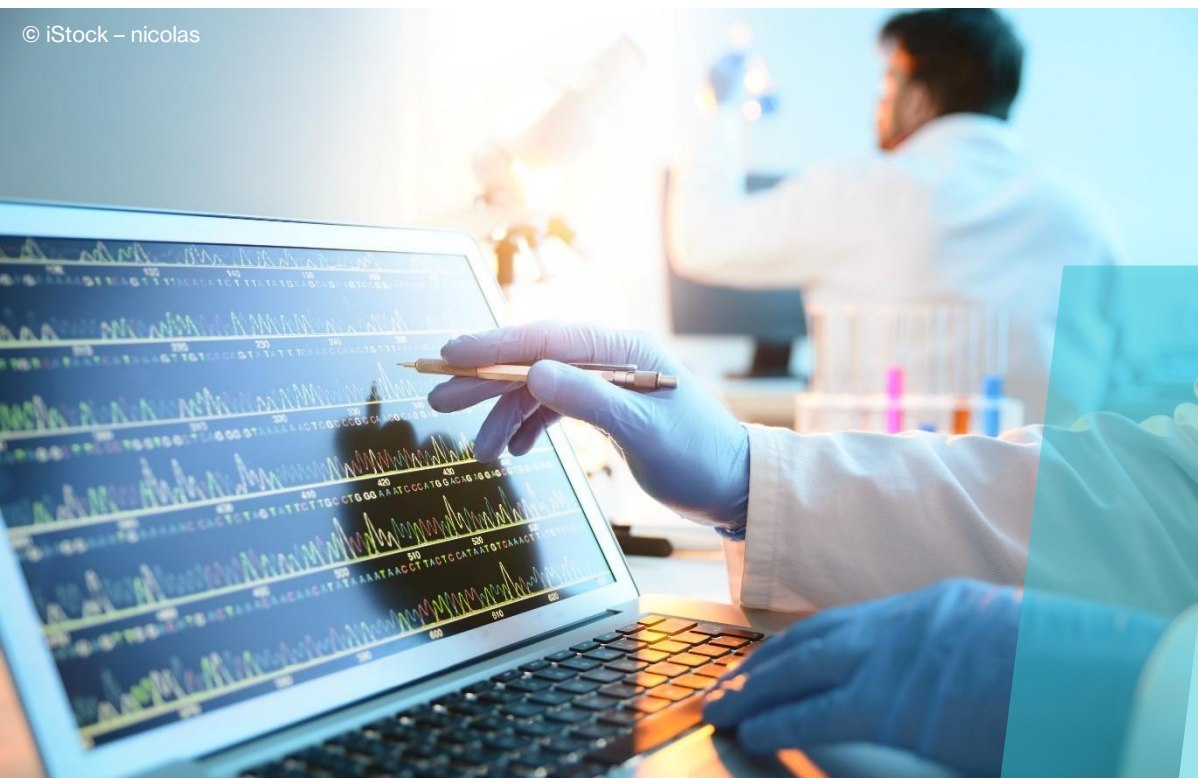


STUDIE

Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen

Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW)



© iStock – nicolas

Von

Markus Hoch
Paula Kostrzewa
Dr. Stefan Moog
Hauke Toborg
Frederick Vierhub-Lorenz

Auftraggeber

Bundesverband der deutschen Industrie
e. V. (BDI)

Abschlussdatum

November 2025

Enabling progress. With evidence.

Prognos gibt Orientierung in Zeiten der Ungewissheit. Wir vereinen Wirtschaftsforschung und Strategieberatung, um tragfähige Entscheidungen in komplexen Umfeldern zu ermöglichen. Unsere belastbaren Daten, präzisen Analysen und innovativen Methoden unterstützen Verantwortliche in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft dabei, den Wandel aktiv zu gestalten. So ermöglichen wir Fortschritt mit Substanz. Für Entscheidungen, die auf Evidenz beruhen.

Geschäftsführer

Christian Böllhoff

Gründungsjahr

1959

Präsident des Verwaltungsrates

Dr. Jan Giller

Arbeitssprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Handelsregisternummer

Berlin HRB 87447 B

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer

DE 122787052

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem
Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel-Stadt
Handelsregisternummer
CH-270.3.003.262-6

Unsere Standorte

Hauptsitz der Prognos AG in der Schweiz

Prognos AG

St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel

info@prognos.com

X: [Prognos AG](#)

LinkedIn: [@Prognos_AG](#)

[prognos.com](https://www.prognos.com)

Weitere Standorte der Prognos AG in Deutschland

Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin

Prognos AG
Domshof 21
28195 Bremen

Prognos AG
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Str. 17
79100 Freiburg

Prognos AG
Hermannstraße 13
(c/o WeWork)
20095 Hamburg

Prognos AG
Nymphenburger Str. 14
80335 München

Prognos AG
Eberhardstr. 12
70173 Stuttgart

Standort der Prognos AG in Belgien

Prognos AG
Résidence Palace, Block C
Rue de la Loi 155
1040 Brüssel

Tochtergesellschaft in Österreich

Prognos Europe GmbH
Walcherstraße 11
1020 Wien

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1 Hintergrund und Ziele	8
2 Gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Nutzen von Investitionen in Gesundheit	9
2.1 Volkswirtschaftliche Effekte von vermiedener Arbeitsunfähigkeit und verlängerten Erwerbsbiografien	9
2.2 Zahlreiche Studien belegen ebenfalls einen hohen wirtschaftlichen Nutzen von Innovationen	10
2.3 Auch bei ganzheitlicher Betrachtung sind Gesundheitsinnovationen gesellschaftlich und wirtschaftlich von Vorteil	11
3 Effizienzpotenziale im Wirkungsbereich der industriellen Gesundheitswirtschaft	12
3.1 Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf	12
3.2 Vorüberlegungen und Annahmen zur Quantifizierung	13
3.3 Effizienzpotenziale nach iGW-Bereichen	14
3.4 Szenariobasierte Analyse der Effizienzpotenziale für eine nachhaltige GKV-Finanzierung	21
4 Weitere Beispiele für Effizienzpotenziale	28
4.1 Im Wirkungsbereich der iGW	28
4.2 Außerhalb des direkten Wirkungsbereichs der iGW	33
5 Ganzheitliche Betrachtung: Berücksichtigung der Kosten	37
5.1 Allgemeine Kostenfaktoren	38
5.2 Spezielle Kostenfaktoren der wichtigsten Leistungsbereiche	40
6 Fazit	45

Anhang	48
A. Entscheidungsprozess zur systematischen Auswahl und Bewertung von Effizienzbeispielen zur Szenariomodellierung	48
B. Tabellen der gesetzlichen Maßnahmen	49
Tabellenverzeichnis	52
Abbildungsverzeichnis	53
Quellenverzeichnis	54
Impressum	65

Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor erheblichen finanziellen Herausforderungen, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Demografischer Wandel, steigende Gesundheitsausgaben und wirtschaftliche Unsicherheiten erhöhen den Druck auf die Finanzierung. Die Studie untersucht die Rolle der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW) im Kontext der finanziellen Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere der GKV. Die iGW umfasst die Bereiche Arzneimittel, Medizintechnik, Biotechnologie und digitale Gesundheitslösungen (E-Health) und ist mit Blick auf die Hebung von Effizienzpotenzialen im System ein zentraler Akteur. Ziel der Untersuchung ist es, Möglichkeiten zur Kostenreduktion und Qualitätssteigerung durch Innovationen zu identifizieren und deren Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung der GKV quantitativ zu analysieren.

Effizienzpotenziale im Wirkungsbereich der iGW

Im Zentrum der Studie steht die Analyse quantifizierbarer Effizienzpotenziale im Wirkungsbereich der iGW. Hierzu wurden rund 80 Beispiele aus Forschung, Praxis und Literatur systematisch erfasst und bewertet. Davon wurden **21 Beispiele** als hinreichend quantifizierbar eingestuft und als Basis für die Szenariorechnung zu den Effekten auf die GKV-Finanzierung verwendet. Die Potenziale verteilen sich auf die Hauptbereiche der iGW: Medizintechnik, E-Health sowie Humanarzneimittel und Biotechnologie. Die größten Einsparpotenziale ergeben sich im Bereich der Medizintechnik und insbesondere durch die Ambulantisierung stationärer Leistungen. E-Health-Lösungen wie Telemedizin, Registersysteme und KI-gestützte Diagnostik versprechen ebenfalls erhebliche Effizienzgewinne. Im Bereich der Arzneimittel und Biotechnologie tragen innovative Therapien, Biosimilars und personalisierte Medizin zur Kostensenkung bei.

