

G+G

Wissenschaft

GGW – das Wissenschaftsforum in
Gesundheit und Gesellschaft

Inhalt

Notizen

Zeitschriftenschau
von *Torsten Schneider* 2

Drei Fragen
an *Claudia Bozzaro* 3

Buchtipps
von *Benjamin Schüz* 4

Aus dem WIdO 5

Analysen

Eigenverantwortung und Steuerung

**Kontaktpauschale: ein geeignetes
Steuerungsinstrument?**
von *Martin Siegel* 7

**Renaissance der Selbstbeteiligung:
die Kontaktpauschale**
von *Stefan Fetzer, Oliver Gapp
und Christian Hagist* 15

**Karenztage und weniger Lohnfortzahlung
aus ökonomischer Sicht**
von *Nicolas Ziebarth* 24

**Internationaler Vergleich von Fehlzeiten
und Karenztagen**
von *Susanne Hildebrandt
und Thuy Ha Nguyen* 31

Studie im Fokus

Mehr Gruppentherapie bei Arthrose? 39

Köpfe und Kongresse

Impressum 40

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

das gesamte Jahr 2025 über konnten wir hören und lesen, dass die Sozialausgaben aus dem Ruder laufen. Um nur zwei Beispiele zu nennen: Das IGES Institut prognostizierte zu Jahresbeginn 2025 Belastungen von bis zu 50 Prozent im Jahr 2035, und Ende 2025 sagte die Wirtschaftsweise Veronika Grimm: „Ab 2029 geben wir die gesamten Einnahmen des Staates für Soziales, Verteidigung und Zinszahlungen aus.“ Reflexartig kommen nach derartigen Äußerungen gewöhnlich die Rufe von der Seitenlinie, dass Leistungseinschnitte oder mehr Eigenbeteiligung nun kein Tabu mehr sein dürften. So war es jedenfalls 2025, und die Debatten sind 2026 noch längst nicht vorbei.

Im Zusammenhang mit der Krankenversicherung werden oft Kontaktpauschalen und Karenztage als Königswege aus der Misere genannt. Die GGW-Redaktion wollte es genauer wissen: Was sind die Konsequenzen von Kontaktpauschalen beim Arztbesuch und können wir die wollen? Sorgen Karenztage tatsächlich für weniger Fehltage? Bringt uns der Rekurs auf Karenztagsregelungen im Ausland argumentativ weiter? Wir haben führende Fachleute gefragt und überraschende Antworten erhalten.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Jens Kähler

WISSEN

WHO-Bibliothek für alternative Medizin

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat mit dem Aufbau einer digitalen Bibliothek begonnen, um das weltweite Wissen über traditionelle, Komplementär- und Alternativmedizin zu bündeln. Die Traditional Medicine Global Library (TMGL) soll dazu beitragen, die Evidenz dieser Behandlungsmethoden zu verbessern.

 staging.tmgl.org

FORSCHUNG

Institut für Pandemievorsorge

An der Medizinischen Universität Wien hat das neu gegründete Ludwig Boltzmann Institut für Wissenschaftsvermittlung und Pandemievorsorge die Arbeit aufgenommen. Es soll Viren überwachen und charakterisieren sowie die Bevölkerung in die Erforschung von Krankheitserregern und die Wissenschaftskommunikation einbeziehen.

 soap.lbg.ac.at/?lang=de

DATENSCHUTZ

Leitfaden gibt Tipps zur Rechtssicherheit

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und der Hessische Datenschutzbeauftragte haben einen Leitfaden für die rechtssichere, datenschutzkonforme Umsetzung medizinischer Forschungsprojekte entwickelt. Er steht zum kostenlosen Download bereit.

 dgim.de > Publikationen > Datenschutzprojekt

Zeitschriftenschau




Zur Person

Torsten Schneider
M. A.,
wissenschaftlicher
Mitarbeiter am
Lehrstuhl für Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems an der Universität Siegen

Kontakt

Adolf-Reichwein-
Straße 2
57068 Siegen
Telefon:
0271 7402824
E-Mail:
torsten.schneider@
uni-siegen.de

 [www.uni-siegen.de/
phil/sozialwissen
schaften](https://www.uni-siegen.de/phil/sozialwissenschaften)

Einsamkeit als Risiko fürs Herz

Einsamkeit ist neben anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen mit koronarer Herzkrankheit assoziiert. Forschende konnten nun zeigen, dass dieser Zusammenhang nur bedingt über das Gesundheitsverhalten vermittelt wird. Auch unter Kontrolle von Faktoren wie Schlaf, Bewegung oder Rauchen blieb ein signifikanter Effekt bestehen. Dies ist ein Argument dafür, Einsamkeit als eigenständiges Gesundheitsrisiko anzuerkennen und in medizinische Screenings zu integrieren.

[Social Science & Medicine.](#)

doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117701

Notaufnahme bei Rückenschmerzen

Viele Menschen mit Rückenschmerzen suchen die Notaufnahme auf, obwohl keine akute medizinische Notwendigkeit besteht. Eine qualitative Studie nennt hierfür drei Hauptgründe: Unsicherheit über die Schwere der Symptome, Ratschläge von Angehörigen und Empfehlungen durch Fachpersonal. Die Ergebnisse unterstreichen die Relevanz von Aufklärung im Umgang mit Rückenschmerzen und einer klaren Kommunikation über alternative Versorgungswege.

[Musculoskeletal Science and Practice.](#)

doi.org/10.1016/j.msksp.2025.103325

Jung und (problematisch) digital


Trotz intensiver Mediennutzung weist über ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland eine problematische oder gar unzureichende digitale Gesundheitskompetenz auf. Im Zusammenhang mit den meisten Aspekten zeigen sich insbesondere bei sozioökonomisch Benachteiligten die stärksten Defizite. Die Autorinnen und Autoren der Studie empfehlen daher, digitale Gesundheitsbildung gezielt in Schulen zu fördern.

[J Med Internet Res. doi: 10.2196/69170](#)

FORSCHUNG

Gesundheit und Umwelt im Fokus

Das neu gegründete Environmental Health Sciences Institute an der Augsburger Universitätsmedizin soll die Auswirkungen umweltbedingter Belastungen sowie sozialer Determinanten auf die menschliche Gesundheit untersuchen, um auf dieser Grundlage präventive, diagnostische und therapeutische Ansätze zu entwickeln.

 uni-augsburg.de > Fakultäten > Medizinische Fakultät > Forschungseinrichtungen

FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Antimikrobielle Resistenzen verhüten

Die Europäische Partnerschaft „One Health Antimicrobial Resistance“ fördert Vorhaben, die das Wissen über Kombinationstherapien gegen antimikrobielle Resistenz erweitern. In einem ersten Schritt können bis zum 2. Februar Projektskizzen eingereicht werden.

 gesundheitsforschung-BMFTR.de/de/18757.php

GESUNDHEITSINFORMATION

Neues Portal für Krebsinformation

Die Europäische Union fördert mit zwölf Millionen Euro den Aufbau des europäischen Krebsinformationsnetzwerkes „EU-CiP“. Es soll Betroffenen patientennahe, evidenzbasierte Informationen über Krebsdiagnose, -therapie und Nachsorge zugänglich machen.

 cancerinfoportal.eu/

Drei Fragen ...



Forschungsschwerpunkte


Normative Konzepte in der Medizin; ethische Herausforderungen am Lebensanfang, am Lebensende und in der Präzisionsmedizin; ethische und soziokulturelle Aspekte des chronischen Schmerzes; Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung

Jahresetat

Keine Angaben

Kontakt

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,
Von-Esmarch-Straße 62,
48149 Münster
Telefon:
0251 8355291
E-Mail:
bozzaro@uni-muenster.de

 medizin.uni-muenster.de/egtm

Medizinethik ist von Natur aus interdisziplinär

... an Prof. Dr. Claudia Bozzaro, Leiterin des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Universität Münster

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Die Frage, wie sich die Praxis des assistierten Suizids gut ausgestalten lässt, ist angesichts der individuellen, existenziellen Nöte einerseits und der gesellschaftlichen Implikationen andererseits von großer Bedeutung. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26. Februar 2020 hat diese Praxis in Deutschland eine neue Dynamik erhalten. Wir untersuchen unter anderem die Frage, wie das Motiv des Lebensüberdrusses im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid genau zu verstehen ist. Diese Frage ist besonders in einer alternden Gesellschaft relevant, da vor allem ältere Personen dieses Motiv angeben. Ebenso relevant sind die Herausforderungen durch die Präzisionsmedizin, die Frage nach einer gerechten Allokation von medizinischen Ressourcen sowie ethische Herausforderungen am Lebensanfang.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Die Medizinethik ist von Natur aus ein interdisziplinäres Fachgebiet. Daher ist die kooperative Zusammenarbeit mit Medizinern, Biologen, Philosophen, Soziologen, Theologen und Juristen für mich selbstverständlich. Ich fördere Netzwerke, indem ich in interdisziplinären Forschungsverbänden arbeite, mein Team interprofessionell aufstelle und mich in interfakultären Aktivitäten engagiere.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Auf jeden Fall sollte Politik wissenschaftliche Erkenntnisse und wissenschaftlich fundierte Empfehlungen berücksichtigen.

STUDIUM I

Masterstudiengang Suchthilfe


Die Medizinische Hochschule Brandenburg bietet zum Sommersemester 2026 erstmals den berufsbegleitenden Masterstudiengang „Suchthilfe“ an. Er soll die Studierenden unter anderem für die Einzel- und Gruppentherapie in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker qualifizieren. Bewerbungen für das Sommersemester sind bis zum 2. März 2026 möglich.

 mhb-fontane.de/de/suchthilfe

STUDIUM II

Gesundheit, Technik und Nachhaltigkeit

An der Hochschule Ruhr West startet zum Wintersemester 2025/26 der Masterstudiengang „Nachhaltige Gesundheitstechnologien“. Das auf drei Semester angelegte Studium richtet sich an Ingenieurinnen und Ingenieure und soll technische Innovation mit Nachhaltigkeit und Digitalisierung im Gesundheitswesen verbinden.

 hochschule-ruhr-west.de
> Suche nach: Nachhaltige Gesundheitstechnologien

STUDIUM III

Neues Studium Schulpsychologie

Ab Wintersemester 2025/2026 wird an der Universität Würzburg der Studiengang Psychologie mit schulpsychologischem Schwerpunkt angeboten. Es soll Lehramtsstudierenden die nötigen Kenntnisse in psychologischer Diagnostik, Beratung und Intervention für eine Tätigkeit als Schulpsychologin oder -psychologe vermitteln.

 uni-wuerzburg.de
> Studium > Studienangebot
> Studienfächer > Psychologie

Buchtipps




Zur Person

Prof. Dr.
Benjamin Schüz,
Universität Bremen,
Institut für
Public Health und
Pflegeforschung

Kontakt

Universitätsallee 1c,
28359 Bremen
Telefon:
0421 21868833
E-Mail:
benjamin.schuez@uni-bremen.de

 uni-bremen.de/ipp

Thema: digitale Gesundheitsförderung

Hajo Zeeb et al. (Hrsg.)

Digital Public Health

Interdisciplinary Perspectives
Dieser Band präsentiert den aktuellen Wissens- und Forschungsstand zu digitalen Public-Health-Maßnahmen. Neben regulatorischen und technologischen Aspekten liegt der Fokus auf der Frage: Wie können solche Maßnahmen entwickelt werden, um breite Bevölkerungsgruppen effektiv zu erreichen? Das macht das Buch auch für die praktische Anwendung interessant. ([Springer Open Access 2025](#))

Deborah Lupton

Digital Health

Critical and Cross-Disciplinary Perspectives
Dieses Buch bietet eine einzigartige, nach wie vor aktuelle Perspektive auf unbeabsichtigte Wirkungen digitaler Gesundheitstechnologien. Es zeigt anhand konkreter Beispiele, wie und

warum digitale Technologien gesundheitliche Ungleichheiten verstärken können, beleuchtet den Einfluss kommerzieller Interessen und diskutiert Lösungsansätze. ([Routledge 2018](#))

Robert West, Susan Michie

A Guide to Development and Evaluation of Digital Behaviour Change Interventions in Healthcare

Die meisten digitalen Interventionen zielen darauf ab, das Verhalten der Nutzenden zu verändern, ohne dafür systematisch evidenzbasierte Techniken zur Verhaltensänderung zu nutzen. Die Autoren stellen solche Techniken vor und erklären, wie die spezifischen Möglichkeiten digitaler Technologien für Verhaltensänderung genutzt werden können. Obwohl schon älter, sind die vorgestellten Konzepte nach wie vor hochrelevant. ([Silverback Publishing 2016](#))

Fundament für faire Preise

Der Arzneimittel-Kompass 2025 analysiert die Ausgabenentwicklung für Arzneimittel und skizziert die Grundlagen für eine gerechtere Preisgestaltung.

