den direkten Einnahmen auch mögliche vermiedene Leistungsausgaben, Verlagerungseffekte und administrative Kosten einzubeziehen. Ebenso relevant sind die Belastungswirkungen für unterschiedliche Einkommens- und Morbiditätsgruppen. Insgesamt spricht die Evidenz dafür, Selbstbeteiligungen als gezielt auszugestaltendes Element und als einen relevanten Teil der Finanzierung und der Steuerung im Gesundheitswesen zu betrachten. Die Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen von Selbsthalten in der PKV können dabei zusätzliche Anhaltspunkte für die Ausgestaltung von Kostenbeteiligungen liefern. Über die Finanzierungs- und Steuerungswirkung hinaus können Selbstbeteiligungen dazu beitragen, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und das Bewusstsein für die mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verbundenen Kosten zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund sind angemessen ausgestaltete Selbstbeteiligungen aus gesundheitsökonomischer Sicht grundsätzlich zu befürworten.

Literatur

Aron-Dine, A.; Einav, L.; Finkelstein, A. (2013): The RAND Health Insurance Experiment, three decades later, *Journal of Economic Perspectives*, 27(1): p. 197 – 222.

Augurzky, B.; Bauer, T. K.; Schaffner, S. (2007): Zeigt die Praxisgebühr die gewünschte Wirkung? RWI-Materialien.

Bahnsen, L. (2022): Kostenbeteiligung, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich. WIP-Analyse, Februar 2022.

Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M. (2013): *Gesundheitsökonomik*. Berlin.

Emmerich, K.; Fetzer, S. (2026): Zur Notwendigkeit der Anpassung von Zuzahlungen in der GKV. Sozialer Fortschritt, 75 (4).

Farbmacher, H.; Winter, J. (2013): Per-period co-payments and the demand for health care: Evidence from survey and claims data. *Health Economics*.

Felder, S.; Meyer, S. (2026): The effect of deductibles on healthcare expenditure: new evidence for Switzerland. *BMC Health Services Research*.

Fetzer, S.; Gapp, O.; Hagist, C. (2026): Renaissance der Selbstbeteiligung: die Kontaktpauschale. *G+G Wissenschaft*, 26 (1), 15–23.

FinanzKommission Gesundheit (2026): Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit – Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. Berlin.

Grabka, M. M.; Schreyögg, J.; Busse, R. (2005): Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz / Änderung des Patientenverhaltens durch Einführung der Praxisgebühr.

Grabka, M. M.; Schreyögg, J. (2009): Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach.

Jacke, C.O.; Begerow, T.; Schaarschmidt, J. (2025): Methodische Aspekte der Auswahl von Daten der Privaten Krankenversicherung: Unterschied zwischen Einreichungs- und Inanspruchnahmeverhalten, WIP-Analyse Oktober, Köln

Manning, W. G./Newhouse, J. P./Duan, N./Keeler, E. B./Leibowitz, A. (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, *American Economic Review*, 77(3): p. 251 – 277.

Newhouse, J. P. et al. (1993): *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Harvard University Press.

OECD (2025): *Health at the Glance 2025*, Paris.

Olm, M. (2022): Hausärztliche Versorgungskoordination in Bayern vor und nach Abschaffung der Praxisgebühr; sowie: Impact of the Abolition of Copayments for Ambulatory Care on Primary Care Coordination.

Rückert, I. M.; Böcken, J.; Mielck, A. (2008): Are German patients burdened by the practice charge for physician visits („Praxisgebuehr“)? *BMC Health Services Research* 8:232.

WIP-Veröffentlichungen seit 2018

Langlebigkeit und Vorsorge – Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in Deutschland. WIP-Analyse Juni 2026, Dr. Tatjana Begerow, Martin Fleischer, Elnaz Seraj, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9827312-4-7

Regionale Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbelastung bei Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse Juni 2026, Jonas Pieper, ISBN 978-3-9827312-3-0

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2026, WIP-Analyse Februar 2026, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9827312-2-3

Auswirkungen einer Zuckersteuer – eine Literaturübersicht, WIP-Analyse Januar 2026, Dr. Tatjana Begerow, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9827312-1-6

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2025 – Zahlen, Fakten, PKV-GKV-Vergleich, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-971-4, MWV, Berlin, November 2025

WIP-Tagungsband 2025, WIP-Tag der Versorgungsforschung am 18.09.2025, Dr. Christian O. Jacke