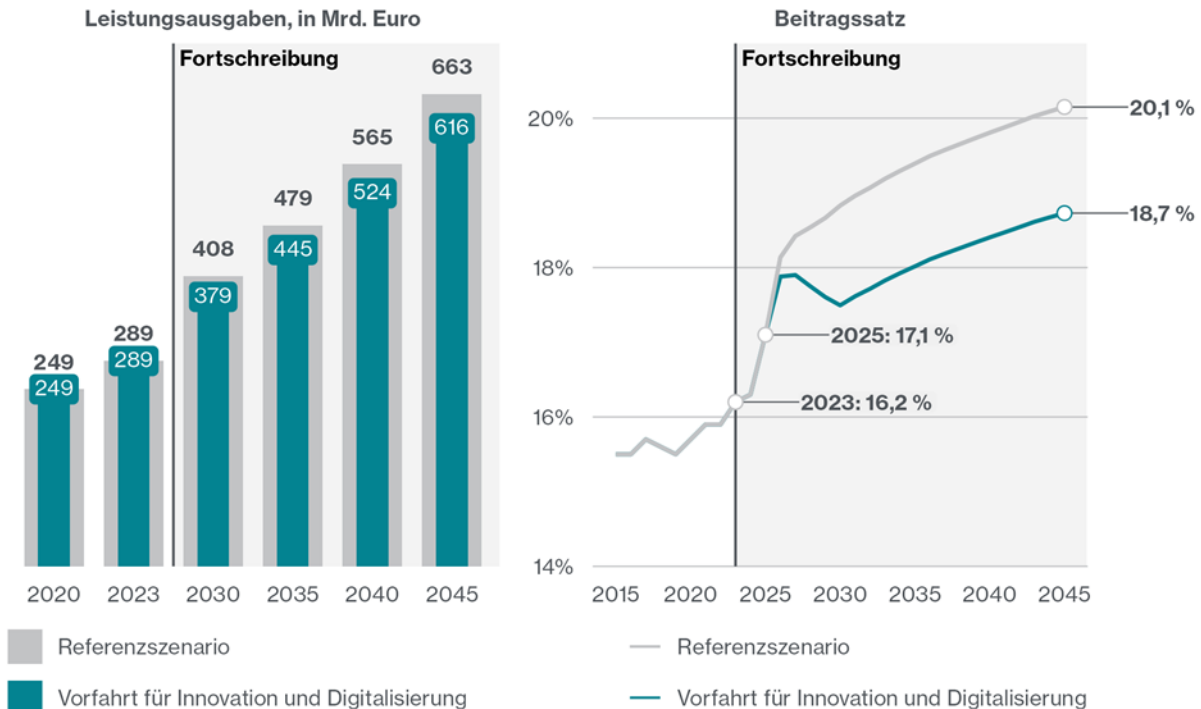
Einsparpotenziale im GKV-System: Zunahme von aktuell 21 auf 47 Mrd. Euro (2045)

Insgesamt lassen sich aus den analysierten Beispielen **Einsparpotenziale** von aktuell **jährlich über 20,8 Mrd. Euro** ableiten (47 Mrd. Euro in 2045), die sich direkt auf die GKV-Leistungsausgaben beziehen. Diese Potenziale wurden in zwei Szenarien modelliert:

- Im **Referenzszenario**, das von einer Fortschreibung der aktuellen Rahmenbedingungen ausgeht, steigen die GKV-Leistungsausgaben bis 2045 auf 663 Mrd. Euro. Dies hat eine **Erhöhung des Beitragssatzes von derzeit 17,1 Prozent auf 20,1 Prozent** zur Folge.
- Im **Szenario Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung**, das die schrittweise Realisierung der identifizierten Effizienzpotenziale ab 2026 unterstellt, steigen die Ausgaben nur auf 616 Mrd. Euro. Dies entspricht einer **Einsparung von 47 Mrd. Euro** gegenüber dem Referenzszenario und ermöglicht eine Begrenzung des Beitragssatzes auf 18,7 Prozent im Jahr 2045. Die **Beitragssatzreduktion um 1,4 Prozentpunkte** würde Versicherte und Unternehmen spürbar entlasten.

Entwicklung der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes

Szenario Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung



Quelle: BMG, BAS, Statistisches Bundesamt, SOEP v39, eigene Berechnungen

© Prognos 2025

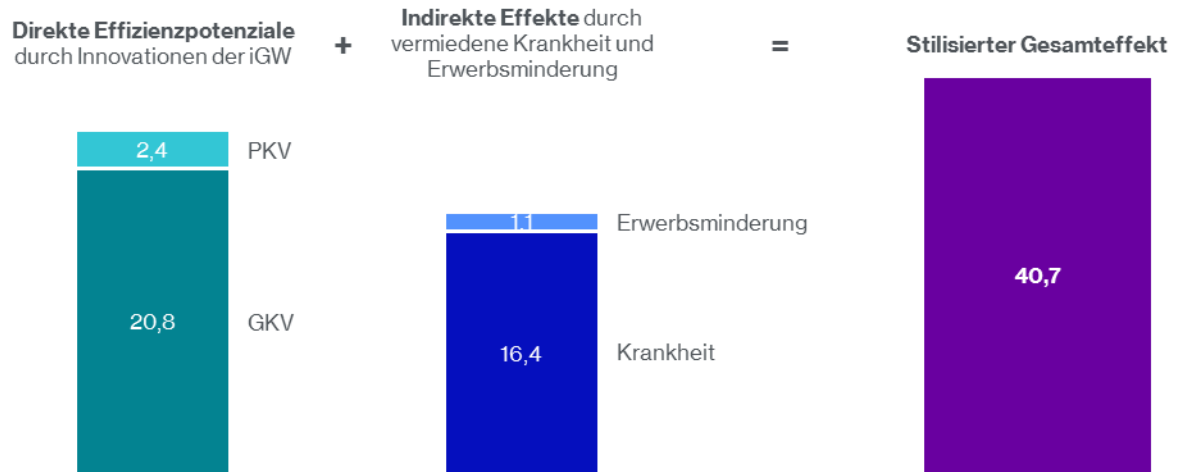
Effizienzpotenziale schaffen volkswirtschaftlichen und gesamtgesellschaftlichen Nutzen

Die iGW kann nicht nur zur finanziellen Stabilisierung der GKV beitragen, sondern auch die Versorgungsqualität verbessern. Darüber hinaus existieren weitere Effizienzreserven außerhalb des direkten Wirkungsbereichs der iGW, etwa durch eine optimierte Patientensteuerung, eine konsequente Digitalisierung der GKV-Administration oder durch präventive Maßnahmen. In diesem Zusammenhang wird auch eine ordnungspolitisch korrekte Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen diskutiert. Diese haben ein Volumen von knapp 60 Mrd. Euro. Eine vollständige Steuerfinanzierung dieser Leistungen könnte den Beitragssatz zusätzlich um bis zu 3,0 Prozentpunkte senken.

Neben den direkten Einsparungen zeigt die Studie die volkswirtschaftlichen Effekte von Gesundheitsinnovationen auf. Ein vermiedener Krankheitstag entspricht einer zusätzlichen Bruttowertschöpfung von rund 360 Euro. Hochgerechnet auf alle Erwerbstätigen ergibt dies rechnerisch rund 16,4 Mrd. Euro an zusätzlicher Bruttowertschöpfung. Die Vermeidung eines Erwerbsunfähigkeitsjahres bringt hingegen einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen von rund 98.500 Euro pro Person. Wird unterstellt, dass die Erwerbsunfähigkeit in gleichem Umfang sinkt wie die Krankheitstage, entspricht dies hochgerechnet einem Effekt von 1,1 Mrd. Euro. Insgesamt resultiert so ein **volkswirtschaftlicher Gesamteffekt von über 40 Mrd. Euro** für das Jahr 2023.

Volkswirtschaftliche Effekte im Zusammenhang mit Gesundheitsinnovationen

Stilisiertes Potenzial in Mrd. Euro, 2023



Quelle: Eigene Berechnungen

© Prognos 2025

Diese Zahlen verdeutlichen, dass Investitionen in Gesundheitsinnovationen nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch sinnvoll sind und einen wichtigen Beitrag zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems leisten können.

1 Hintergrund und Ziele

Das deutsche Gesundheitssystem steht gegenwärtig vor erheblichen finanziellen Herausforderungen, die sich aus einer Kombination von demografischen Veränderungen, steigenden Gesundheitskosten und einer anhaltenden wirtschaftlichen Rezession ergeben. Insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sieht sich zunehmend mit Defiziten konfrontiert, was die Notwendigkeit nachhaltiger Reformen zur Sicherung der finanziellen Stabilität und der Qualität der medizinischen Versorgung unterstreicht. Die Ausgaben der GKV sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Dies hat einen direkten Einfluss auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler und die allgemeine Finanzierung des Gesundheitssystems.

In diesem Kontext kommt der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW) eine zentrale Rolle zu. Die iGW umfasst die Bereiche Arzneimittel, Medizintechnik, Biotechnologie und digitale Gesundheitslösungen (E-Health). Durch die Entwicklung und Implementierung innovativer Technologien und Dienstleistungen trägt die iGW zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei, schafft signifikante Effizienzpotenziale im System und hilft, Kosten zu senken. Durch präventive diagnostische Gesundheitsmaßnahmen und Impfungen lassen sich Krankheiten frühzeitig erkennen oder verhindern, der Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und die sozialen Sicherungssysteme entlasten.

Vor diesem Hintergrund hat der Ausschuss industrielle Gesundheitswirtschaft des Bundesverbands der Deutschen Industrie (BDI) Prognos beauftragt, die Rolle der iGW im Hinblick auf eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems zu untersuchen. Ziel ist es, die stabilisierenden Effekte von Gesundheitsinnovationen zu identifizieren und zu analysieren, wie diese in Zukunft effektiver genutzt werden können. Hierbei wird sowohl die aktuelle als auch die zukünftige Situation betrachtet. Die vorliegende Studie ist wie folgt gegliedert:

- Zunächst wird **der gesellschaftliche und wirtschaftliche Nutzen von Investitionen in Gesundheit** herausgearbeitet (Abschnitt 2).
- Darauf aufbauend werden **quantifizierbare Effizienzpotenziale im Wirkungsbereich der iGW** identifiziert und es wird deren möglicher Beitrag für Ausgabeneinsparungen im Gesundheitswesen abgeschätzt (Abschnitt 3). Dabei werden Szenariorechnungen durchgeführt, um zu analysieren, wie sich diese Effizienzpotenziale auf die zukünftige Entwicklung der **GKV-Finzen und die resultierenden Beitragssätze** auswirken.
- Anschließend werden weitere **Beispiele für Effizienzpotenziale** aufgezeigt, die über den Wirkungsbereich der iGW hinausgehen und im Rahmen der Studie nicht umfassend quantifiziert werden konnten (Abschnitt 4).
- Um eine ganzheitliche Betrachtung zu gewährleisten, wird die Kostenseite beleuchtet und aufgezeigt, welche **Ursachen in den letzten Jahren für Ausgabensteigerungen** in den einzelnen Leistungsbereichen maßgeblich waren (Abschnitt 5).
- Abschließend wird vor dem Hintergrund der Analysen ein **Fazit** gezogen und ein stilisierter volkswirtschaftlicher Gesamteffekt im Zusammenhang mit Innovationen der iGW skizziert (Abschnitt 6).

2 Gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Nutzen von Investitionen in Gesundheit

Investitionen in das Gesundheitswesen bringen vielfältige gesellschaftliche und wirtschaftliche Vorteile mit sich. Diese Vorteile zeigen sich in verschiedenen Bereichen und tragen zur Stärkung des Gesundheitssystems, zur Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung sowie zur Steigerung von Wertschöpfung und Beschäftigung bei. Die relevantesten Wirkmechanismen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Produktivitätssteigerung durch vermiedene Arbeitsunfähigkeit:** Gesundere Erwerbstätige fallen seltener krankheitsbedingt aus und können ihre Arbeitskraft konzentrierter und engagierter einbringen. Präventive Maßnahmen und frühzeitige Interventionen senken nachweislich Fehlzeiten und reduzieren den Bedarf an Vertretungspersonal, was zu weiteren Kosteneinsparungen seitens der Unternehmen führt. Gesundheit zahlt sich also auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive aus.
- **Verlängerung der Erwerbsbiografie:** Durch verbesserte Therapien und präventive Ansätze können vorzeitige Renteneintritte durch Erwerbsminderung insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder kardiovaskulären Erkrankungen vermieden oder hinausgezögert werden. Hierdurch können Kosten für Sozialleistungen gesenkt werden. Eine gesündere Bevölkerung entlastet somit langfristig die sozialen Sicherungssysteme.
- **Vermeidung von Folgeerkrankungen:** Früherkennung und Prävention verhindern chronische Erkrankungen und reduzieren daraus resultierende sekundäre Krankheitsbilder wie Depressionen bei chronischen Schmerzen. Dies senkt auf lange Sicht sowohl die Behandlungskosten als auch den Pflegebedarf. Dies führt wiederum zu
- **Entlastungen bei der informellen Pflege und der Hausarbeit:** Eine höhere Selbstständigkeit im Alter verringert die Belastung von Angehörigen und reduziert Erwerbsausfälle durch häusliche Pflegeverpflichtungen.

2.1 Volkswirtschaftliche Effekte von vermiedener Arbeitsunfähigkeit und verlängerten Erwerbsbiografien

Die Auswirkungen vermiedener Arbeitsunfähigkeit sowie einer verlängerten Erwerbsbiografie auf die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung und die Sozialversicherungssysteme lassen sich überschlagsweise abschätzen. Das IAB gibt für 2023 rund 45,9 Mio. Erwerbstätige an und weist durchschnittlich 15,2 Krankheitstage aus (IAB 2025). Die Bruttowertschöpfung (BWS) lag im Jahr 2023 bei 3.854 Mrd. Euro, was einer durchschnittlichen Bruttowertschöpfung (BWS) je Erwerbstätigen rund 84.000 Euro entspricht.¹ Pro gesunden Arbeitstag und Erwerbstätigen

¹ Für die volkswirtschaftlichen Effekte ist in der hier durchgeführten Modellrechnung die BWS je Erwerbstätigen zugrunde gelegt. Dieses umfassende Konzept hat in der Makrobetrachtung den Vorteil, dass Teileffekte, wie etwa Produktivitätsgewinne, nicht einzeln betrachtet werden müssen. Vielmehr sind diese Bestandteil der makroökonomischen Entwicklung der BWS, die ex post aus der Statistik der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen entnommen werden kann.

ergeben sich so ca. 360 Euro BWS. Das bedeutet für das Jahr 2023 rechnerisch rund 16,4 Mrd. Euro je durchschnittlichen Krankheitstag und veranschaulicht das enorme **Potenzial von Prävention und wirkungsvoller gesundheitlicher Versorgung**.

Hohe indirekte Kosten entstehen insbesondere durch Erwerbsunfähigkeit und vorzeitigen Renteneintritt. Allein die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) gab im Jahr 2023 rund 22,4 Mrd. Euro für Renten infolge verminderter Erwerbsunfähigkeit aus (DRV 2024). Im selben Jahr gab es in Deutschland rund 164.000 Neuzugänge in die Rente wegen Erwerbsminderung (EM). Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des Rentenzugangs lag bei etwa 54 Jahren und die durchschnittlichen Ausgaben je Rentenzugang beliefen sich auf rund 14.500 Euro jährlich.² Bezogen auf das Jahr 2023, könnten Gesundheitsinnovationen durch die Vermeidung eines Jahres in Erwerbsunfähigkeit bereits zu einer dauerhaften Einsparung von rund 2,4 Mrd. Euro für die GRV führen. Dies entspricht rund 10 Prozent der Gesamtausgaben für EM-Renten. Gesundheitsinnovationen würden somit auch einen Beitrag zur Tragfähigkeit der GRV leisten.

Hinzu kommt analog zu den Krankheitstagen der gesellschaftliche Nutzen durch die Vermeidung erwerbsminderungsbedingter Produktivitätsausfälle. Unterstellt man, dass es sich bei den EM-Rentenzugängen um Personen handelt, die stattdessen ein durchschnittliches Einkommen erzielen, ergibt sich daraus für jedes Jahr der Erwerbsunfähigkeit ein wirtschaftlicher Verlust von durchschnittlich rund 84.000 Euro an Bruttowertschöpfung oder insgesamt 13,7 Mrd. Euro. Einschließlich der Einsparungen für die GRV beläuft sich der **gesamtgesellschaftliche Nutzen bei Vermeidung eines Erwerbsunfähigkeitsjahres** für das Jahr 2023 somit auf rund 98.500 Euro je Person oder insgesamt 16,2 Mrd. Euro.³

Die Anzahl der durch Gesundheitsinnovationen vermeidbaren Arbeitsunfähigkeitstage sowie das Ausmaß einer möglichen Verlängerung von Erwerbsbiografien lässt sich nicht genau quantifizieren. Für einzelne Krankheitsbilder liegen zwar entsprechende Daten vor, jedoch nicht flächendeckend für sämtliche in der Studie identifizierten Effizienzpotenziale. Dennoch verdeutlichen die hier vorgenommenen Berechnungen, dass bereits kleine Fortschritte bei der Vermeidung von Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit einen erheblichen volkswirtschaftlichen Nutzen entfalten können.⁴

2.2 Zahlreiche Studien belegen ebenfalls einen hohen wirtschaftlichen Nutzen von Innovationen

Die Bedeutung technologischer Innovationen als Triebfeder wirtschaftlichen Wachstums wird aktuell durch den Wirtschaftsnobelpreis 2025 hervorgehoben. Die Gesundheitsbranche als innovativer Sektor trägt maßgeblich zu diesem Wachstum bei. So belegen auf übergeordneter Ebene zahlreiche Studien die zuvor beschriebenen Effekte und den damit verbundenen positiven Einfluss einer gesünderen Gesellschaft auf das wirtschaftliche Wachstum. So zeigen Projektionen aus dem „2024 Ageing Report“ (Europäische Kommission 2024), dass ein gezieltes „Healthy

² Einschließlich der Beiträge an die gesetzliche Krankenversicherung.