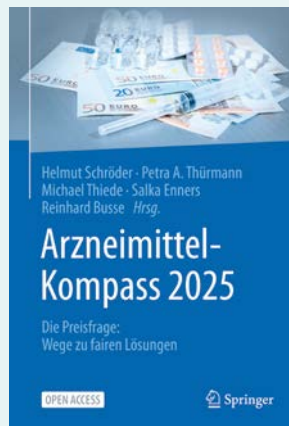
Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel erreichten 2024 rund 59 Milliarden Euro – ein Anstieg um knapp zehn Prozent bei nahezu konstanten Verordnungsmengen. Auffällig ist die strukturelle Verschiebung im Markt: Patentgeschützte Arzneimittel machen lediglich 7,1 Prozent der Tagesdosen aus, verursachen aber 54 Prozent der Nettokosten. Diese Diskrepanz verweist auf ein zunehmendes Spannungsfeld zwischen medizinischem Fortschritt, Finanzierbarkeit und der Frage, wie sich faire Preise definieren und durchsetzen lassen. Der Arzneimittel-Kompass 2025 analysiert die Ausgabendynamik auf Basis aktueller Daten und zeigt, warum die bestehenden Instrumente – insbesondere das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) – zwar Transparenz geschaffen haben, in der Preisbildung aber nur eingeschränkt steuernd wirken. Opportunitätskosten, Budgetwirkungen und Verteilungsaspekte werden weiterhin nicht systematisch berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund rückt der Kompass das Konzept fairer Preise in den Mittelpunkt: Preise, die transparent zu begründen, am klinischen Nutzen orientiert und mit dem Patientenwohl sowie den Ressourcen des solidarischen Systems vereinbar sind. Er zeigt, dass Fairness weder allein durch rein wertbasierte noch durch rein kostenorientierte Ansätze erreicht werden kann. Vielmehr bedarf es

integrierter Modelle, die Evidenz, Kostenstrukturen, öffentliche Forschungsbeiträge und gesellschaftliche Verteilungsnormen gleichermaßen einbeziehen.

Die im Band versammelten internationalen Perspektiven verdeutlichen, dass Fairness in der Preisbildung zunehmend als prozedurales Prinzip verstanden wird. Entscheidend ist ein nachvollziehbarer, konsistenter und überprüfbarer Entscheidungsrahmen. Daten aus der Versorgungspraxis sowie empirische Analysen zeigen, dass ohne eine normativ und analytisch fundierte Orientierung weder die Kostendynamik noch die Legitimitätsfragen hinreichend adressiert werden können.

Der Arzneimittel-Kompass 2025 bietet ein wissenschaftlich belastbares Fundament für die Weiterentwicklung der Preisregulierung. Er betrachtet faire Preise nicht als fixe Größe, sondern als Ergebnis transparenter, evidenzbasierter und gesellschaftlich legitimer Aushandlungsprozesse und liefert für diese Debatte eine systematische und empirisch fundierte Grundlage.



Schröder H, Thürmann P, Thiede M, Enners S, Busse R (Hrsg.): *Arzneimittel-Kompass 2025. Die Preisfrage: Wege zu fairen Lösungen.* Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 361 Seiten, 42,79 Euro



Prof. Dr. Michael Thiede, Leiter des Forschungsbereiches Arzneimittel im WIdO



Faire Arzneimittelpreise entstehen nicht zufällig, sondern dann, wenn Evidenz, Transparenz und begrenzte Ressourcen in einen konsistenten Entscheidungsrahmen gebracht werden.

DAS WIdO AUF KONGRESSEN

Salka Enners, MSc Epi

„Unterschiede in der Verschreibung von Opioiden auf Kreisebene in Deutschland (2023): Ergebnisse einer bevölkerungsbezogenen Studie“, 32. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittel-anwendungs-forschung und Arzneimittelepidemiologie e. V. (GAA), Jena, 11/2025

Dr. Robert Messerle

„Krankenhausreform und Ambulantisierung – Empirische Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten“, AWMF-Delegiertenkonferenz, Frankfurt/Main, 11/2025

Dr. Robert Messerle

„Krankenhausreform und Ambulantisierung – Empirische Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten“, BMC-Spotlight „Ambulant vor stationär bei elektiven Leistungen“, online, 12/2025

Prof. Dr. Michael Thiede

„US-amerikanische Arzneimittelpolitik als Risiko für das deutsche Gesundheitssystem?“, BMC Kongress 2026, Berlin, 1/2026

Mehr Nachfrage nach Vorsorge

Die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ist das Schwerpunktthema des aktuellen Früherkennungsmonitors.

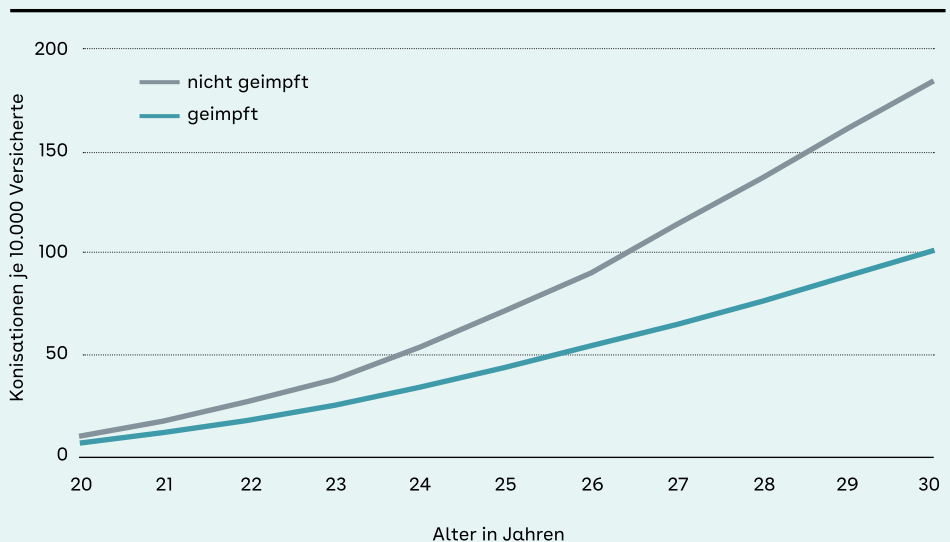
Zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zählen fünf Krebs-Früherkennungsuntersuchungen. Alle fünf wurden 2024 häufiger als in den Vorjahren in Anspruch genommen.

Am häufigsten wird das Gebärmutterhalskrebs-Screening genutzt: 2024 wurden rund 14,7 Millionen solcher Untersuchungen bei weiblichen GKV-Versicherten durchgeführt. Bei AOK-versicherten Frauen zwischen 25 und 55 Jahren lag die Teilnahmerate in den vier Jahren von 2021 bis 2024 im Bundesdurchschnitt bei über 80 Prozent. Regional variierte sie zwischen 88,8 Prozent in der niedersächsischen Grafschaft Bentheim und 73,26 Prozent im brandenburgischen Frankfurt/Oder. Nach Einbrüchen in den Pandemie-Jahren ist die Inanspruchnahme wieder gestiegen und liegt GKV-weit nur noch um 1,9 Prozent unter dem Wert von 2019.

Die Auswertungen liefern Hinweise auf die Wirksamkeit der Impfung gegen Humane Papillomaviren zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs. Bei zwischen 1992 und 1994 geborenen Frauen, die als Heranwachsende geimpft wurden, werden nur etwa halb so häufig Konisationen durchgeführt wie bei Nichtgeimpften der gleichen Jahrgänge. Eine Konisation ist das chirurgische Entfernen von auffälligem Gewebe im Gebärmutterhals. Da die Impfung gegen viele, aber nicht alle Hochrisikostämme des Virus schützt, ist die Früherkennung auch für Geimpfte weiter wichtig. Den Auswertungen zufolge nutzten ungeimpfte und geimpfte Frauen zwischen 25 und 35 Jahren diese Vorsorgeuntersuchung 2024 etwa gleich häufig.

Dräther H, Eymers E, Kühn C, Schillinger G (2025): Früherkennungsmonitor 2025. Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsleistungen der GKV. Berlin: WIdO. 38 Seiten. Kostenloser Download unter: wido.de
> Publikationen und Produkte > WIdO e-Paper > WIdO e-Paper Nr. 2: Früherkennungsmonitor 2025

Kumulative Anzahl Konisationen je 10.000 weibliche AOK-Versicherte der Geburtsjahrgänge 1992 bis 1994 im Zeitraum zwischen 2007 und 2024



Quelle: WIdO

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 (Svedoff 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-

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.

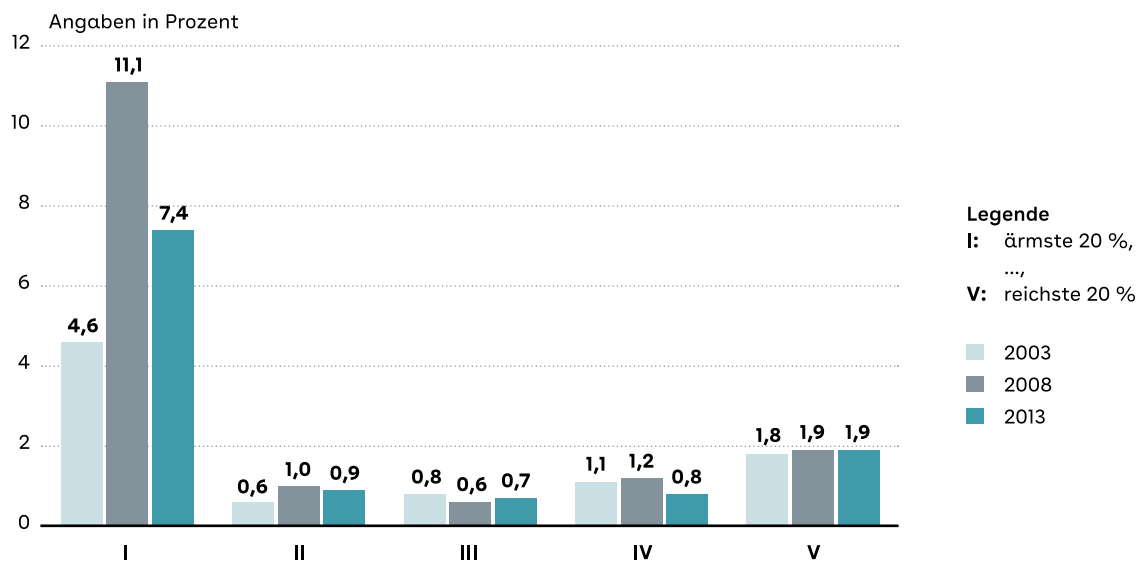
Das deckt sich mit dem Ergebnis von Zok (2005), dass Patienten nicht seltener Ärzte aufsuchten, aber dazu neigten, Termine für Arztbesuche an den jeweiligen Quartalen auszurichten, um die Ausgaben für die nur quartalsweise fällige Praxisgebühr möglichst gering zu halten. Zok (*ebenda*) zeigt auch, dass 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

Quelle: Siegel und Busse (2018); Grafik: G+G Wissenschaft 2026



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

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 Finanzierungsengpasses 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

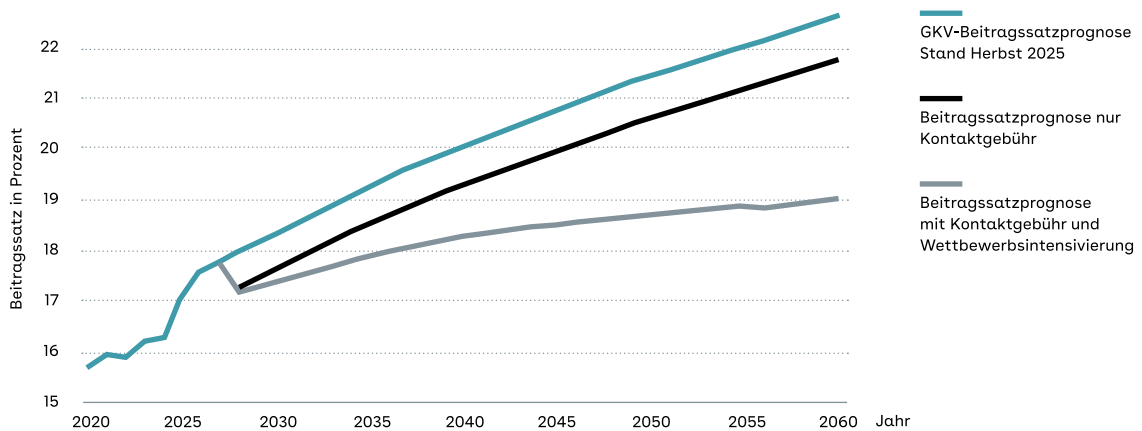
Die Einführung einer Kontaktpauschale könnte auf der Nachfrageseite nicht nur zur Reduktion der Wartezeiten in der ambulanten Versorgung beitragen, sondern zugleich eine spürbare finanzielle Entlastung der GKV ermöglichen. Kurzfristig ließe sich der Beitragssatz um rund 0,7 Beitragssatzpunkte senken,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