Methodische Aspekte der Auswahl von Daten der Privaten Krankenversicherung: Unterschied zwischen Einreichungs- und Inanspruchnahmeverhalten, WIP-Analyse, Oktober 2025, Dr. Christian Jacke, Dr. Tatjana Begerow, Julia Schaarschmidt, ISBN 978-3-9827312-0-9

Mehrausgaben in der SPV durch eine Pflegevollversicherung in der stationären Versorgung, WIP-Berechnungen, Oktober 2025, Dr. Lewe Bahnsen

Handlungsdruck in der GKV – Wie ist die Ausgangslage für die „FinanzKommission Gesundheit“?, WIP-Kurzanalyse, Oktober 2025, Dr. Lewe Bahnsen

Einkommens- und Vermögensschutz durch die Pflegeversicherung? Eine finanzwissenschaftliche Fallbetrachtung, WIP-Kurzanalyse, Oktober 2025, Dr. Frank Wild, Dr. Jonas Pieper Sozialversicherung in demografischer Schieflage: Steigende Beitragsbelastungen für die junge Generation, WIP-Analyse April 2024, Prof. Dr. Martin Werding, Ruhr-Universität Bochum, ISBN 978-3-9824068-9-3

Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand und Risikofaktoren – Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich, WIP-Analyse April 2025, Dr. Tatjana Begerow, Nina Leugers, Louis Junghanns, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-7-9

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2025, WIP-Analyse April 2025, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-8-6

Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile nach § 43c SGB XI – Rückblick und Ausblick, WIP-Kurzanalyse Februar 2025, Dr. Lewe Bahnsen

Ärztebarometer – Eine Querschnittsbefragung ambulant-tätiger Ärzte in Deutschland, WIP-Analyse Januar 2025, Louis Junghanns, Dr. Christian Jacke, Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Rychlik, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-6-2

WIP-Tag der Versorgungsforschung, WIP-Tagungsband 2024, Dr. Christian O. Jacke

Entwicklung der Prämien und Beitragseinnahmen in PKV und GKV – Aktualisierung 2024/2025, WIP-Kurzanalyse November 2024, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild

Psychologie in der Gesundheitsförderung: ein Scoping Review, WIP-Analyse September 2024, Laurin Müller, Dr. Christian O. Jacke, ISBN 978-3-9824068-5-5

Veränderung der ambulanten Leistungsanspruchnahme von Privatversicherten während der COVID-19-Pandemie. WIP-Kurzanalyse Juli 2024, Julia Schaarschmidt, Dr. Frank Wild

Kostenschätzung zu einer Deckelung der pflegebedingten Eigenanteile, WIP-Berechnungen, Juli 2024, Dr. Frank Wild

Der Preis in einer Marktwirtschaft ist fundamental – Ein ökonomischer Blick vor dem Hintergrund der Debatte um die Einführung von vertraulichen Medikamentenpreisen, WIP-Kommentar, Juli 2024, Dr. Frank Wild

Wirtschaftswachstum vs. DeGrowth: Warum Wachstum gut für die Menschen und unser Sozialsystem ist, WIP-Kommentar, Juni 2024, Dr. Frank Wild

Zur Zukunftsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Mai 2024, Dr. Lewe Bahnsen

Voraussichtliche Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Kommentar, Mai 2024, Dr. Frank Wild

Steuerzuschüsse für die Soziale Pflegeversicherung zur Stabilisierung der Pflegebeiträge – Finanzielle Tragfähigkeit und Prognosen, WIP-Kurzanalyse Mai 2024, Dr. Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2024, WIP-Analyse März 2024, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-4-8

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2023 – Zahlen, Fakten, PKV-GKV-Vergleich, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-853-3, MWV, Berlin Dezember 2023

Entwicklung der Prämien und Beitragseinnahmen in PKV und GKV – Aktualisierung 2023/2024, WIP-Kurzanalyse Oktober 2023, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die zahnärztliche Versorgung der Privatversicherten im Jahr 2020, WIP-Kurzanalyse Juli 2023, Julia Schaarschmidt, Frank Wild

Für die Künstliche Intelligenz gibt es in der privaten Krankenversicherung vielfältige Einsatzmöglichkeiten – Es gilt Potenziale und Risiken gut abzuwägen, WIP-Kommentar, Juni 2023, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2023, WIP-Analyse Mai 2023, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-3-1

Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Bernd Rebmann, Elisabeth Leonhard, Andrea Kern-Schnur, Nadine Brohammer, ISBN 978-3-95466-790-1, MWV, Berlin, Mai 2023

Soziale Pflegeversicherung heute und morgen: Stand und mögliche Szenarien, WIP-Analyse März 2023, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-2-4