³ Analog zeigen Berechnungen von Prognos die positiven volkswirtschaftlichen Effekte von medizinischer Rehabilitation (Prognos 2024).

⁴ Im Fazit erfolgt eine stilisierte Hochrechnung der Effekte für den Fall, dass durch Gesundheitsinnovationen ein Arbeitstag „gewonnen“ werden kann.

Ageing“-Szenario das Wachstum der Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP in den kommenden Jahrzehnten verlangsamen und gleichzeitig die Kosten für Langzeitpflege sowie den Bedarf an Pflegepersonal deutlich senken könnte. Auch die „Health-Led Growth“-Analyse von Atilgan et al. (2024) bestätigt mithilfe ökonometrischer Verfahren auf Basis fortgeschrittener Paneldaten, dass höhere Gesundheitsausgaben in OECD-Staaten mit einem Anstieg des Bruttoinlandsprodukts pro Kopf korrelieren. Dabei spielen die Finanzierungssysteme sowie die Ausgestaltung präventiver Maßnahmen jedoch eine zentrale Rolle. Der Bericht „Health as an Economic Imperative“ (BIAC 2025) unterstreicht ebenfalls die **volkswirtschaftliche Relevanz strategischer Gesundheitsinvestitionen** wie Impfprogramme, Gesundheitstechnologien und innovative Behandlungsansätze. Konkret für Deutschland konnte bereits in einer früheren Studie von Karmann et al. (2016) gezeigt werden, dass durch medizinisch-technischen Fortschritt Produktivitätsgewinne in Höhe von 306,2 Mrd. Euro entstanden. Rund 54 Prozent davon entfielen laut Studie auf vermiedene Erwerbsunfähigkeit; weitere Faktoren umfassten etwa Produkt- und Prozessinnovationen.

Neben diesen übergreifenden Betrachtungen lässt sich der wirtschaftliche und gesellschaftliche Nutzen auch für einzelne Teilbereiche des Gesundheitswesens anhand von Studien belegen. So zeigt eine Untersuchung von Lichtenberg (2019) für elf europäische Länder die Wirkung neu zugelassener Arzneimittel auf Erwerbsminderung durch gesundheitliche Beeinträchtigungen. Demnach leisteten Arzneimittelinnovationen zwischen 1982 und 2015 einen bedeutenden Beitrag dazu, dass Menschen trotz schwerer Erkrankungen länger im Arbeitsleben verbleiben konnten. Fortschritte in der medikamentösen Therapie reduzierten die Wahrscheinlichkeit schwerer Einschränkungen im Jahr 2015 von knapp 22 auf gut 17 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit jeglicher Einschränkungen sank sogar von 61 auf gut 53 Prozent.

Im Bereich der Frauengesundheit zeigt eine aktuelle Analyse von McKinsey (2023), dass das Schließen bestehender Versorgungslücken erhebliche Effizienzpotenziale für Gesundheitssysteme weltweit birgt. Verbringen Frauen mehr Jahre als Männer in schlechter Gesundheit, wirkt sich dies negativ auf Produktivität, Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität aus. Laut den Autorinnen könnte eine gezielte Verbesserung der Frauengesundheit das globale Bruttoinlandsprodukt bis 2040 jährlich um mindestens eine Billion US-Dollar steigern. Für Deutschland lassen sich daraus zwar keine belastbaren Ergebnisse ableiten – dennoch verdeutlichen Beispiele wie die durch moderne Brustkrebstherapien zwischen 2017 und 2023 erhaltenen Produktivitätswerte von rund 8 Mrd. Euro (Wifor 2024), dass sich Investitionen in Frauengesundheit auch ökonomisch lohnen können.

2.3 Auch bei ganzheitlicher Betrachtung sind Gesundheitsinnovationen gesellschaftlich und wirtschaftlich von Vorteil

Die genannten Studien verdeutlichen, dass **Gesundheitsausgaben** nicht allein unter dem Gesichtspunkt gesundheitlicher Outcomes betrachtet werden sollten, sondern dass sie **als Investitionen in Humankapital** die ökonomische Entwicklung stimulieren. Dass sich dies unter Berücksichtigung sowohl von Einsparungen als auch von Kosten lohnen kann, zeigen verschiedene Analysen. So berechnet Lichtenberg (2022) für die Schweiz, dass im Jahr 2018 rund 85 Prozent der Ausgaben für zwischen 1990 und 2011 registrierte Medikamente durch vermiedene stationäre, kurative und rehabilitative Behandlungen kompensiert wurden. Ähnliche

Ergebnisse liefert eine aktuellere Analyse von Polignano (2022). Diese zeigt auf, dass von Pharmaunternehmen geförderte klinische Studien neben direkten Forschungsinvestitionen erhebliche Einsparungen für das Gesundheitssystem generieren. So wurden zwischen 2018 und 2020 für den italienischen National Health Service (NHS) aus einem Forschungseinsatz von rund 235.000 Euro Einsparungen in Höhe von rund 630.000 Euro erzielt – unter Berücksichtigung der zusätzlichen Investitionen für den NHS durch die forschenden Unternehmen entspricht das einem Spareffekt von über drei Euro für jeden investierten Euro.

Die Studienlage legt somit insgesamt den Schluss nahe, dass Investitionen in Gesundheitsinnovationen – unter Berücksichtigung der damit verbundenen Kosten und im Gesamtkontext des Gesundheitssystems – nicht nur gesellschaftlich, sondern auch wirtschaftlich vorteilhaft sind.

3 Effizienzpotenziale im Wirkungsbereich der industriellen Gesundheitswirtschaft

3.1 Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf

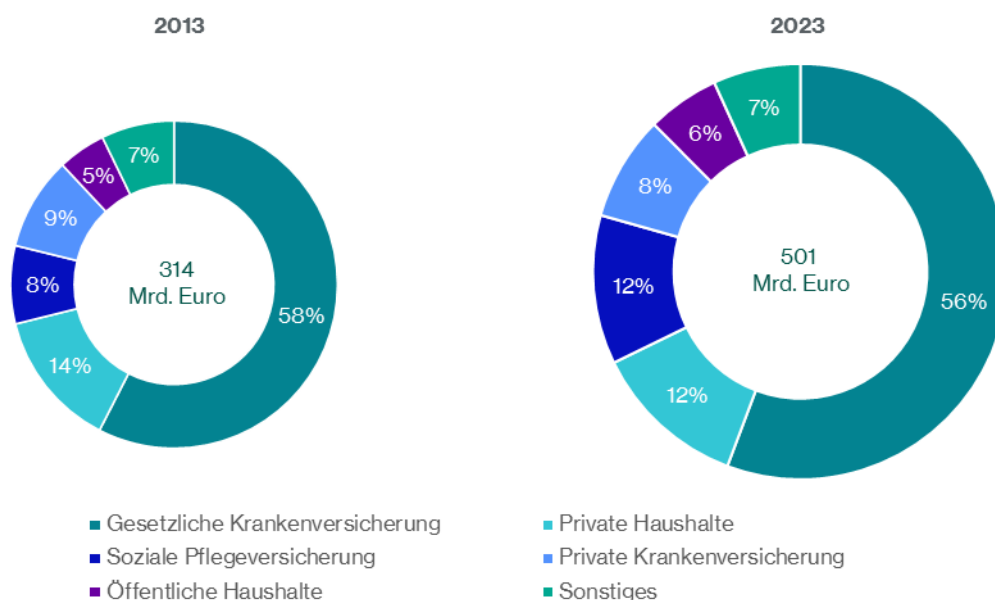
In den letzten Jahren sind die Gesundheitsausgaben deutlich gestiegen – von 314 Mrd. Euro im Jahr 2013 auf 501 Mrd. Euro im Jahr 2023, dem jüngsten Jahr mit verfügbaren Daten (Abbildung 1). Dies entspricht einem Anstieg von 59 Prozent. Nominal entspricht das einem Anstieg um rund 4,8 Prozent pro Jahr. Inflationsbereinigt (Verbraucherpreisindex für Deutschland) beträgt der Anstieg 27 Prozent bzw. gut 2,4 Prozent pro Jahr. Im gleichen Zeitraum ist der **Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt** von 11,0 auf 12,0 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt 2025b). In einer alternden Bevölkerung ist ein Anstieg der Gesundheitsausgaben grundsätzlich nicht überraschend. Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein isolierter Blick auf die Ausgaben zu kurz greift. Vielmehr ist eine Kosten- und Nutzenabwägung notwendig, um auch den „Gegenwert“ steigender Gesundheitsausgaben abzubilden.