Karenztage und weniger Lohnfortzahlung aus ökonomischer Sicht

von Nicolas Ziebarth

→ doi.org/10.4126/FRL01-006526471

Abstract

Diese Analyse bewertet die aktuelle Diskussion um die Einführung eines Karenztages sowie um eine Absenkung der Lohnersatzrate aus der Perspektive der Ökonomie. Es geht in beiden Fällen um staatliche Mindestabsicherungen im Krankheitsfall für abhängig Beschäftigte der Privatwirtschaft. Bei einem Karenztage besteht während des ersten Tages jeder Krankheitsperiode keine Pflicht zur Lohnfortzahlung, wohingegen die Kürzung des Lohns auf 80 Prozent einen Verlust von 20 Prozent während der Dauer der Krankheit bedeuten würde. Aus der Sicht der Wohlfahrtsökonomie ist eine allgemeine Absenkung der Lohnersatzrate sinnvoller als die Einführung von Karenztagen. Allerdings wäre eine solche Maßnahme – insbesondere nach den Erfahrungen der Absenkung im Jahr 1996 – nicht zielführend. Sie hätte zudem unerwünschte Nebenwirkungen. Stattdessen sollten Unternehmen mit passgenauen Maßnahmen experimentieren. Gleichzeitig sollte der Gesetzgeber durch die Einführung von Teilzeitkrankschreibungen – also graduellen Krankschreibungen, die auf die Restarbeitsfähigkeit abzielen – die deutsche Lohnfortzahlung nach skandinavischem Vorbild modernisieren.

Schlüsselwörter: Fehlzeiten, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Karenztage, Krankheitstage

This analysis assesses the current German policy debate about the introduction of a waiting day and cuts in paid sick leave from an economic perspective. In both cases, the debate is about the statutory minimum public sick pay benefits for private-sector employees. With a waiting day, the employer is not obliged to provide sick pay on the first day of any sickness episode, while cutting the sick pay replacement rate to 80 percent results in a 20 percent loss of wages for the entire sickness duration. From a welfare economics perspective, statutory sick pay cuts are better than waiting days. However, they would be politically ineffective as many bargaining agreements exclude such cuts. Instead, employers should experiment with firm-specific measures. At the same time, legislators should modernize the German sick leave system following the example of the Scandinavian countries by introducing parttime sick leave—gradual sick leave aimed at residual working capacity.

Keywords: sick leave, sick pay, waiting day, sick day

1 Einleitung

In den Jahren 2024 und 2025 gab es in Deutschland eine leidenschaftlich geführte wirtschaftspolitische Diskussion über (zu) hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten. Auslöser dieser breiten Debatte, der ersten seit den Reformen der Lohnfortzahlung in den 1990er-Jahren, waren etliche Berichte über vermeintlich sprunghaft gestiegene Fehlzeiten, die die deutsche Industrie mit 77 Milliarden Euro jährlich belasten würden und nicht nachhaltig seien. (Aufschluss über eine der Hauptursachen des Anstiegs geben übrigens Pichler und Ziebarth (2024): Er liegt vor allem an einer besseren statistischen Erfassung aufgrund der seit 2022 eingeführten elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.) Diese 77 Milliarden Euro entsprechen der statistisch berechneten Summe aller Arbeitgeberlohnfortzahlungen im Jahr 2023. Hinzu kommen die Ausgaben der Krankenkassen für Langzeitkranke: das Krankengeld in Höhe von 19 Milliarden Euro im Jahr 2023. Krankengeld wird von der 7. bis zur 72. Woche gezahlt.

Hintergrund der Debatte ist (auch) die anhaltende wirtschaftliche Schwäche Deutschlands sowie ein Abrutschen der Standortattraktivität. Hohe Fehlzeiten stellen demnach nicht nur eine erhebliche finanzielle Belastung für Unternehmen dar, sondern verstärken zugleich den Fachkräftemangel. Die Verbrauchernachfrage kann unter Umständen durch unerwartete krankheitsbedingte Ausfälle nicht mehr bedient werden. Zudem werden die Unternehmen vor hohe arbeitsorganisatorische Herausforderungen gestellt. Ein Kernargument der Befürworter von Karenztagen und einer Absenkung der Lohnersatzrate ist die Großzügigkeit des deutschen Lohnfortzahlungssystems. In der Tat muss festgestellt werden, dass sich Deutschland weltweit eines der großzügigsten Lohnfortzahlungssysteme leistet. **Abbildung 1** zeigt auf der x-Achse die staatliche Mindestabsicherung (in Prozent des Bruttolohnes) für eine zweiwöchige krankheitsbedingte Fehlzeit und auf der y-Achse die für eine zwölfwöchige Fehlzeit.

Wie der Matrix zu entnehmen ist, gibt es zwischen den abgebildeten OECD-Ländern große Unterschiede. Deutschland liegt dabei in der Spitzengruppe, insbesondere durch die hundertprozentige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall vom ersten Tag einer Krankheit an (bis zu sechs Wochen). Am anderen Ende der Skala befinden sich die USA, Korea und Japan. In diesen Ländern besteht keine lückenlose bundesstaatliche Absicherung im Krankheitsfall.

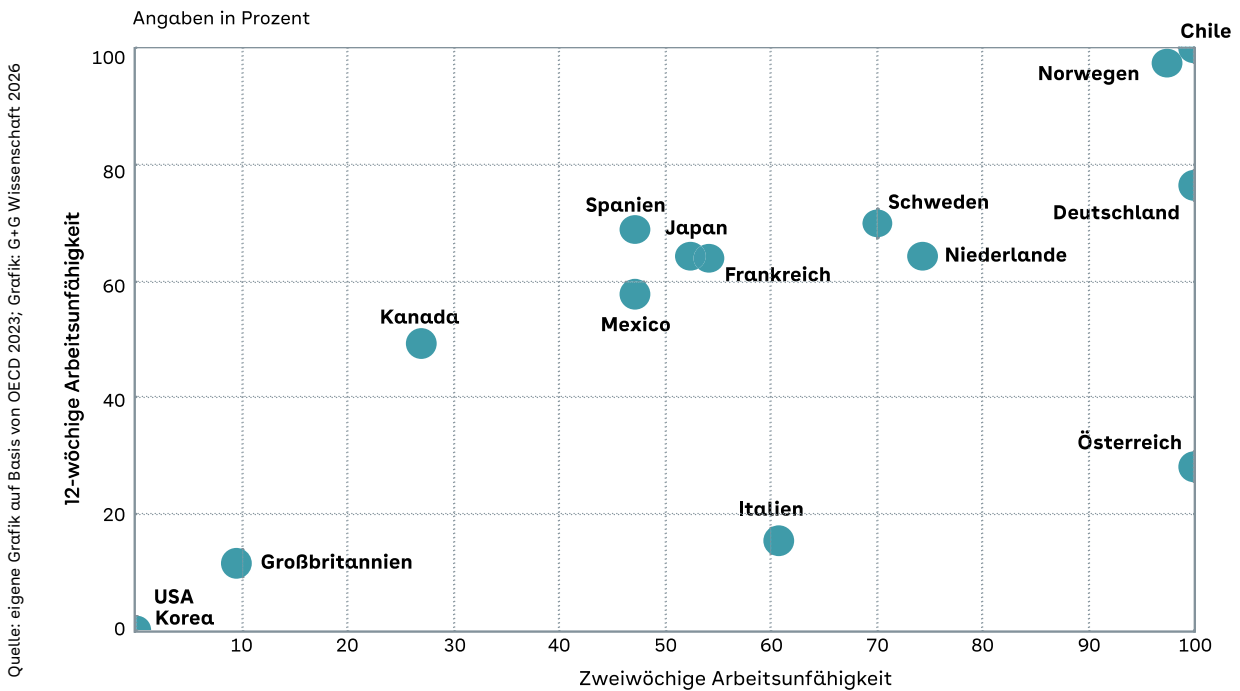
Aus der Darstellung in Abbildung 1 sowie den Erkenntnissen der reichhaltigen ökonomischen Literatur zu dem Thema ergibt sich unmittelbar, dass Deutschland auch eine der höchsten Fehlzeiten weltweit aufweist. Dies ergibt sich auch daraus, dass etliche empirische ökonomische Studien Kausaleffekte einer Änderung der Lohnersatzrate auf die Arbeitsangebotselastizität schätzen. Diese kommen recht übereinstimmend zu dem Schluss, dass die Ersatzraten-Fehlzeiten-Elastizität bei gut 1 liegt. Dies bedeutet, dass eine einprozentige Absenkung (oder Anhebung) der Lohnersatzrate zu einem einprozentigen Anstieg (oder Absinken) der Fehlzeiten führen würde. Bei 20 durchschnittlichen Fehltagen pro Jahr und Arbeitnehmerin beziehungsweise Arbeitnehmer (AN) und einer hypothetischen Absenkung der Lohnersatzrate von 100 auf 80 Prozent würden die Fehlzeiten ebenfalls um 20 Prozent auf 16 Tage pro AN und Jahr sinken. Dieser Verhaltensmechanismus rührt daher, dass Menschen auf ökonomische Anreize reagieren und die Kosten einer krankheitsbedingten Fehlzeit für den AN bei einer Lohnersatzrate von 80 Prozent höher sind als bei 100 Prozent. Solche Selbstbehalte sind bei Versicherungsverträgen international üblich, weil sie die Versicherten an den Kosten eines Schadens beteiligen und dafür sorgen, dass eine übermäßige Inanspruchnahme der versicherten Leistung (auch als *moral hazard* beziehungsweise moralisches Risiko bezeichnet) vermieden wird.

2 Karenztage und Lohnersatzraten

Die Lohnersatzrate gibt in Prozent des regulären Bruttolohnes an, wie hoch die Lohnersatzleistung im Falle einer krankheitsbedingten Fehlzeit ist. Bei 100 Prozent, wie in Deutschland üblich, erhält der erkrankte AN vom ersten Tag an bis zu sechs Wochen den vollen Lohn weitergezahlt gemäß Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG). Würde die Lohnersatzrate nach EntgFG auf 80 Prozent abgesenkt, so wie 1996 geschehen, dann erhielte der Durchschnittsbeschäftigte bei einer Vierzigstundenwoche statt 200 Euro brutto pro Tag nur noch 160 Euro Entgeltfortzahlung.

Karenztage hingegen bedeuten, dass es Tage mit Sperrfrist gibt. Gewöhnlich sind dann der erste Tag oder die ersten Tage einer krankheitsbedingten Fehlzeit komplett unversichert. Das heißt, es besteht kein

Abbildung 1 Lohnersatzraten im internationalen Vergleich



Die Abbildung zeigt die Lohnersatzrate bei zwei- und zwölfwöchiger Arbeitsunfähigkeit. In Deutschland sind die Arbeitnehmer überdurchschnittlich gut abgesichert.

Anspruch auf eine Lohnersatzleistung. Konkret würde die oft vorgebrachte Forderung eines einzelnen Karenztages bedeuten, dass die durch das EntgFG kodifizierten Mindestabsicherungen den ersten Krankheitstag jeder Krankheitsperiode unbezahlt lassen. Wird ein Durchschnitts-AN im Laufe eines Jahres dreimal krank, so würde er im Vergleich zu den heutigen Regelungen dreimal 200 Euro brutto als Lohnersatzleistung verlieren, insgesamt also 600 Euro.

Es sei jedoch erwähnt, dass es in beiden Fällen um die bundesweite Mindestabsicherung laut EntgFG geht. Dies bedeutet auch, dass es Arbeitgebern im Fall einer Absenkung der Mindeststandards freistünde, auf freiwilliger Basis weiterhin die 100-prozentige Lohnfortzahlung zu gewähren und/oder keinen Karenztage auf Firmenebene einzuführen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass etliche Tarifverträge eine solche hundertprozentige Lohnfortzahlung vom ersten Tag an vorsehen. Beschäftigte in tarifgebundenen Betrieben mit Tarifverträgen dieser Art wären also von einer Absenkung der Lohnfortzahlung nicht betroffen.

3 Mögliche Folgen eines Karenztages

Diverse OECD-Länder haben einen oder mehrere Karenztage in die staatliche Lohnfortzahlung eingeführt. So gibt es in Irland und Großbritannien drei Karenztage, wobei die Abschaffung dieser derzeit in Großbritannien anhand eines konkreten Gesetzes diskutiert wird. Ebenso hatte Schweden einen Karenztage. Er wurde während der Corona-Pandemie ausgesetzt und später abgeschafft.

Aus ökonomisch-theoretischer Sicht ist zunächst festzustellen, dass eine optimale Sozialversicherung zu einer temporalen Konsumglättung führt, da risiko-averse Menschen aus starken Schwankungen im Konsum einen geringeren Nutzen ziehen als aus geglättetem Konsum. Die starken Sprünge von 100 Prozent auf null Prozent des Lohnes für die Dauer der Karenzzeit stehen dem entgegen. Allerdings könnte eingewendet werden, dass Menschen über so kurze Zeiträume durch Erspar-

nisbildung die Möglichkeit haben, Konsumglättung zu betreiben. Empirisch wissen wir jedoch, dass ein signifikanter Teil der Bevölkerung, nämlich gut ein Viertel in Deutschland, keine Ersparnisse hat. Gerade diese Personengruppe ist aber überproportional in nicht tarifgebundener Niedriglohnbeschäftigung angestellt und wäre vermutlich vorrangig von der Einführung eines Karenztages betroffen. Generell ist in der ökonomischen Literatur belegt, dass der Konsum, insbesondere bei Geringverdienern, innerhalb eines Monats stark schwankt.

Weiterhin ist aus ökonomischer Sicht relevant, dass das oben bereits angesprochene moralische Risiko möglichst minimiert wird und eine Krankmeldung nur erfolgen sollte, wenn tatsächlich eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Ein höherer Selbstbehalt – oder gar komplett unversicherte Zeiten wie Karenztage – reduzieren die Inanspruchnahme und auch die Zahl der Blaumacher. Allerdings ist es im Fall der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall so, dass neben der Blaumacherei ein anderes Verhaltensphänomen auftritt, das ebenfalls die Wohlfahrt reduziert: der sogenannte ansteckende Präsentismus, der dann auftritt, wenn AN ansteckend krank sind, aber dennoch zur Arbeit gehen (*Pichler und Ziebarth 2017*). Auf der Arbeit oder auf dem Weg zur Arbeit stecken diese Menschen dann unter Umständen Kollegen, Kunden oder andere Personen an. Dieses Phänomen wird ökonomisch eine negative Externalität genannt. Es rechtfertigt auch unter konservativen Ökonomen staatliche Eingriffe und Regulierungen. Optimale Lohnfortzahlungssysteme minimieren sowohl die Zahl an Blaumachern als auch die Zahl an Menschen, die krank arbeiten.

Durch die starken Diskontinuitäten, die Karenztage hervorrufen, liegt in Kombination mit den angesprochenen Arbeitsangebotselastizitäten der Schluss nahe, dass AN relativ stark auf Karenztage reagieren würden. Somit würde die Zahl der sogenannten Bettkantenscheidungen – also der Spontanentscheidungen über eine Krankmeldung am bewussten Tag – während der Dauer der Karenzzeit reduziert, doch es würden auch deutlich mehr Personen krank zur Arbeit gehen und andere Menschen anstecken. Empirische Belege für einen Anstieg der grippeähnlichen Infektionsraten gibt es beispielsweise aus den USA. Dort sind die Infektionsraten nach Einführung der Lohnfortzahlung auf Bundeslandebene signifikant gesunken, ebenso die Covid-19-Infektionsraten nach der Einführung einer Notfalllohnfortzahlung (*Pichler et al. 2021*). In vielen

Fällen haben AN durch die Einführung der Lohnfortzahlung erstmals die Möglichkeit, sich für wenige, einzelne Tage krankzumelden, und zwar mit 100 Prozent Lohnersatz. Der institutionelle Rahmen lässt somit auf eine grundsätzliche externe Validität der Befunde aus den USA schließen.

Zu guter Letzt sollte in diesem Zusammenhang eine qualitativ hochwertige empirische Studie aus Schweden diskutiert werden. Pettersson-Lidbom und Thoursie (2013) untersuchten in einer von ganz wenigen Studien die Kausaleffekte der Abschaffung eines Karenztages in Schweden, kombiniert mit einer (leichten) Anhebung der Lohnersatzrate während der ersten zwei Krankheitswochen. Das System wurde also eindeutig großzügiger. Dennoch fielen die Fehlzeiten in der Summe um drei Prozent. Übertragen auf Deutschland würde dies bedeuten, dass die Fehlzeiten bei der Einführung eines Karenztages und einer gleichzeitigen Kürzung der Lohnersatzrate nicht sinken, sondern steigen würden. Der Grund dieses auf den ersten Blick verblüffenden Befundes ist folgender: Durch einen Karenztag weiten AN, wenn sie bereits krank sind, ihre Krankheitsdauern unnötig lange aus, um nicht Gefahr zu laufen, bei einer zu frühen Rückkehr an den Arbeitsplatz erneut einen Karenztag zahlen zu müssen. Durch diese strategischen Verhaltenseffekte könnte es bei der Einführung eines Karenztages analog zum schwedischen Beispiel dazu kommen, dass die Fehlzeiten insgesamt steigen (und nicht sinken) und gleichzeitig die Infektionsraten durch mehr krank arbeitende, ansteckende AN deutlich steigen würden.

4 Mögliche Folgen geringerer Lohnfortzahlung

Neben der Einführung von Karenztagen wird in Deutschland auch die Absenkung der Lohnersatzrate während der ersten sechs Wochen der Arbeitgeberlohnfortzahlung, beispielsweise auf 80 Prozent, diskutiert. Analog zur Diskussion über die Folgen der Einführung eines Karenztages kann hier zunächst die theoretische Überlegung angestellt werden, dass aus den genannten Gründen der Konsumglättung und zur Vermeidung unerwünschter Verhaltensanpassungen eine generelle Absenkung der Lohnersatzrate auf 80 Prozent während der ersten sechs Wochen sinnvoller wäre als die Einführung eines Karenztages. Dies liegt in erster Linie daran, dass somit scharfe Sprünge

in der Höhe der Lohnersatzleistung vermieden werden. Allerdings ist an dieser Stelle auch darauf hinzuweisen, dass Deutschland genau diese Reform 1996 aus ähnlichen Gründen wie heute und in einer ähnlich schwierigen wirtschaftlichen Lage umsetzte. Sie muss jedoch insgesamt als gescheitert angesehen werden. Unter anderem deshalb wurde sie 1999 von der neu gewählten rot-grünen Bundesregierung unter Bundeskanzler Gerhard Schröder wieder rückgängig gemacht, womit ein Wahlversprechen eingelöst wurde. Ein Hauptgrund für das Scheitern war, dass die Deutschen die Reform – die Absenkung der Lohnfortzahlung auf 80 Prozent – für sozial ungerecht hielten. Die Reform hatte, angeführt von den Gewerkschaften, für die die Lohnfortzahlung spätestens seit den Streiks der 1950er-Jahre einen extrem hohen Symbolwert hat, Massendemonstrationen und Streiks sowie letztlich den Wahlsieg von Rot-Grün zur Folge.

Allein wegen dieser Erfahrungen und aus politisch-ökonomischen Gründen ist es schwer vorstellbar, dass eine Koalition auf kurze Sicht die Lohnfortzahlung erneut absenken wird. Vor der Bundestagswahl 2025 forderte keine der großen Parteien die Einführung eines Karenztages oder eine Absenkung der Lohnersatzrate. Karl Laumann wird in der Rheinischen Post vom 10. Januar 2025 beispielsweise mit den Worten zitiert: „Ich bin da ein gebranntes Kind. Ich habe als Bundestagsabgeordneter mal für ihre Einführung gestimmt. Dann hat die IG Metall mit Zustimmung der Arbeitgeber die Karenztage per Tarifvertrag für ihre Branchen kassiert. Damals habe ich mir geschworen: Ich lasse mich nicht noch einmal bei diesem Thema ins Bockshorn jagen.“ Das von Laumann so genannte Kassieren einer derartigen Reform per Tarifvertrag war ein wesentlicher Grund für das Scheitern der Reform. Die Mobilmachung durch die Gewerkschaften führte auch dazu, dass die Arbeitgeberseite zu großen Teilen Regelungen zustimmte, die die Absenkung der Lohnersatzrate zu einem ineffektiven Instrument werden ließ.

Abbildung 2 beleuchtet die damaligen Fakten aus der Fachpublikation von Ziebarth und Karlsson (2010), die die Effekte der Kürzung der Lohnfortzahlung empirisch untersuchten. Wie der Darstellung zu entnehmen ist, waren ohnehin nur Angestellte in der Privatwirtschaft grundsätzlich von den Regelungen betroffen. Von diesen gut 25 Millionen Beschäftigten mussten aber nur gut 16 Millionen die Kürzung hinnehmen, da die Gewerkschaften laut eigener Auskünfte für neun Millionen AN die volle Lohnfortzahlung in Tarifver-

trägen absichern konnten (Lüpke 2018). Somit war insgesamt weniger als die Hälfte der arbeitenden Bevölkerung von den Kürzungen effektiv betroffen, insbesondere AN in nicht tarifgebundenen Branchen und Jobs. Innerhalb dieser Personengruppe stieg der Anteil derer, die überhaupt keinen Fehltag während eines ganzen Jahres aufwiesen, um sechs bis acht Prozent. Vor allem wurden kurze Krankheitsdauern reduziert. Hier gibt es ebenfalls Evidenz für gestiegene Ansteckungsraten infolge von erhöhtem Präsentismus (Pichler und Ziebarth 2017). Auch die Rückabwicklung der Reform 1999 führte zu wenig überraschenden Ergebnissen: Nach der Erhöhung der Lohnersatzrate auf 100 Prozent stiegen auch die Fehlzeiten wieder an, bei einer Elastizität von gut 0,9. Ebenso stiegen die Lohnkosten für die Arbeitgeber um gut acht Prozent, was geschätzt 40.000 bis 80.000 Arbeitsplätze kostete. Zudem wurden im Zuge der Reform vor allem von gesunden AN Überstunden geleistet.

5 Handlungsempfehlungen und Fazit

Aus der ganzheitlichen Analyse der Faktenlage und der wissenschaftlichen Erkenntnisse folgt, dass sowohl die Einführung eines (oder mehrerer) Karenztage, aber auch die Absenkung der Lohnersatzrate in Deutschland derzeit nicht zielführend erscheinen. Es stehen dem sowohl politökonomische Überlegungen als auch die Erkenntnisse der neueren ökonomischen Forschung entgegen. Eine generelle Absenkung der Lohnersatzrate auf zum Beispiel 80 Prozent wäre der Einführung eines Karenztages aus volkswirtschaftlicher Wohlfahrtsperspektive überlegen. Doch diese Maßnahme stellt ebenfalls unter anderem aufgrund der starken Tarifbindung in Deutschland kein effektives Instrument zur Reduktion der Fehlzeiten dar.

Auch aufgrund von Erkenntnissen der Psychologie und der Verhaltensökonomie, nach denen Belohnungen effektiver als Strafen sind, liegt es im Entscheidungsspielraum von Unternehmen, sinnvolle positive Anreizsysteme zu entwickeln, gemäß denen AN mit weniger Fehltagen höhere monetäre Vergütungen erhalten. Wie solche klugen Vergütungssysteme, die keine unerwünschten Verhaltensänderungen auslösen, aussehen könnten, sollte Gegenstand zukünftiger Forschung sein. Unterschiedliche Unternehmen berichten von positiven Erfahrungen mit Anwesen-

Abbildung 2 Beschäftigte, die effektiv von der Kürzung der Lohnfortzahlung 1996 betroffen waren

Angestellte der Privatwirtschaft (ohne Auszubildende) (~25 Millionen 1995)		Selbstständige, Beamte, Auszubildende (~3,8 + 1,7 + 1,5 = 7 Millionen 1995)	
Ohne Tarifvertrag (~10 Million)	Mit Tarifvertrag (~15 Million)		
Umsetzung der Kürzung auf Firmenebene; Arbeitgeber können 80 Prozent freiwillig aufstocken	Kürzung durch Tarifvertrag auf Branchenebene umgesetzt	Kürzung durch Tarifvertrag in bestimmten Branchen ausgeschlossen (~9 Millionen)	
Überwiegend Kürzung	Kürzung	Keine Kürzung	Keine Kürzung

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

heitsprämien, die jedoch je nach Ausgestaltung auch kritisiert werden. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass eine stärkere anwesenheitsbezogene Komponente bei gleichzeitig geringeren allgemeinen Lohnsteigerungen über die Zeit hinweg einen sehr ähnlichen Effekt wie die Absenkung der Lohnersatzrate durch den Gesetzgeber hätte. Möglicherweise wäre er sogar noch zielgerichteter.

Da Fehlzeiten auch immer eine Reflexion der Arbeitszufriedenheit der Belegschaft darstellen und den spezifischen Gegebenheiten der Branche und der Beschäftigung folgen, sollten Unternehmenslenker gezielt Maßnahmen zur Senkung der Fehlzeiten entwickeln und diese anschließend im Betrieb, idealerweise im Rahmen von Feldexperimenten, auf ihre Wirksamkeit hin empirisch testen. Beispielsweise wäre es bei den im internationalen Vergleich geringen Grippeimpfquoten Deutschlands von gut einem Drittel der Erwachsenen und dem deutlichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Erkältungskrankheiten sehr sinnvoll, barrierearme Möglichkeiten zur Grippeimpfung über das Betriebliche Gesundheitsmanagement anzubieten.

Zu guter Letzt kann der Gesetzgeber dafür sorgen, ein flexibleres und den neuen Krankheits- und Arbeitsbedingungen angemesseneres Lohnfortzahlungssystem (weiter) zu entwickeln. Nach einem positiven Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (IGES 2018) sowie positiven Äußerungen des Präsidenten der Bundesärztekammer, der Deutschen Industrie- und Handelskammer (DIHK) und des Zen-

tralverbandes des Deutschen Handwerks (ZDH), des Expertenrates der Bundesregierung für Gesundheit und Resilienz sowie einer Mehrheit der Bevölkerung sollten Teilzeitkrankschreibungen – also graduelle Lohnfortzahlung – per Gesetz verankert werden.

Alle skandinavischen Länder haben diese Möglichkeit im Rahmen ihrer Lohnfortzahlungssysteme etabliert. In Schweden wurde vor gut zwei Jahrzehnten die graduelle Krankschreibung gar zum Kern eines nationalen Aktionsplanes gegen hohe Krankenstände. Dort entfällt gut ein Drittel aller Krankschreibungen auf Teilzeitkrankschreibungen bei 25, 50 oder 75 Prozent Restarbeitsfähigkeit. Wissenschaftliche Analysen zeigen negative Effekte der graduellen Lohnfortzahlung auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei gleichzeitiger schnellerer Reintegration in den Arbeitsprozess; dies gilt insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund muskulärer Erkrankungen (*Kools und Koning 2019*). Das Instrument wird als kosteneffektiv beurteilt, insbesondere bei Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten, die fast die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland ausmachen.

Die Grundüberlegung der graduellen Krankschreibung ist ein Fokus auf die verbliebene Restarbeitsfähigkeit, ähnlich wie bei der vollständigen oder teilweisen Erwerbsminderungsrente. Dies stellt gleichzeitig einen Paradigmenwechsel und eine Abkehr von der schwarz-weißen (0 Prozent versus 100 Prozent) „Ganz oder gar nicht“-Arbeitsfähigkeitsbeurteilung dar. Je nach Krankheitsbild und Beruf ist es in gewissen Fällen sehr wohl möglich, einen halben, aber keinen ganzen

Arbeitstag zu arbeiten. Gängige Anwendungsgebiete wären leichte Erkältungskrankheiten bei stundenweiser Arbeit im Homeoffice, Rückenschmerzen oder psychische Erkrankungen. Wichtig ist hier, dass die Ärzte, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen, entsprechend geschult sind, wie es in Skandinavien der Fall zu sein scheint. Dort ist die Teilzeitkrankschreibung inzwischen zur absoluten Normalität geworden und nicht kontrovers. Gelänge es, nur zehn Prozent der gut 900 Millionen Fehltage in Halbtagskrankschreibungen umzuwandeln, würden der deutschen Wirtschaft in etwa 45 Millionen Arbeitstage zugeführt. Das ist ungefähr so viel wie bei der Streichung eines nationalen Feiertages und ein Vielfaches der geschätzten Beschäftigungswirkungen der CDU-Aktivrente (Brüll *et al.* 2024).

Literatur

- Brüll E, Pfeiffer F, Ziebarth NR (2024): Analyse der Einkommens- und Beschäftigungswirkungen einer Einführung des CDU-Konzepts der „Aktiv-Rente“. Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Jg. 25, Heft 3–4, 227–232
- Hernæs, Ø. (2018): Activation against Absenteeism – Evidence from a Sickness Insurance Reform in Norway. Journal of Health Economics, Vol. 62, November 2018, 60–68
- IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung) (2018): Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld: Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; iges.com → Suche: Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld

- Kools L, Koning P (2019): Graded Return-To-Work as a Stepping Stone to Full Work Resumption. Journal of Health Economics, Vol. 65, May 2019, 189–209
- Lüpke, M von (2018): Als Kohl die Lohnfortzahlung kappte. Magazin Mitbestimmung (Hrsg. Hans-Böckler-Stiftung), Ausgabe 5/2018; boeckler.de → Leistungen → Veröffentlichungen → Magazin Mitbestimmung → Suche: Jahrgang 2018, Ausgabe 05
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2023): Disability, Work and Inclusion in Korea: Towards Equitable and Adequate Social Protection for Sick Workers; oecd.org → Search (Publications): Disability Korea
- Pettersson-Lidbom P, Thoursie PS (2013): Temporary Disability Insurance and Labor Supply: Evidence from a Natural Experiment. The Scandinavian Journal of Economics, Vol. 115, No. 2, 485–507
- Pichler S, Wen K, Ziebarth NR (2021): Positive Health Externalities of Mandating Paid Sick Leave. Journal of Policy Analysis and Management, Jg. 40, Heft 3, 715–743
- Pichler S, Ziebarth NR (2017): The Pros and Cons of Sick Pay Schemes: Testing for Contagious Presenteeism and Noncontagious Absenteeism Behavior. Journal of Public Economics, Vol. 156, December 2017, 14–33
- Pichler S, Ziebarth NR (2024): Einordnung des deutlichen Anstiegs der krankheitsbedingten Fehlzeiten seit 2022. ZEW Policy Brief 24-18; zew.de → Publikationen → Schriftenreihen → ZEW Policy Briefs → 10 – 18
- Ziebarth NR, Karlsson M (2010): A Natural Experiment on Sick Pay Cuts, Sickness Absence, and Labor Costs. Journal of Public Economics, Vol. 94, No. 11–12, 1108–1122

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. Dezember 2025)

Der Autor



Prof. Dr. Nicolas Ziebarth, Jahrgang 1982, hat Volks- und Betriebswirtschaftslehre an der Technischen Universität und an der Humboldt-Universität Berlin studiert. Er wurde 2011 zum Dr. rer. oec. promoviert und auf eine Juniorprofessur an die Cornell University in den USA berufen. Seit 2017 hatte er eine Lebenszeitprofessur inne, bevor er 2022 an die Universität Mannheim wechselte. Außerdem leitet er seit 2022 den Forschungsbereich „Arbeitsmärkte und Sozialversicherungen“ am Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW Mannheim).

Kontakt

Prof. Dr. oec. Nicolas Ziebarth, Forschungsbereichsleiter Arbeitsmärkte und Sozialversicherungen am ZEW Mannheim, Professor für Volkswirtschaftslehre, Universität Mannheim, L7, 1, 68161 Mannheim, Telefon: 0621 1235151, E-Mail: nicolas.ziebarth@zew.de

Internationaler Vergleich von Fehlzeiten und Karenztagen

von Susanne Hildebrandt und Thuy Ha Nguyen

→ doi.org/10.4126/FRL01-006526470

Abstract

Beim Krankenstand liegt Deutschland im europäischen Vergleich im oberen Mittelfeld. Aktuelle politische Diskussionen in Deutschland über bestehende Regelungen zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall stützen sich häufig auf internationale Vergleiche der Fehlzeiten. Dieser Beitrag untersucht die Eignung solcher Vergleiche als Grundlage für Reformempfehlungen und analysiert die deutschen Regelungen im internationalen Kontext. Hierfür werden zunächst der rechtliche Rahmen in Deutschland und die Regelung der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit dargestellt. Anschließend wird die Funktion von Karenzzeitregelungen erläutert, gefolgt von einer Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Entgeltfortzahlung im Falle einer Arbeitsunfähigkeit im europäischen Ländervergleich. Darauf aufbauend werden vorliegende Daten zu krankheitsbedingten Fehlzeiten im internationalen Vergleich beschrieben und auf deren Vergleichbarkeit untersucht.

Schlüsselwörter: Krankenstand, Entgeltfortzahlung, Reformdebatte, Karenzzeitregelungen

In terms of sick-leave rates, Germany ranks in the upper-middle range of European countries. Current policy debates in Germany about paid sick-leave regulations frequently draw on international comparisons of absenteeism. This article examines the suitability of such comparisons as a foundation for policy recommendations and situates German regulations within an international context. First, the legal framework governing paid sick leave and the rules applying during periods of incapacity for work in Germany are outlined. This is followed by an explanation of the function of waiting-period regulations as well as a presentation of the corresponding legal arrangements across European countries. Building on this, available data on absences due to illness or injury in international comparison are described and examined for their comparability.

Keywords: sickness absence rate, paid sick leave, sickness benefit, policy reform debate, waiting period regulations

1 Einleitung: politische Debatte

In einer aktuellen politischen Debatte, insbesondere vor dem Hintergrund der angespannten wirtschaftlichen Situation in Deutschland, werden die bestehenden Regelungen zur Entgeltfortzahlung wieder stärker infrage gestellt. Die mediale Aufmerksamkeit für die durch die Krankenkassen veröffentlichten Analysen der Fehlzeiten werden dementsprechend in der Berichterstattung stark aufgegriffen und aus den Blickwinkeln der verschiedenen Interessengruppen interpretiert. Dabei wird auch diskutiert, inwieweit eine eingeschränkte oder entfallende Entgeltfortzahlung in den ersten Tagen einer krankheitsbedingten Fehlzeit oder eine Absenkung im weiteren Verlauf der Erkrankung geeignet sind, die Fehlzeiten insgesamt zu reduzieren. Aus der gesundheitsökonomischen Forschung ist bekannt, dass finanzielle Einschränkungen bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall beziehungsweise bei Lohnersatzleistungen wie dem Krankengeld zu einer Reduzierung der Fehlzeiten führen können. Da sich die Regelungen zur Entgeltfortzahlung in verschiedenen Ländern stark voneinander unterscheiden, besteht ein großes Interesse an internationalen Vergleichen der krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Vergleiche werden häufig dazu herangezogen, die unterschiedlichen nationalen Ausgestaltungen der Regelungen zur Entgeltfortzahlung in ihrer Wirkung auf die Zahl der Fehlzeiten zu bewerten. Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit das Heranziehen von internationalen Vergleichen geeignet ist, Handlungsempfehlungen für eine veränderte gesetzliche Regelung der Entgeltfortzahlungen in Deutschland einzufordern oder abzuleiten.

2 Regelung der Entgeltfortzahlung

2.1 Rechtsrahmen in Deutschland

Seit dem 1. Juni 1994 regelt das Entgeltfortzahlungsgesetz in Deutschland (EntgFG) die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Krankheitsfall und an gesetzlichen Feiertagen für alle abhängig Beschäftigten. Des Weiteren regelt das Gesetz die wirtschaftliche Sicherung im Bereich der Heimarbeit für gesetzliche Feiertage und

im Krankheitsfall. Ziel des Gesetzes war die Vereinheitlichung der Regelungen zur Entgeltfortzahlung für alle abhängig Beschäftigten, denn bis dahin galten ungleiche Ansprüche für Angestellte und Arbeitnehmer (im Beitrag wird hier und anderswo das generische Maskulinum verwendet; alle Geschlechter sind gemeint). Auch die unterschiedlichen Regelungen in den neuen und alten Bundesländern wurden mit dem Gesetz aufgehoben. Zum 1. Oktober 1996 wurden Änderungen am Gesetz inklusive einer Senkung der Entgeltfortzahlung auf 80 Prozent des Arbeitsentgeltes vorgenommen, die zum 1. Januar 1999 weitgehend wieder aufgehoben wurden (vergleiche dazu Analyse 3, Kapitel 4).