Womit in der Zukunft zu rechnen ist: Eine Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen, WIP-Kurzanalyse Dezember 2022, Lewe Bahnsen

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2022, Thiess Büttner, Martin Werdinger, ISBN 978-3-9824068-1-7

Aufwachsender Arbeitskräftemangel zeigt auf, dass die Digitalisierung des Arbeitslebens viel zu langsam vorangeht, WIP-Kommentar, November 2022, Frank Wild

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2013-2023, WIP-Kurzanalyse November 2022, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Debatte um eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, WIP-Kommentar, Oktober 2022, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2022, WIP-Analyse Juni 2022, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-0-0

Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Privatversicherten (2017-2020), WIP-Kurzanalyse Juni 2022, Christian O. Jacke

Nachhaltigkeit von Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kommentar, Mai 2022, Frank Wild

Wer ist impfberechtigt? Ein internationaler Blick, WIP-Kurzanalyse Mai 2022, Daria Kozica, Frank Wild

Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, WIP-Analyse Februar 2022, Lewe Bahnsen, ISBN 978-3-9821682-8-9

Gesundheitssystem in Israel, WIP-Kommentar, Februar 2022, Frank Wild

COVID-19-Todesfälle – Häufigkeit im Verhältnis zu anderen Todesursachen, WIP-Kurzanalyse Januar 2022, Frank Wild, Larissa Tembrink,

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2021, Thiess Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9821682-9-6

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2012-2022, WIP-Kurzanalyse November 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Bürgerversicherung oder Finanzausgleich? Keine Lösungen für die demografischen Herausforderungen in der Pflege. WIP-Kurzanalyse Oktober 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Ambulant-ärztliche Versorgung – Ein Blick ins westeuropäische Ausland, WIP-Analyse September 2021, Günter Neubauer, Christof Minartz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-7-2

E-Health-Anwendungen im Ländervergleich, WIP-Kurzanalyse September 2021, Frank Wild, Daria Kozica

Europäische Gesundheitssysteme in der COVID-19-Pandemie: Ein vergleichender Überblick, WIP-Analyse Juli 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-6-5

Langfristige Finanzierungslasten durch kurzfristige Neuregelungen in der Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Juni 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse April 2021, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-5-8

Finanzielle Auswirkungen der Pläne einer Pflegereform 2021, WIP-Kurzanalyse April 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Die zukünftige Entwicklung der GKV-Financen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse, WIP-Kurzanalyse März 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Anke Walendzik, Carina Abels, Jürgen Wasem, ISBN 978-3-95466-601-0, MWV, Berlin, März 2021

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2020 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, ISBN 978-3-95466-578-5, MWV, Berlin, November 2020

Eigenanteile in der stationären Pflege nach regionaler Verteilung und Trägerschaft, WIP-Analyse 5/2020, Christine Arentz, Sonja Hagemeister

Überblick über die Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2011-2021, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild

Abschätzung der in Zukunft benötigten Steuermittel für die geplante Pflegereform des Bundesministeriums für Gesundheit, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse 4/2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-3-4-

Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse 3/2020, Christine Arentz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-2-7

HIV-Report: Epidemiologische und gesundheitsökonomische Entwicklungen bei Privatversicherten, WIP-Analyse 2/2020, Christian O. Jacke, Nicholas Heck-Großek, ISBN 978-3-9821682-1-0

Entwicklung des Absatzes opioidhaltiger Arzneimittel in der PKV, WIP-Kurzanalyse April 2020, Nicholas Heck-Großek

Zugang zu onkologischen Medikamenten – ein europäischer Vergleich, WIP-Analyse 1/2020, Devora Yordanova, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-0-3

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2019 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 5/2019, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-9-9

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2010-2020, WIP-Kurzanalyse Dezember 2019, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Bewertung des Reformvorschlags „Die Pflegeversicherung als Vollversicherung“, WIP-Kurzanalyse Oktober 2019, Christine Arentz, Frank Wild,

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2019, WIP-Analyse 4/2019, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-8-2

Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 3/2019, Christine Arentz, Maik Moritz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-7-5

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Christine Arentz, ISBN 978-3-9818269-6-8

Pflegefinanzierung im gesellschaftlichen Kontext denken, WIP-Kurzanalyse April 2019, Christine Arentz, Frank Wild

Verschreibung cannabinoidhaltiger Arzneimittel, WIP-Kurzanalyse März 2019, Christian O. Jacke

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV 2006 bis 2016, WIP-Analyse 3 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4

Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 – Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz