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland werden vom Statistischen Bundesamt nach international anerkannten Standards erfasst und gegliedert. Dabei wird statistisch zwischen Ausgabenträgern (Finanzierungsquellen) und Leistungsbereichen (Verwendungszwecke der Ausgaben) unterschieden. Bei der Betrachtung der Dynamik der Ausgabenentwicklung nach Ausgabenträgern sticht insbesondere die Pflegeversicherung hervor: Ihr Anteil an den Gesundheitsausgaben wuchs von 8 Prozent im Jahr 2013 auf 12 Prozent im Jahr 2023. In

absoluten Zahlen bedeutet dies eine Steigerung der Ausgaben um 140 Prozent (inflationsbereinigt 91 Prozent).⁵

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern

In Mrd. Euro bzw. in Prozent, 2013 und 2023



Quelle: Statistisches Bundesamt 2025

© Prognos 2025

Mit einem Anteil von 56 Prozent im Jahr 2023 ist die **GKV weiterhin der mit deutlichem Abstand größte Ausgabenträger**. Die Ausgaben stiegen von 183 Mrd. Euro im Jahr 2013 auf 289 Mrd. Euro im Jahr 2023. Dies bedeutet einen Zuwachs um 58 Prozent bzw. 26 Prozent inflationsbereinigt. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl an GKV-Versicherten um rund 4,4 Mio. Personen gestiegen. Je Versicherter und Versichertem in der GKV entsprach dies einem Anstieg von etwa 2.800 Euro auf etwa 4.100 Euro (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2025).

3.2 Vorüberlegungen und Annahmen zur Quantifizierung

Das Gesundheitssystem steht angesichts demografischer Veränderungen, wachsender Versorgungsansprüche und stetig steigender Ausgaben unter Finanzierungsdruck. Ein wesentlicher Ansatz zur Bewältigung dieser Herausforderungen ist das **Identifizieren und Ausschöpfen von Effizienzpotenzialen**. Im Rahmen der vorliegenden Studie werden ausschließlich solche Effizienzpotenziale betrachtet, bei denen die Qualität der Versorgung mindestens erhalten bleibt und im besten Fall sogar verbessert wird. In diesem Zusammenhang erweist sich die industrielle Gesundheitswirtschaft als bedeutender Akteur. Sie bietet großes

⁵ Bei den Ausgaben der öffentlichen Haushalte ist erwähnenswert, dass diese im Jahr 2022 mit 51,4 Mrd. einen Höchststand erreichten. Grund hierfür waren insbesondere die pandemiebedingten Transfers des Bundes an die GKV, etwa für Tests, Impfkampagnen und Ausgleichszahlungen. Diese wurden im Jahr 2022 noch umfangreich geleistet, 2023 aber bereits wieder deutlich reduziert.

Potenzial, die Gesundheitsversorgung durch technologische Innovationen und neue Dienstleistungen zu verbessern, Kosten zu senken und die Versorgungsqualität nachhaltig zu steigern.

Die iGW vereint die Bereiche **Arzneimittel, Medizintechnik, Biotechnologie und digitale Gesundheitslösungen (E-Health)**. Durch gezielte Forschung und Entwicklung in diesen Feldern lassen sich Prävention, Diagnostik und Therapie optimieren sowie effizientere (digitale) Prozesse gestalten. Dies eröffnet Möglichkeiten zur Steigerung von Kosteneffizienz und Versorgungsqualität. Innovative Gesundheitslösungen können etwa dazu beitragen, Krankheitsverläufe zu verkürzen, Folgeerkrankungen zu vermeiden und dadurch die Sozialversicherungssysteme – insbesondere die GKV – finanziell zu entlasten. Effizientere Prozesse wiederum ermöglichen eine schnellere und präzisere Diagnostik, standardisierte Behandlungspfade, weniger Komplikationen und Revisionen sowie die Reduktion ineffektiver Therapieformen.

Um die Chancen und Auswirkungen der iGW für eine zukunftsfähige, nachhaltige Gesundheitsversorgung zu beleuchten, werden in der folgenden Analyse ihre Effizienzpotenziale dargestellt, mit den Ausgabenstrukturen der GKV verknüpft und mögliche Kosteneinsparungen im Wirkungsbereich der iGW quantifiziert. Der Fokus liegt auf der GKV, nicht nur aufgrund ihrer umfassenden Datenlage, sondern auch, weil sie den größten Anteil an den Gesundheitsausgaben trägt (Abschnitt 2.1). Die analysierten Beispiele lassen sich in der Regel auf andere Leistungsträger im Gesundheitssystem übertragen – etwa auf die Private Krankenversicherung (PKV).

3.3 Effizienzpotenziale nach iGW-Bereichen

Zur näherungsweisen Abschätzung der Effizienzpotenziale der iGW für das Gesundheitssystem und die GKV wurden zunächst Beispiele für potenzielle Einsparungen recherchiert. Dafür erfolgte einerseits eine Literaturanalyse, bei der wissenschaftliche Studien und Publikationen auf einschlägige Beispiele hin untersucht und systematisch dokumentiert wurden. Andererseits übermittelten die an der Studie beteiligten Unternehmen der iGW Beispiele für Effizienzpotenziale aus ihrem eigenen Wirkungsbereich.

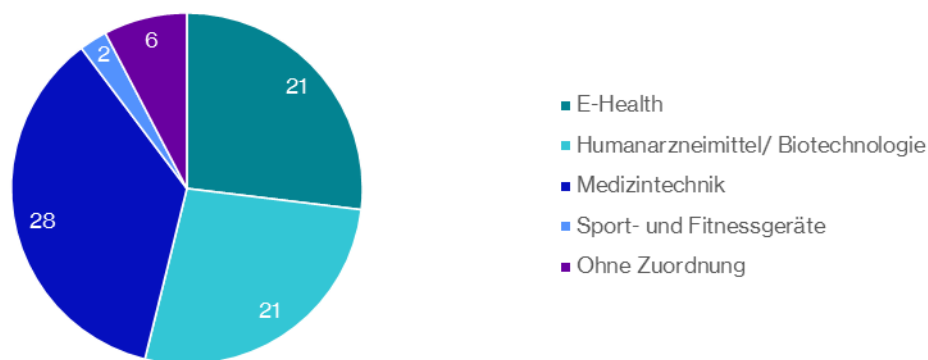
Die Beispiele wurden den einzelnen Teilbereichen der iGW zugeordnet und anhand der wichtigsten Leistungsbereiche der GKV (Arzneimittel, ärztliche Behandlungen, Hilfsmittel, Krankenhausbehandlungen, Prävention etc.) gruppiert. Auf dieser Basis lassen sich sowohl qualitative Effizienzpotenziale aufzeigen als auch ein quantitativer Input für die Modellierung und Szenariorechnung der Effekte auf die GKV-Finanzierung ableiten. Insgesamt wurden **knapp 80 Beispiele gesammelt** und auf verschiedene Teilbereiche der iGW verteilt (Abbildung 2). Ein Großteil der identifizierten Potenziale entfällt auf die Bereiche E-Health, Humanarzneimittel/ Biotechnologie und Medizintechnik.

Eine konkrete Bezifferung der monetären Auswirkungen einzelner Innovationen ist oft nur über vereinfachende Annahmen möglich. Während einige Beispiele keine belastbaren Aussagen zu den Auswirkungen auf GKV-Ausgaben ermöglichen, können andere nur indirekt, manche hingegen recht eindeutig beziffert werden.

Um die Auswahl der für die quantitative Szenariorechnung geeigneten Beispiele systematisch zu gestalten, wurde ein strukturierter Entscheidungsprozess entwickelt (Anhang A). Dieses Vorgehen ermöglicht eine nachvollziehbare Auswahl der quantifizierbaren Beispiele für die Szenariorechnung. Insgesamt wurden **21 Beispiele als hinreichend quantifizierbar eingestuft** und in die Berechnung aufgenommen. Zu beachten ist, dass die Auswahl keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. So existieren weitere relevante Effizienzpotenziale, deren monetäre Wirkungen jedoch nicht eindeutig zu beziffern sind und die daher nicht berücksichtigt wurden. Dieser Umstand sollte bei der Interpretation der Ergebnisse stets mitgedacht werden.

Abbildung 2: Anzahl der betrachteten Beispiele

Differenziert nach iGW-Bereichen



Quelle: Eigene Darstellung

© Prognos 2025

In den folgenden Abschnitten werden die Beispiele differenziert nach iGW-Bereichen dargestellt. Hinweise zur konkreten Ermittlung der jeweiligen potenziellen Einspareffekte sind anhand von zwei Rechenbeispielen in der nachstehenden Infobox enthalten.