2.2 Kostenübernahme bei AU

In Deutschland erfolgt die finanzielle Absicherung von abhängig Beschäftigten bei Arbeitsunfähigkeit (AU) durch eine zweistufige Regelung: Für die ersten sechs Wochen (42 Kalendertage) zahlen Arbeitgeber das volle Arbeitsentgelt weiter. Nach Ablauf der sechs Wochen übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Zahlung des Krankengeldes für bis zu 78 Wochen, welches 70 Prozent des Bruttoentgeltes, maximal jedoch 90 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes abdeckt. Dabei ist die Höhe des Krankengeldes durch die Beitragsbemessungsgrenze der GKV limitiert, die 2025 bei monatlich 5.512,50 Euro lag. Zum 1. Januar 2026 wurde die Grenze auf monatlich 5.812,50 Euro angehoben. 2026 liegt die Höchstgrenze des Krankengeldes bei 135,63 Euro brutto pro Tag, das entspricht maximal 4.068,75 Euro im Monat. Vom Krankengeld werden zusätzlich noch Beiträge für die gesetzliche Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung abgezogen, die sich aus dem Bruttokrankengeld und dem jeweiligen Beitragssatz der Sozialversicherung berechnen.

Für Versicherte mit Einkünften über dieser Grenze bedeutet dies, dass das Krankengeld auf einen Höchstsatz gedeckelt ist, sodass der Verdienstausschlag oberhalb dieses Betrags nicht kompensiert wird. Arbeitnehmer mit einem Bruttoeinkommen über der Beitragsbemessungsgrenze müssen also bei einer Arbeitsunfähigkeit von über sechs Wochen mit deutlichen finanziellen Einbußen im Vergleich zur bisherigen Entgeltfortzahlung rechnen. Um finanzielle Einbußen für Beschäftigte beim Erhalt von Krankengeld zu verringern, zahlen manche Arbeitgeber einen Krankengeldzuschuss. Dieser kann entweder im Tarifvertrag oder individuell vertraglich geregelt werden. Zusätzlich ist zu beachten,

dass Beamte nicht unter das Entgeltfortzahlungsgesetz fallen, sondern die Fortzahlung durch das besondere Beamtenbesoldungsrecht geregelt wird. Dauer und Höhe der Fortzahlung richten sich für Bundesbeamte nach dem Bundesbesoldungsgesetz und den für die jeweilige Besoldungsgruppe geltenden Vorschriften. In aller Regel wird im Krankheitsfall die Besoldung in voller Höhe und zeitlich unbegrenzt gezahlt.

2.3 Karenzzeitregelungen

Karenztage bezeichnen den Zeitraum, in dem Arbeitnehmer bei krankheitsbedingten Fehltagen keinen Anspruch auf eine Lohnfortzahlung haben. In Portugal, Frankreich und Estland sind sie beispielsweise fest verankert, in Deutschland gibt es hingegen derzeit keine gesetzlich vorgeschriebene Karenzzeit. Bei der Einführung eines Karenztages in Deutschland entstünde pro Fehlzeit ein unbezahlter Arbeitstag – unabhängig von der Länge der Krankheitsperiode. Die Analysen zum Krankenstand verschiedener Krankenkassen zeigen, dass besonders junge Arbeitnehmer häufig, aber dafür nur kurz krankgeschrieben sind (*Hildebrandt et al. 2025*). Junge Erwerbstätige wären somit von der Regelung überproportional stark betroffen. Es ist davon auszugehen, dass sich Arbeitnehmer im Falle einer bestehenden Karenzzeitregelung eher gegen eine Krankmeldung entscheiden. Das kann dazu führen, dass nicht nur der eine Fehltag, sondern eine kurze Arbeitsunfähigkeit komplett entfällt. Doch ist dann gegebenenfalls mit einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer und dem Risiko eines „ansteckenden Präsentismus“ zu rechnen – also dem Umstand, dass Beschäftigte trotz ansteckender Erkrankung zur Arbeit erscheinen (*Ziebarth 2025*).

Eine Studie aus Frankreich (*Pollak 2017*) zeigt, dass der Wegfall von Karenztagen entgegen der Annahme nicht zu höheren Fehlzeiten führt, sondern sogar mit geringfügig kürzeren Abwesenheitsdauern verbunden ist. Basierend auf Daten einer großen Arbeitnehmer- und Arbeitgebererhebung in privatwirtschaftlichen Unternehmen untersuchte die Autorin den Effekt bezahlter Fehlitage auf das Krankheitsverhalten der Mitarbeiter. Dabei verglich die Autorin Unternehmen, die den Beschäftigten freiwillig eine anteilige oder vollständige Entgeltfortzahlung in den ersten drei Krankheitstagen gewähren, mit Unternehmen ohne diese freiwillige Leistung während der dreitägigen Karenzzeit. In der Studie haben Beschäftigte mit

einer Entgeltfortzahlung ab dem ersten Krankheitstag im Schnitt etwa drei Fehlitage weniger als diejenigen mit Karenztagen. Der Grund hierfür könnte der Präsentismus sein: Wenn Beschäftigte für die Karenztage finanziell selbst aufkommen müssen, melden sie sich tendenziell später und länger krank. So neigen Beschäftigte mit Karenztagen eher zu einer Verlängerung der Krankschreibung, um die anteilige Kompensation durch die Sozialversicherung ab dem vierten Fehltag zu nutzen (*ebenda*). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Pettersson-Lidbom und Thoursie (*2013*) in ihrer Studie aus Schweden. Die Abschaffung eines Karenztages in Kombination mit einer leichten Anhebung der Entgeltfortzahlung in den ersten beiden Wochen führten zu einer Reduzierung der Fehlitage um drei Prozent. Die Autoren erklären, dass sich die Arbeitnehmer durch einen Karenztag länger krankmelden, um zu verhindern, bei einer zu frühen Rückkehr an den Arbeitsplatz erneut finanziell für den ersten Krankheitstag aufkommen zu müssen. Folglich kann die Einführung von Karenztagen entgegen dem gewünschten Effekt zu steigenden Fehltagen und zudem zu höheren Infektionsraten am Arbeitsplatz führen (*Ziebarth 2025*).

Eine Einführung von Karenztagen in Deutschland oder eine Absenkung der Höhe der Entgeltfortzahlung würde nur die bundesweite Mindestabsicherung nach dem EntgFG betreffen, sodass Arbeitgeber dennoch die Möglichkeit haben, freiwillig im Unternehmen keinen Karenztag einzuführen und/oder eine Lohnfortzahlung in voller Höhe zu gewähren. In vielen Tarifverträgen sind solche Regelungen ohnehin bereits festgelegt, sodass Beschäftigte in Betrieben mit Tarifverträgen von Karenzzeitregelungen oder einer niedrigeren Lohnersatzrate nicht betroffen wären (*Ziebarth 2025*).

2.4 Rechtsrahmen im Ausland

Zwischen den europäischen Ländern zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der finanziellen Absicherung bei krankheitsbedingten Arbeitsausfällen. **Abbildung 1** zeigt die Regelungen der Entgeltfortzahlung und des Krankengeldes im Ländervergleich. Grundsätzlich wird zwischen der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber und der Zahlung von Krankengeld über die Sozialversicherungen oder die öffentlichen Sozialsysteme unterschieden, beide Phasen folgen zeitlich nacheinander. In den meisten europäischen Ländern gibt es keine Karenzzeitregelung, und der Anspruch

Abbildung 1 Entgeltfortzahlung und Krankengeld im Ländervergleich

Land	Karenztage	Dauer der Entgeltfortzahlung	Höhe der Entgeltfortzahlung	Höhe des Krankengeldes*
Belgien	0	30 Tage	100%	60%
Bulgarien	0	3 Tage	70%	80%
Dänemark	0	30 Tage	100%	Pauschalbetrag
Deutschland	0	6 Wochen	100%	70%
Estland	3	Tag 4–8	100%	70%
Finnland	0	10 Tage	100%	70%
Frankreich	3	Variiert nach arbeitsvertraglichen Vereinbarungen		50%
Griechenland	0	3 Tage	50%	50%
Irland	0	5 Tage pro Jahr	70%	Pauschalbetrag
Italien	0	3 Tage	100%	50–66,6%
Kroatien	0	42 Tage	70%	80%
Lettland	1	Tag 2–10	75% (Tag 2–3) 80% (Tag 4–10)	80%
Litauen	0	2 Tage	62,06%	62,06%
Luxemburg	0	77 Tage	100%	100%
Niederlande	0	104 Wochen	70–100%	70%
Norwegen	0	16 Tage	100%	75–100%
Österreich	0	Bis zu 16 Wochen	50–75%	50–60%
Polen	0	33 Tage (≥ 50 Jahre) 14 Tage (< 50 Jahre)	80%	80%
Portugal	3	Keine	0%	55–75%
Rumänien	0	5 Tage	75%	75%
Schweden	0	14 Tage	80%	80%/75%
Schweiz	0	Mindestens 3 Wochen	Variiert	Keine staatlichen Leistungen
Slowakei	0	10 Tage	25% (Tag 1–3) 55% (Tag 4–10)	55%
Slowenien	0	30 Tage	80–90%	70–80%
Spanien	3	Tag 4–15	60%	75%
Tschechien	0	14 Tage	60%	60%/72%
Ungarn	0	15 Tage pro Jahr	70%	50–60%

*Leistungen durch Sozialversicherungen oder öffentliche Sozialsysteme.

Quelle: ISSA (o. J.), European Commission (o. J.) und andere; Grafik: G+G Wissenschaft 2026

auf eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber beginnt grundsätzlich ab dem ersten Krankheitstag. Ausnahmen bilden Estland, Frankreich, Portugal, Spanien und Lettland mit Karenztagen von einem Tag beziehungsweise drei Tagen. In diesem Zeitraum besteht kein Anspruch auf eine Entgeltfortzahlung, erst danach greift die Entgeltfortzahlung in voller oder reduzierter Höhe. In Schweden wurde der Karenztag Ende 2018 abgeschafft; seit dem 1. Januar 2019 erhalten Arbeitnehmer eine Entgeltfortzahlung von 80 Prozent des durchschnittlichen Einkommens (*L&E Global 2019*). Auch in Tschechien wurden die Karenztage zum 1. Juli 2019 abgeschafft (*Maly 2019*). In sieben Ländern erhalten Arbeitnehmer bei krankheitsbedingten Fehlzeiten eine Lohnfortzahlung in Höhe von 100 Prozent (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Italien, Luxemburg, Norwegen). In 15 Ländern wird ab dem ersten Krankheitstag eine anteilige Entgeltfortzahlung von 25 bis 90 Prozent gewährt (Bulgarien, Griechenland, Irland, Kroatien, Lettland, Litauen, Niederlande, Österreich, Polen, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn). In Frankreich und in der Schweiz variieren Dauer und Höhe der Entgeltfortzahlung je nach arbeitsvertraglichen Regelungen. Gestaffelte Entgeltfortzahlungen, bei der mit fortschreitender Krankheitsdauer die Fortzahlung anteilig steigt, gibt es in Lettland und der Slowakei.

Hinsichtlich der Dauer und der Verpflichtungen seitens des Arbeitgebers bestehen ebenfalls Länderunterschiede: Während Arbeitgeber in Deutschland (sechs Wochen), Luxemburg (77 Tage) oder den Niederlanden (104 Wochen) vergleichsweise lange für die Entgeltfortzahlung aufkommen müssen, ist die Periode in Bulgarien (drei Tage), Irland (maximal fünf Tage pro Jahr) oder Rumänien (fünf Tage) weitaus kürzer. Ähnlich wie in Irland gewährt der Arbeitgeber in Ungarn eine Entgeltfortzahlung von insgesamt 15 Tagen pro Jahr in Höhe von 70 Prozent des Durchschnittseinkommens, jedoch maximal 110 Euro pro Tag. In Portugal muss der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung an den Arbeitnehmer zahlen, sondern er wird unmittelbar an die Sozialversicherung verwiesen. In Österreich beträgt die Dauer der Entgeltfortzahlung maximal 16 Wochen und bemisst sich an den Dienstjahren der Beschäftigten. In Polen erhalten Beschäftigte ab 50 Jahren 33 Tage lang eine Entgeltfortzahlung, bei den unter 50-Jährigen sind es lediglich 14 Tage.