INFO

Rechenbeispiele zur Bestimmung eines potenziellen Einspareffektes für das Gesundheitssystem

Die recherchierten Effizienzpotenziale können Einsparmöglichkeiten auf verschiedene Arten auslösen. So können Innovationen z. B. zu direkten Kosteneinsparungen, reduzierter Krankenhausaufenthaltsdauer, reduzierter Hospitalisierungsrate, reduzierten Revisionsraten nach Operationen etc. führen. Außerdem beziehen sich die meisten Beispiele auf einen bestimmten Krankheits- oder Leistungsbereich, häufig auch in einer anderen geografischen Entität als Deutschland. Für die Szenariorechnung im Prognos eigenen OCCUR-Modell sollten sich die Einsparpotenziale aus modelltechnischen Gründen jedoch auf die GKV-Ausgaben beziehen und als absolute monetäre Größe vorliegen. Um dies zu gewährleisten, wurden unterschiedliche Ansätze gewählt und an verschiedenen Stellen vereinfachende Annahmen getroffen. Anhand zweier Beispiele wird veranschaulicht, wie dies konkret umgesetzt wurde.

Effizienzbeispiel: Fortschritte in der Behandlung von Diabetes Mellitus

Beschreibung: Bei der Routineversorgung von Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) in Deutschland führt die Behandlung mit einem SGLT-2-Hemmer (im Beobachtungszeitraum von bis zu vier Jahren) zu signifikanten Einsparungen bei den Gesamtkosten im Vergleich zu DPP-4-Hemmern (DPP-4i) oder GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA). Die Einsparungen betragen bis zu 39 Prozent im Vergleich zu DPP-4i und bis zu 29 Prozent im Vergleich zu GLP-1-RA. Die Kosten setzen sich aus stationären, ambulanten und Medikationskosten zusammen; indirekte Effekte sind nicht berücksichtigt.

Berechnungsansatz: Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) wird gemäß ICD-10-GM unter dem Code E11 klassifiziert. Die Gesamtkrankheitskosten für „E10-E14 Diabetes mellitus“ beliefen sich im Jahr 2020 auf 7,4 Mrd. Euro. Es wird angenommen, dass 90 Prozent dieser Kosten (ca. 6,7 Mrd. Euro) auf Typ 2 entfallen, da 90 Prozent der Patientinnen und Patienten an Typ-2-Diabetes leiden. Daraus ergeben sich potenzielle Kosteneinsparungen von 30 Prozent, was rund 2,0 Mrd. Euro entspricht.

Effizienzbeispiel Echtzeitbettenmanagementsysteme

Beschreibung: Echtzeitbettenmanagementsysteme sind digitale Lösungen, die Krankenhäusern helfen, den Überblick über ihre Betten und deren Verfügbarkeit in Echtzeit zu behalten. Dadurch wird die Belegungsplanung optimiert, Prozesse wie Bettenaufbereitung beschleunigt und die Effizienz im Krankenhausbetrieb gesteigert. Durch den Einsatz solcher Systeme können Wartezeiten um bis zu 50 Prozent reduziert und Krankenhausaufenthalte um 10 bis 15 Prozent verkürzt werden.

Berechnungsansatz: Ein Rückgang der Krankenhausaufenthaltsdauer um 10 Prozent wirkt sich kostenseitig lediglich auf die Unterbringungskosten aus. Diese machen innerhalb des Leistungsbereichs Krankenhausbehandlung (94 Mrd. Euro) 12 Prozent bzw. 11,3 Mrd. Euro aus. Hiervon wird eine Kosteneinsparung von 10 Prozent unterstellt. Im Ergebnis resultiert ein Effizienzpotenzial in Höhe von 1,13 Mrd. Euro.

3.3.1 Humanarzneimittel und Biotechnologie

Im Bereich der Humanarzneimittel konzentrieren sich innovative Entwicklungen auf **pharmazeutische und biotechnologische Fortschritte**, die gegenwärtig und zukünftig in der Gesundheitswirtschaft eine Rolle spielen können. Dazu zählen insbesondere die Erforschung neuer Wirkstoffe und Medikamentenformulierungen zur Vorbeugung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten, sowie die Entwicklung von Biopharmazeutika und personalisierten Therapieansätzen einschließlich moderner Gen- und Zelltherapien. Die Anwendung von Technologien wie gezielter Medikamentenfreisetzung und neuartigen Verabreichungssystemen ist ebenfalls von zentraler Bedeutung.

Im Bereich der Biotechnologie liegen Innovationspotenziale in der **Anwendung biologischer Systeme und Organismen zur Entwicklung fortschrittlicher Therapiemöglichkeiten**. Dazu zählen insbesondere die Schaffung biopharmazeutischer Wirkstoffe, Gen- und Zelltherapien, genetisch modifizierter Organismen und neuer Impfstoffe. Fortschritte in der Gentechnologie und

Genom-Editierung sind entscheidend für die Umsetzung personalisierter Medizin und gezielter Therapien, die herkömmliche Therapieansätze zunehmend ablösen könnten. Der gezielte Einsatz von Technologien wie CRISPR zur Genombearbeitung und bioinformatischen Werkzeugen für die Datenanalyse spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Innovationspotenziale, deren monetäres Einsparpotenzial abgeschätzt und in die entsprechende Szenariorechnung einbezogen wurde. Die Gründe für die bislang fehlende Umsetzung der Einsparpotenziale sind je nach Beispiel unterschiedlich. Auch benötigen neue Ansätze in der Regel Zeit, bis sie in etablierten Versorgungsstrukturen verankert sind und ihre Wirkung voll entfalten können.

Tabelle 1: Quantifizierbare Einsparpotenziale, Humanarzneimittel und Biotechnologie

Beispiel	Beschreibung	Einsparpotenzial in Mrd. €/ Jahr
Behandlung von Typ 2 Diabetes Mellitus	In der Routineversorgung von T2DM-Patientinnen und Patienten in Deutschland führt die Behandlung mit SGLT-2-Hemmern (im Beobachtungszeitraum von bis zu vier Jahren) gegenüber einer Behandlung mit DPP-4-Hemmern (DPP-4i) oder GLP-1-Rezeptor-agonisten (GLP-1-RA) zu signifikanten Einsparungen bei den Gesamtkosten. Die Einsparungen belaufen sich auf bis zu 39 Prozent im Vergleich zu DPP-4i und bis zu 29 Prozent im Vergleich zu GLP-1-RA. Die Kosten setzen sich aus geringeren stationären, ambulanten und Medikationskosten zusammen. Indirekte Effekte sind nicht berücksichtigt. (Wilke et al. 2022)	2,00
Bekämpfung Antimikrobieller Resistenz	Antimikrobielle Resistenzen (AMR) verursachen in der EU und dem EWR jährlich Kosten von etwa 11,7 Mrd. Euro. Davon entfallen 6,6 Mrd. Euro auf Behandlungskosten resistenter Infektionen (weitere 5,1 Mrd. Euro entfallen auf wirtschaftliche Verluste durch reduzierte Erwerbstätigkeit, wurden bei der vorliegenden Schätzung jedoch nicht berücksichtigt). Zudem führen AMR jährlich zu etwa 35.000 Todesfällen in der EU. Gegenmaßnahmen umfassen eine Reduzierung des Gesamtverbrauches von Antibiotika und eine Verringerung der Gesamtinzidenzen verschiedener Blutstrominfektionen. (ecdc 2023)	1,11
Biosimilars	Einer Untersuchung der AG Pro Biosimilars zufolge wird die GKV mit Mehrkosten belastet, weil nach Patentablauf nicht für alle Biopharmazeutika preiswertere Biosimilars zur Verfügung stehen. (Pharmazeutische Zeitung 2025)	0,55
SGLT-2 Inhibitoren zur Therapie metabolischer und kardioresenalen Erkrankungen	Die Anwendung einer Therapie mit SGLT-2i kann die Dialysepflichtigkeit bei Niereninsuffizienz nach Modellberechnungen um 7 Jahre verzögern, bei frühzeitigem Einsatz sogar bis zu 13 Jahre. Das spart Folgekosten und steigert die Lebensqualität. (Jaeckel et al. 2022)	0,46
Einsatz von Biomarkern bei der antibiotischen Behandlung von Sepsis	Durch den Einsatz von Procalcitonin Biomarkern zur Bestimmung der effektivsten Therapie mit Antibiotika bei einer Sepsis können z. B. Hospitalisierungs-, Therapie- und Laborkosten eingespart und AMR verhindert werden. Einer Studie zufolge lassen sich bei Patientinnen und Patienten mit Sepsis so 1.071 € pro Kopf einsparen.	0,25
Lipidsenker gegen Herzinfarkte und Schlaganfälle	Der NHS schätzt, dass der Lipidsenker Inclisiran (senkt Cholesterinspiegel im Blut um etwa 50 Prozent) bis zu 55.000 Herzinfarkte und Schlaganfälle verhindern und bis zu 30.000 Leben über ein Jahrzehnt retten könnte. Die Schlaganfall-Nachversorgung kostet den britischen NHS bis zu 45.000 Pfund je Patientin und Patient über fünf Jahre. (Tony Blair Institute 2023)	0,10

Subkutane statt intravenöser Verabreichung	Durch die subkutane Anwendung von Pertuzumab und Trastuzumab können das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten gesteigert (71 bis 85 Prozent bevorzugen subkutane Anwendung) sowie nicht-medikamentöse Kosten eingespart werden. Eine Studie zeigt, dass sich diese Einsparungen in Westeuropa zwischen 71 und 80 Prozent und in den USA um die 75 Prozent bewegen. In Zahlen sind das je Patientin und Patient 2.474 bis 8.975 Euro in Westeuropa und 10.138 US-Dollar in den USA. Die Kosten werden aus Aufenthaltsdauer, Arbeitszeit des Personals, Verbrauchsmaterialien, Port-a-Cath-Operationen und Produktivitätsverlust der Patientinnen und Patienten berechnet. (Manevy et al. 2021)	0,08
Nutzen von Biomarker-Tests bei Schwangerschaftsvergiftung	Präeklampsie betrifft 3 bis 5 Prozent der Schwangeren und ist eine führende Ursache für Morbidität und Mortalität. Der Einsatz von In-vitro-Diagnostika (IVD), die spezifische Biomarker testen, ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten, das Risiko frühzeitig zu erkennen, wodurch Schwangerschaftskomplikationen reduziert werden. Dadurch können die durchschnittlichen Kosten pro hospitalisierter Patientin um 3.374 CHF (3.614 Euro, Stand: 10.09.2025) gesenkt werden, was landesweit potenzielle Einsparungen von 2,4 Mio. CHF (2,57 Mio. Euro) jährlich bedeutet. (Hodel und Blank 2020)	0,01

Quelle: Eigene Zusammenstellung und Berechnungen

© Prognos 2025

3.3.2 E-Health

Im Bereich E-Health konzentrieren sich moderne Entwicklungen auf **digitale Technologien**, die in der aktuellen und zukünftigen Gesundheitsversorgung eine wesentliche Rolle spielen. Dazu gehören insbesondere die Integration von telemedizinischen Lösungen, die Implementierung von elektronischen Patientenakten zur besseren Datenverwaltung und -nutzung sowie die Entwicklung von Gesundheits-Apps und Wearables. Zudem sind Fortschritte in der Vernetzung und Interoperabilität medizinischer Systeme von entscheidender Bedeutung, um eine effizientere und personalisierte Patientenversorgung zu ermöglichen. Die gezielte Nutzung von Technologien, wie Künstlicher Intelligenz für die Analyse großer Datenmengen, die Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung und zunehmend auch für biotechnologische Anwendungen wie Genom-Analysen oder Wirkstoffforschung, kann ebenfalls in den Bereich E-Health fallen. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über jene Innovationen, deren Einsparpotenziale abgeschätzt wurden und die in die Szenariorechnungen eingeflossen sind.

Tabelle 2: Quantifizierbare Einsparpotenziale, E-Health

Beispiel	Beschreibung	Einsparpotenzial in Mrd. €/ Jahr
Onlinepsychotherapie	Laut einer Studie in Nature Mental Health kann durch den Einsatz von Online-Verhaltenstherapie bei Depressionen und Angststörungen – bei gleichbleibender Wirksamkeit im Vergleich zu konventionellen Therapieformen – eine Kostenreduktion von bis zu 400 Euro pro Patientin bzw. Patient erzielt werden. Dies gelingt durch kürzere Wartezeiten, reduzierte Therapiedauer und niedrigere Betriebskosten. (Catarino et al. 2023)	2,68
Telemedizin	Die Hälfte der durchschnittlich 10 Präsenzbesuche bei Ärztinnen und Ärzten pro Person und Jahr in Deutschland lassen sich laut Einschätzungen der Anbieter von Telemedizinssystemen vermeiden und auf digi-	2,50

	tale Sprechstunden verlagern. (Süddeutsche Zeitung 2021). In der Abschätzung des Einsparpotenzials unterstellen wir eine konservativere Vermeidungsquote von einem Drittel.	
Echtzeitbetten-managementsysteme	Echtzeitbettenmanagementsysteme sind digitale Lösungen, die Krankenhäusern helfen, den Überblick über ihre Betten und deren Verfügbarkeit in Echtzeit zu behalten. Diese Systeme nutzen Technologien wie Bluetooth Low Energy (BLE) oder Radio Frequency Identification (RFID), um Betten und andere mobile medizinische Geräte zu orten und ihren Status zu verfolgen. Dadurch wird die Belegungsplanung optimiert, Prozesse wie Bettenaufbereitung beschleunigt und die Effizienz im Krankenhausbetrieb gesteigert. Echtzeitbettenmanagement-Systeme können Wartezeiten um bis zu 50 Prozent reduzieren und Krankenhausaufenthalte um 10 bis 15 Prozent verkürzen. (CW1 2024)	1,13
Diabetesversorgung als Modell für digital unterstützte Therapie: DMP- Managementsystem im ePA-Ökosystem	Eine Softwarelösung zur Integration von Behandlungsdaten aus Praxisverwaltungssoftware und weiteren Quellen ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit und die Erstellung eines umfassenden Patientenprofils. Im Rahmen von Disease-Management-Programmen, wie beispielsweise für Diabetes, können über 80 relevante Einzelwerte pro Quartal erfasst werden, was zur Optimierung von Therapieabläufen beiträgt. Solche Systeme könnten als Schnittstelle zwischen Disease-Management-Programmen und elektronischen Patientenakten eine zentrale Rolle im digitalen Gesundheitsökosystem einnehmen und als Modell für die Digitalisierung komplexer Versorgungsprozesse dienen. Schätzungen zufolge könnten durch den Einsatz dieser Technologien pro 1 Mio. Versicherten Kosten von 4 bis 13 Mio. Euro eingespart werden, beispielsweise durch die Vermeidung von Folgeerkrankungen wie Herz- und Niereninsuffizienz sowie durch reduzierte Krankenhausaufenthalte.	0,30
Qualitätsverbesserungen durch Nutzung von Diabetesregister	Eine Studie aus Dänemark betrachtet die Kostenentwicklungen einer durch ein Diabetesregister gescreeente Gruppe im Vergleich zu einer ungescreenten Gruppe. Sie ergab, dass die Gesundheitskosten in der gescreeenten Gruppe mit neu diagnostiziertem Diabetes im Vergleich zur ungescreenten Gruppe signifikant niedriger waren, mit einer geschätzten Kosteneinsparung von 2.688 Euro je Patientin und Patient über fünf Jahre. (Sortsø et al. 2024)	0,27
Telemedizin und Telemonitoring	Laut einer Studie von Knoll et al. (2023) lässt sich bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz durch den Einsatz von Telemedizin und Telemonitoring die Dauer des Krankenhausaufenthalts um durchschnittlich 0,6 Tage pro Behandlung im Vergleich zur herkömmlichen Therapie verkürzen. Eine weitere Studie zeigt sogar eine Reduktion um 6,4 Tage jährlich, wenn Teleanwendungen zum Einsatz kommen. Beide Studien belegen darüber hinaus eine Verringerung der Sterblichkeitsrate.	0,11 (Dauer) 0,08 (Aufenthalte)
Qualitätsverbesserungen durch Nutzung von Hüftregistern	Basierend auf Registerdaten wird geschätzt, dass Schweden im Zeitraum von 2000 bis 2009 durch sein Hüftregister rund 7.500 Revisionseingriffe bei Hüftoperationen vermeiden konnte – Eingriffe, die nach den zum Vergleich herangezogenen Revisionsraten in den USA vermutlich stattgefunden hätten. Bei durchschnittlichen Revisionskosten in Schweden von ungefähr 18.500 US-Dollar pro Eingriff entspricht das etwa 140 Mio. US-Dollar (bzw. jährlich 14 Mio. US-Dollar) an vermiedenen Kosten – etwa 8 Prozent der Gesamtkosten für Hüfttotalendoprothesen in Schweden. (Larsson und Lawyer 2011)	0,11

Quelle: Eigene Zusammenstellung und Berechnungen

© Prognos 2025

3.3.3 Medizintechnik

Zum iGW-Bereich der Medizintechnik zählen alle **technischen Geräte, Systeme und Verfahren**, die im Gesundheitswesen **zur Diagnose, Therapie, Überwachung und Rehabilitation** eingesetzt werden. Dies umfasst sowohl Hardware wie bildgebende Geräte, OP-Technik, Beatmungsgeräte und Implantate, als auch Software und IT-Lösungen. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über jene Effizienzbeispiele, die quantifiziert und in die Szenariorechnungen aufgenommen werden konnten.