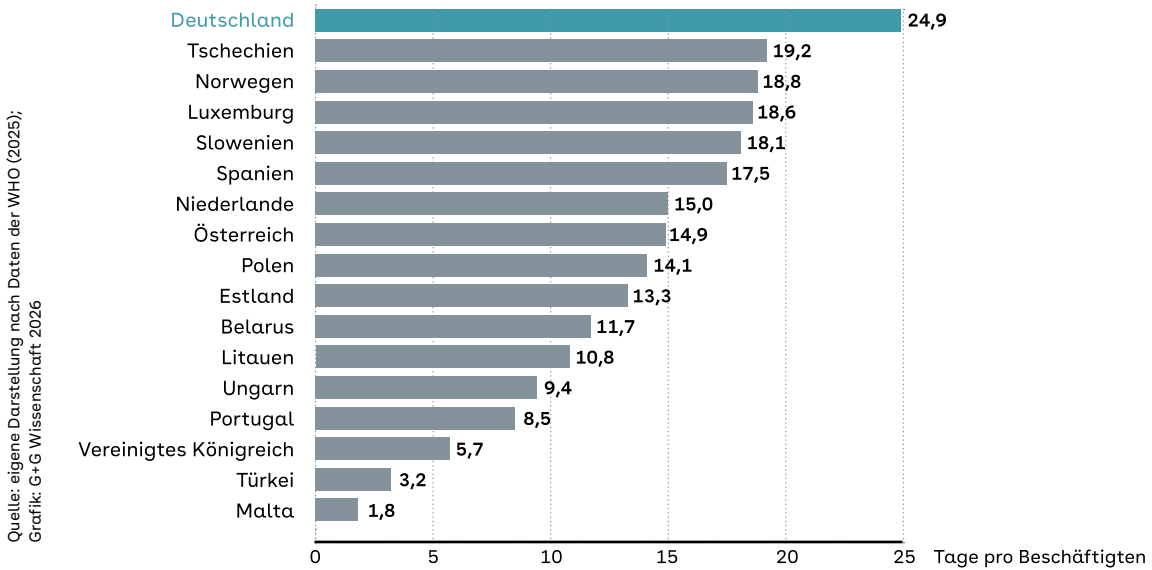
Unterschiede zwischen den Ländern zeigen sich auch in der Bezugsdauer des Krankengeldes. Ver-

gleichsweise lange Leistungszeiträume finden sich in Portugal, Irland, Belgien und Finnland. In der Schweiz gibt es kein staatliches Krankengeld, stattdessen erhalten Arbeitnehmer ein Krankengeld über eine zusätzliche Krankentaggeldversicherung (diese wird vom Arbeitgeber abgeschlossen). In nahezu allen Ländern erhalten die Arbeitnehmer ein Krankengeld zwischen 50 und 80 Prozent des durchschnittlichen Einkommens. Lediglich in Luxemburg und Norwegen erhalten Beschäftigte ein Krankengeld in Höhe von 100 Prozent des Durchschnittseinkommens, wobei das Krankengeld in Norwegen je nach Region und Unternehmen auch bei 75 Prozent liegen kann. In Dänemark und Irland gibt es hingegen feste Pauschalen beziehungsweise Obergrenzen, die sich am individuellen Einkommen ausrichten. Gestaffelte Krankengeldsätze gibt es in Schweden (80 Prozent bis maximal 364 Tage, danach 75 Prozent) und in Tschechien (60 Prozent bis maximal 60 Tage, danach 72 Prozent). Insgesamt sind die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Einkommenssicherung im Krankheitsfall in Europa sehr heterogen. Die Spannweite reicht von großzügigen Systemen mit hoher Absicherung und langen Leistungszeiträumen (zum Beispiel Luxemburg, Niederlande, Deutschland) bis zu Systemen mit kurzen Phasen der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (zum Beispiel Portugal, Italien, Griechenland, Bulgarien, Rumänien).

3 Fehlzeiten im internationalen Vergleich

Von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es verschiedene Veröffentlichungen zu Fehlzeiten im internationalen Vergleich. Hildebrandt und Nguyen (2025) untersuchten dazu die OECD-Daten zum Krankenstand im europäischen Vergleich für das Jahr 2022. **Abbildung 2** stellt die veröffentlichten Werte zu den registrierten krankheitsbedingten Fehltagen pro Jahr im Ländervergleich für das Jahr 2022 dar. Danach steht Deutschland mit 24,9 registrierten Fehltagen an der Spitze, gefolgt von Tschechien (19,2 Tage), Norwegen (18,8 Tage) und Luxemburg (18,6 Fehltag). Am Ende der Aufstellung mit unter zehn Fehltagen stehen Ungarn (9,4 Tage), Portugal (8,5 Tage), Großbritannien (5,7 Tage), die Türkei (3,2 Tage) und Malta (1,8 Tage). Die OECD gibt zur Datenherkunft für jedes Land Hinweise zur Quelle und Grundgesamtheit, für Deutschland stammen die Werte

Abbildung 2 Registrierte krankheitsbedingte Fehlzeiten 2022 für ausgewählte Länder in Tagen

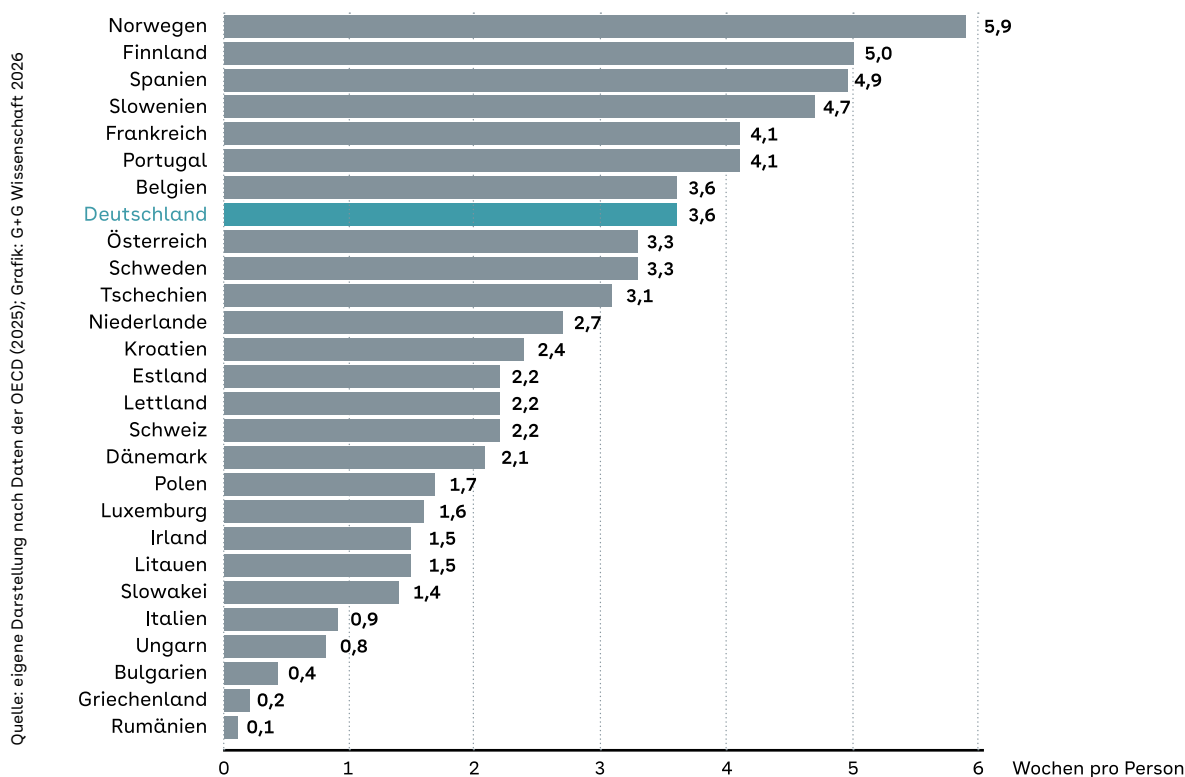


aus der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (KM1-Statistik und KG2-Statistik). Für Estland wird beispielsweise angemerkt, dass auch Fehlzeiten für Pflegezeiten enthalten sind. In aller Regel handelt es sich um nationale Statistikämter oder offizielle Statistiken aus den jeweiligen Sozialversicherungssystemen.

Eine Bewertung der unterschiedlichen nationalen Lohnfortzahlungsregelungen auf Basis der dargestellten Fehlzeiten führt zu keinem einheitlichen Bild. So hat Norwegen eine noch großzügigere Regelung als Deutschland und steht dennoch nicht an der Spitze der Fehlzeiten. Sowohl in Spanien als auch in Portugal bestehen Karenzzeitregelungen, das Krankengeld liegt in Spanien auf einem ähnlichen Niveau wie in Portugal, wo allerdings eine deutliche längere Krankengeldzahlungsdauer gilt (Portugal: drei Jahre, Spanien: 12 Monate). Dennoch besteht ein sehr großer Unterschied zwischen Spanien mit 17,5 registrierten Fehltagen und Portugal mit nur 8,5 Fehltagen. Was hier deutlich wird, ist, dass sich die Werte nicht für einen Systemvergleich eignen. Zum einen bestehen die nationalen Regelungen aus mehreren Elementen, deren Wirkung auf die Höhe der Fehlzeiten nicht losgelöst bewertet werden können. Darüber hinaus besteht keine Vergleichbarkeit in der Erhebung der registrierten Fehlzeiten, die jeweils auch von den unterschiedlichen nationalen Regelungen zur Nachweispflicht einer Arbeitsunfähigkeit abhängen.

Eine weitere Untersuchung der OECD stellt die krankheitsbedingte Abwesenheit von der Arbeit in Wochen pro Jahr dar. Die selbst berichteten Daten stammen aus dem European Labour Force Survey (EU-LFS). Das ist eine jährlich in allen europäischen Ländern durchgeführte Haushaltsstichprobenerhebung, die zentrale Informationen zur Arbeitsmarktbeteiligung der Bevölkerung ab 15 Jahren liefert. Ein besonderer Bestandteil sind Fragen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz (*Eurostat o. J.*). Für Deutschland ist die Befragung Teil des Mikrozensus und wird im Kernprogramm und Erhebungsteil zur Arbeitsmarktbeteiligung viermal jährlich mit verschiedenen Teilstichproben erhoben. Die Ergebnisse, beruhend auf diesen Erhebungen, sind in **Abbildung 3** dargestellt. Deutschland liegt mit einem Wert von 3,6 Wochen pro Jahr im Mittelfeld. An der Spitze finden sich Norwegen (5,9 Wochen), Finnland (5,0 Wochen) und Spanien (4,9 Wochen). Am unteren Ende befinden sich Italien, Ungarn, Bulgarien, Griechenland und Rumänien mit Angaben zu einem jährlichen krankheitsbedingten Arbeitsausfall von weniger als einer Woche pro Jahr. Ein großer methodischer Vorteil der Erhebung in Form einer einheitlichen Befragung besteht darin, dass unterschiedliche Verfahren und Systemunterschiede bei der Entgeltfortzahlung bei der Erhebung keine Rolle spielen. Dies ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit der Kennzahlen. Es bleibt aber auch

Abbildung 3 Krankheitsbedingte Abwesenheit 2024 in Wochen



Dargestellt sind krankheitsbedingte Fehlzeiten von abhängig Beschäftigten, bezogen auf Vollzeitbeschäftigung im Jahresdurchschnitt in Wochen. Deutschland liegt im oberen Mittelfeld (Platz 8 von 27) der ausgewählten Staaten.

bei der Erhebung der Fehlzeiten über eine Befragung die Schwierigkeit, die beobachteten Unterschiede auf die jeweiligen nationalen Regelungen zur Lohnfortzahlung zurückzuführen. Viele weitere Faktoren wie die länderspezifischen Erwerbsquoten oder das Alter der Erwerbsbevölkerung beeinflussen die Ergebnisse ebenfalls. Die von den Krankenkassen veröffentlichten Analysen zum Fehlzeitengeschehen zeigen deutlich, dass auch innerhalb Deutschlands erhebliche regionale Unterschiede im Krankenstand bestehen, die auch dann noch erhalten bleiben, wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht durch Standardisierungsverfahren korrigiert. So sind Beschäftigte in Sachsen-Anhalt pro Jahr an durchschnittlich 24 Tagen krankgeschrieben und Beschäftigte in Bayern oder Baden-Württemberg an 17 Tagen. Einen großen Einfluss auf den Krankenstand neben der Region haben das Alter, das Geschlecht, der ausgeübte Beruf und die Branche (Hildebrandt et al. 2025).

4 Fazit und Diskussion

Festzuhalten ist, dass die Regelungen zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und für die anschließende Phase des Krankengeldbezuges in Deutschland im internationalen Vergleich sehr großzügig sind. Im Rahmen des Vergleichs der über die EU-Arbeitskräfteerhebung ermittelten Fehlzeiten liegt Deutschland im oberen Mittelfeld. Die vorgestellten Ergebnisse zu den Fehlzeiten im Ländervergleich, die auf unterschiedlichen Auswertungen der OECD basieren, lassen allerdings keinen eindeutigen Rückschluss auf eine Wirkung der jeweiligen nationalen Regelungen zur Begrenzung der Fehlzeiten zu. Zum einen beeinflussen die bestehenden Regelungen die registrierten Fehlzeiten jeweils selbst. Zum anderen ist davon auszugehen, dass weitere Unterschiede in den Rahmenbedingungen sowie Strukturmerkmale der jeweiligen Erwerbspopulationen die registrierten als auch die über Selbstangaben be-

richteten Fehlzeiten so stark beeinflussen, dass sich der Effekt einer Karenzzeitregelung beispielsweise nicht allein durch einen Vergleich der veröffentlichten Fehlzeiten bestimmen lässt. Bei der Fehlzeitenberichterstattung der Krankenkassen und in Studien zu gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt werden regelmäßig Handlungsfelder aufgezeigt. In der Debatte um die Zahl der Fehlzeiten ist daher zu prüfen, inwieweit diese Handlungsoptionen bislang schon vollständig ausgeschöpft sind, bevor über Einschnitte in der bestehenden Regelung zur Lohnfortzahlung diskutiert wird.

Literatur

European Commission (o. J.): Your Social Security Rights Country by Country; employment-social-affairs. ec.europa.eu → Policies and activities → Moving & working in Europe → EU social security coordination → Your social security ...

Eurostat (o. J.): Mikrodaten EU Arbeitskräfteerhebung; ec.europa.eu/eurostat/de → Daten → Mikrodaten → EU Arbeitskräfteerhebung

Hildebrandt S, Dehl T, Nolting HD (2025): Gesundheitsreport: Analyse der Arbeitsunfähigkeiten – Mythos Rekordkrankenstand. Generation Z in der Arbeitswelt. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 55. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH

Hildebrandt S, Nguyen TH (2025): Krankheitsbedingte Fehlzeiten im europäischen Vergleich – Kurzbericht für die DAK-Gesundheit. IGES Institut

ISSA (International Social Security Association) (o. J.):

Country Profiles; issa.int/databases/country-profiles
L&E Global (2019): Sweden: New Rules Have Entered into Effect Regarding an Employee's Entitlement to Sick Pay Paid by the Employer; leglobal.law → Search: Sweden Sick Pay

Lee J, Lee, J, Koh SB (2025): The Status and Implications of Paid Sick Leave and Sickness Benefits in OECD Countries. Annals of Occupational and Environmental Medicine, Vol. 37, e21

Malý I (2019): Sick Pay Waiting Days Have Been Abolished in the Czech Republic. ESPN Flash Report 2019/10, February 2019. Brüssel: European Commission

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2025): OECD Data Explorer: oecd.org → Search: Sickness absences from work → Table

Pettersson-Lidbom P, Thoursie PS (2013): Temporary Disability Insurance and Labor Supply: Evidence from a Natural Experiment. The Scandinavian Journal of Economics, Vol. 115, No. 2, 485–507

Pollak C (2017): The Impact of a Sick Pay Waiting Period on Sick Leave Patterns. The European Journal of Health Economics, Vol. 18, No. 1, 13–31

WHO (World Health Organization) (2025): Absenteeism from Work due to Illness, Days per Employee per Year; gateway.euro.who.int → Search: Absenteeism from Work due to Illness

Ziebarth NR (2025): Karenztage und Absenkung der Lohnersatzrate – eine ökonomische Einordnung. In: Badura B et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2025. KI und Gesundheit – Möglichkeiten nutzen, Risiken bewältigen, Orientierung geben. Berlin, Heidelberg: Springer, 675–685

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. Dezember 2025)

Die Autorinnen



Susanne Hildebrandt, Jahrgang 1971, hat Mathematik und Physik an den Universitäten in Tübingen und Heidelberg studiert. Sie begann ihre Berufslaufbahn als Versicherungsmathematikerin bei der Inter Krankenversicherung AG in Mannheim. Seit 2007 ist sie Mitarbeiterin im IGES Institut in Berlin, wo sie seit 2020 den Bereich Reporting & Analysen leitet. Hildebrandt ist seit vielen Jahren Autorin von Analysen zum Thema Arbeitswelt und Gesundheit.



Thuy Ha Nguyen, Jahrgang 1992, hat Sozialwissenschaften an den Universitäten in Osnabrück und Düsseldorf studiert. Seit 2020 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am IGES Institut in Berlin im Bereich Arbeitswelt & Prävention. Zuvor war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Düsseldorf im Institut für Medizinische Soziologie tätig. Sie beschäftigt sich mit den Themen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Arbeitswelt und Gesundheit.

Kontakt

Susanne Hildebrandt, IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin, Telefon: 030 230809585, E-Mail: Susanne.hildebrandt@iges.com

Mehr Gruppentherapie bei Arthrose?

von Dr. Martin Roesler

Die CLEAT-Studie zeigt, dass ein kombiniertes Programm aus betreutem Radfahren und Patientenschulung bei Hüftarthrose klinisch ebenso wirksam ist wie die individuelle Standard-Physiotherapie. Schmerz, Funktion und Lebensqualität verbesserten sich vergleichbar in beiden Gruppen. Die Intervention war zudem kosteneffizient und ließ sich gut in bestehende Versorgungsstrukturen integrieren.

Was ist das Problem?

Hüftarthrose ist eine chronisch-degenerative Gelenkerkrankung, die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen verursacht und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt. Sie betrifft vor allem ältere Menschen und stellt eine zunehmende Belastung für das Gesundheitssystem dar. Die Standardversorgung besteht primär aus individuell angepasster Physiotherapie, deren langfristige Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Verhältnis begrenzt sind. Angesichts steigender Fallzahlen besteht Bedarf an innovativen, nachhaltigen Versorgungsmodellen.

Wie wurde untersucht?

Die CLEAT-Studie war eine pragmatische, randomisierte, kontrollierte Studie mit 221 Erwachsenen in England, die an Hüftarthrose litten. Die

Interventionsgruppe erhielt sechs wöchentliche betreute Radfahreinheiten, kombiniert mit edukativen Modulen zu Arthrose und Selbstmanagement. Die Kontrollgruppe erhielt Physiotherapie gemäß dem Standard des National Health Service. Primäre Endpunkte waren Schmerzintensität, körperliche Funktion und gesundheitsbezogene Lebensqualität. Zusätzlich wurde eine gesundheitsökonomische Analyse durchgeführt.

Was folgt daraus?

Die Studie liefert evidenzbasierte Argumente für die Integration bewegungsbasierter Gruppenprogramme mit edukativen Komponenten in die Versorgung von Hüftarthrose. Entscheidungsträger können damit ein kosteneffizientes, patientenzentriertes Modell in der Regelversorgung etablieren. Die Ergebnisse sprechen für eine Umstrukturierung hin zu physiotherapeutischen Gruppenangeboten.

Wainwright TW et al.: Clinical and Cost-Effectiveness of a Cycling and Education Intervention versus Usual Physiotherapy Care for the Treatment of Hip Osteoarthritis in the UK (CLEAT): A Pragmatic, Randomised, Controlled Trial. *Lancet Rheumatol.* 2025 Jul 31. doi: 10.1016/S2665-9913(25)00102-X

Kommentar



Prof. Dr. Christian Kopkow, Professor für Physiotherapie an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg

In aktuellen Leitlinien werden für die Versorgung von Menschen mit Hüftgelenksarthrose Bewegungstherapie, Edukation und Gewichtsreduktion bei Übergewicht empfohlen. Passend dazu zeigt die Studie, dass ein bewegungsbasiertes Gruppenprogramm mit edukativen Komponenten wirkungsvoll ist. Dabei eignet sich Gruppentherapie bei bewegungstherapeutischen Ansätzen häufig gut, da Patienten als Experten in eigener Sache Erfahrungen austauschen und sich gegenseitig motivieren können. Dies erscheint hilfreich, um mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren und beizubehalten. Bewegung hilft, die Symptome der Arthrose zu reduzieren, und hat positive Effekte auf die körperliche und psychosoziale Gesundheit, hilfreich auch bei vorliegenden Komorbiditäten.

Dr. Martin Roesler, Arzt im Stab Medizin im AOK-Bundesverband,
E-Mail: martin.roesler@bv.aok.de

Köpfe

Prof. Dr. Prof. Björn Eskofier leitet das neue Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Nach dem Studium der Elektrotechnik in Erlangen und Stationen an der University of Calgary, der Harvard Medical School, dem Massachusetts Institute of Technology und der Stanford University hatte er zuletzt den Lehrstuhl für Maschinelles Lernen und Datenanalytik an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg inne.

Prof. Dr. Thomas Mendel ist als Professor für Traumatologie des Stammskeletts an die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg berufen worden, wo er bereits sein Medizinstudium absolvierte. Anschließend war er in Halle an der Universitätsklinik, dem BG Klinikum und zuletzt dem BG-Klinikum Bergmannströdt tätig.

Prof. Dr. Matthias Leisegang ist neuer Professor für Translationale Immuntherapie an der Universitätsklinik der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Nach dem Biologiestudium an der Humboldt-Universität forschte er am Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin in Berlin und zuletzt am David and Etta Jonas Center for Cellular Therapy der Universität in Chicago, USA.

Prof. Dr. Nathalie Oexle ist jetzt Heisenberg-Professorin für Suizidprävention und psychische Gesundheit an der Universität Ulm. Sie hat in München, Miami/USA und am schwedischen Karolinska Institut Gesundheitswissenschaften studiert, in Ulm im Fachbereich Public Mental Health promoviert und am Institute of Technology in Chicago/USA sowie am King's College London geforscht. Seit 2018 ist sie Juniorprofessorin für Sozialpsychiatrie.

Kongresse

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
37. Deutscher Krebskongress „zusammen – gezielt – zukunftsfähig“	Patientenzentrierte Versorgung, Chancen und Grenzen künstlicher Intelligenz, Versorgungsgerechtigkeit	18.–21.2.2026, Berlin	Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Kuno-Fischer-Straße 8 14057 Berlin	deutscher-krebskongress.de > Teilnahme E-Mail: teilnehmer-dkk@kukm.de Telefon: 03643 24681696
Deutsche Schmerz- und Palliativtage 2026	Schwerpunkt: Rücken- und Gelenkschmerzen	19.–21.3.2026, Frankfurt/Main	Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS) Lennéstraße 9 10785 Berlin	dgschmerzmedizin.de/kongresse/deutsche-schmerz-und-palliativtage > Anmeldung; E-Mail: schmerztag@interplan.de
132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin	Interprofessionelle Versorgung, digitale Transformation, Transition, Long Term Survivorship	18.–21.4.2026, Wiesbaden	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin Irenenstraße 1 65189 Wiesbaden	kongress.dgim.de/ > Registrierung E-Mail: alexander.feuerstein@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 41062910
75. Wissenschaftlicher Kongress „Der Öffentliche Gesundheitsdienst“	Pakt für den ÖGD, Lehren aus der Pandemie, Weiterentwicklung und zukünftige Aufgabenwahrnehmung des ÖGD	20.–23.4.2026, Wuppertal	BV der Ärztinnen und Ärzte des Öff. Gesundheitsdienstes Joachimsthaler Straße 31–32 10719 Berlin	bvoegd-kongress.de > Jetzt anmelden E-Mail: info@congress-compact.de Telefon: 030 88727370

Impressum

G+G Wissenschaft (GGW) ist eine Verlagsbeilage von „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) **Herausgeber:** Wissenschaftliches Institut der AOK (WldO), Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Internet: wido.de **Verlag:** AOK Medien GmbH, Lilienthalstraße 1–3, 53424 Remagen, Telefon: 02642 9310; Niederlassung Berlin: Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Telefon: 030 220110, E-Mail: info@aok-medien.de, Internet: aok-medien.de, Geschäftsführer: Frank Schmidt, Thomas Reiner, AG Koblenz HRB 13100, W-IdNr.: DE122263947-00001 **Redaktion:** Ines Körver (verantwortl.), Dr. Silke Heller-Jung (AOK Medien); Dr. David Scheller-Kreinsen, Helmut Schröder (WldO) **Grafik:** Geertje Klausgraber **Druck:** H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin · Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter aok.de/pp → Datenschutz