Tabelle 3: Quantifizierbare Einsparpotenziale, Medizintechnik

Beispiel	Beschreibung	Einsparpotenzial in Mrd. €/ Jahr
Ambulantisierung	Laut einer Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) könnten u. a. durch fortgeschrittene Medizintechnik (minimal-invasive Verfahren, bessere Bildgebung und Diagnostik) jährlich bis zu 2,7 Mio. stationäre Fälle ambulant behandelt werden. Dies entspricht etwa 17 bis 20 Prozent aller stationären Behandlungsfälle. (ZI 2024)	6,02
3D-Druck bei Implantaten, Prothesen und Orthesen	Durch 3D-Druck könnten Kosteneinsparungen bei der Entwicklung von Prothesen entstehen. Spezialisierte aktive Handprothesen kosten aktuell bis zu 50.000 Euro, unter Anwendung von 3D-Druck-verfahren sind Produktionspreise von 3.000 Euro realistisch. (Atlas 2020)	1,02
KI-gestützte Diagnostik	Eine Studie aus dem Bereich der Radiologie zeigt, dass der Einsatz von KI in der Brustkrebsvorsorge die Bildschirmzeit von Ärztinnen und Ärzten um 44,3 Prozent reduzieren konnte. Im Bereich der thorakalen Radiologie konnte die Lesezeit der Radiologinnen und Radiologen um 26 Prozent reduziert und die Erkennung von inzidentellen Lungenknoten um bis zu 21 Prozent erhöht werden. (BCG und vfa 2024)	1,00
Effizienzgewinne durch 3D-Druck und CAD/CAM-Technologie	Bei vergleichbarer Qualität konnten im Bereich Zahnersatz 3D-gedruckte Komposit-Füllungen gegenüber herkömmlichen Verfahren (PMMA) durch eine höhere Produktionsgeschwindigkeit und bis zu 10-fach günstigere Produktion überzeugen. (Daher et al. 2024)	0,46
Robotische Assistenzsysteme in der Chirurgie	In der Knochenchirurgie – einschließlich Knie- und Hüftendoprothetiken – kann der Einsatz robotischer Assistenzsysteme die postoperative Verweildauer um 10-30 % (1–2 Tage je nach Startpunkt) verkürzen, perioperative Abläufe verbessern und Komplikationen reduzieren. Die Revisionsraten im Verlauf können gesenkt werden, etwa bei kniechirurgischen Eingriffen um bis zu 50 %. Zudem ist ein geringerer Bedarf an Nachsorge wie Physiotherapie und Rehabilitation erkennbar, was die Kosteneffizienz weiter steigert (Pierce et al. 2020; Cool et al. 2019; Shearman et al. 2021). Ähnliche Effekte sind auch in der Weichteil-Chirurgie zu beobachten, was die Einsparungen noch erhöhen könnte.	0,44
Energieeffiziente bildgebende Systeme	Moderne MRT- und CT-Systeme zeichnen sich durch einen geringeren Verbrauch von Energie und Helium aus. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Energie- und Ressourceneffizienz und helfen zugleich, laufende Betriebskosten nachhaltig zu senken. (Radiologienetz 2025)	0,05
Arbeitsschutz für Pflegepersonal	Innovative Pflegetechnologien für medizinisches Personal und eine sichere Patientenhandhabung und Mobilisierung tragen dazu bei, Verletzungen zu verhindern, krankheitsbedingte Ausfallzeiten zu verringern und die Leistungsfähigkeit langfristig zu sichern. Damit bieten sie einen wirkungsvollen Hebel zur Bekämpfung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen. (Teeple et al. 2018, reimbursement institute)	0,04

Quelle: Eigene Zusammenstellung und Berechnungen

© Prognos 2025

3.3.4 Einordnung der Zahlen

Insgesamt lassen sich aus den quantifizierten Beispielen **Effizienzpotenziale von über 20,8 Mrd. Euro für das Gesundheitswesen und insbesondere die GKV** ableiten. Von den geschätzten Gesamteinsparungen entfallen gut 9 Mrd. Euro auf den Bereich der Medizintechnik. Ein erheblicher Anteil dieser Summe resultiert aus dem Potenzial zur Ambulantisierung, welches durch Fortschritte in der Medizintechnik erst ermöglicht wird. Zudem entfallen 7,2 Mrd. Euro auf den Bereich E-Health, für den sich die Rechenbeispiele insbesondere auf KI-Anwendungen und Digitalisierungspotenziale beziehen. Weitere etwa 4,6 Mrd. Euro sind dem iGW-Bereich der Humanarzneimittel und Biotechnologie zugeordnet. In der nachfolgend vorgenommenen Aufteilung nach GKV-Ausgabenbereichen (Tabelle 4) sind hiervon 2,6 Mrd. Euro direkt dem Bereich der Arzneimittel zugeordnet. Dort entstehen Einsparpotenziale vor allem durch Arzneimittelinnovationen und damit verbundene niedrigere Behandlungskosten, die sich GKV-ausgabenseitig in anderen Bereichen wie den ärztlichen Behandlungen wiederfinden.

Es ist zu betonen, dass diese Berechnungen auf vereinfachenden Annahmen beruhen und lediglich Näherungswerte darstellen (Infobox im vorigen Abschnitt). Sie dienen als Grundlage für die Szenarioanalyse der GKV-Ausgabenstrukturen bis 2045 im folgenden Abschnitt. Die dargestellten Effizienzgewinne können mit Umverteilungseffekten verbunden sein – etwa durch den Wegfall bisher vergüteter Leistungen. Entsprechende Effekte wurden nicht modelliert. Weitere indirekte Effekte durch Prävention und Auswirkungen auf Bruttowertschöpfung oder Beschäftigung werden getrennt betrachtet. Ebenfalls separat in den Blick genommen werden die damit verbundenen Investitionskosten und weitere kostenseitigen Voraussetzungen.

3.4 Szenariobasierte Analyse der Effizienzpotenziale für eine nachhaltige GKV-Finanzierung

Im Folgenden wird die finanzielle Entwicklung der GKV in Deutschland unter verschiedenen Rahmenbedingungen quantifiziert. Die Projektion der GKV-Finzen erfolgt mit dem Sozialversicherungsmodell OCCUR von Prognos (Infobox). Anhand von zwei Szenarien werden die zukünftigen Herausforderungen und das Potenzial innovativer Gesundheitslösungen für eine nachhaltige Finanzierung der GKV untersucht.

- Ausgangspunkt ist das Szenario **Was passiert, wenn nichts passiert** (Referenzszenario). In diesem Szenario wird die zukünftige Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der GKV prognostiziert, wenn die aktuellen demografischen, wirtschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen der GKV unverändert bleiben.
- Das **Szenario Vorfahrt Innovation und Digitalisierung** analysiert die Potenziale der Implementierung innovativer Therapien und digitaler Technologien für eine nachhaltige Finanzierung der GKV. Die Abschätzung der Wirkungen auf die zukünftige Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV erfolgt auf Basis der in Abschnitt 3.3 identifizierten Beispiele für Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen sowie der dort erfolgten Schätzungen zu deren Kosteneinsparungspotenzialen.

INFO

Rahmenbedingungen des Referenzszenarios

Ausgangspunkt der Projektion der GKV-Finzen bilden die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Rechnungsergebnisse der GKV (KJ 1-Statistik) für das Jahr 2023. Als weitere Quellen werden die KM 6-Statistik (Versicherte und Mitglieder), Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSA) aus dem Risikostrukturausgleich (RSA, Leistungsausgaben), des Statistischen Bundesamts (Demografie) sowie des sozioökonomischen Panels (SOEP, beitragspflichtige Einnahmen) genutzt. Für die Fortschreibung der GKV-Finzen liegen der Studie die folgenden Annahmen zur Entwicklung der zentralen Größen Demografie, Versicherte, beitragspflichtige Einnahmen und Leistungsausgaben zugrunde:

- **Demografie:** Das Referenzszenario basiert auf einer Fortschreibung des Bevölkerungsstandes zum 31.12.2023 gemäß Zensus 2022. Die Fortschreibung der Bevölkerung erfolgt in Anlehnung an die Annahmen der mittleren Variante der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (kBV) zur Entwicklung der Geburten, der Wanderungen und der Lebenserwartung.
- **Versicherte:** Für die Entwicklung der Versicherten und der beitragszahlenden Mitglieder der GKV wird unterstellt, dass deren Anteil differenziert nach Alter und Geschlecht an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe im Zeitablauf konstant bleibt.
- **Beitragspflichtige Einnahmen:** Für die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen orientieren wir uns an den Annahmen der mittleren Variante des Rentenversicherungsberichts 2024 (BMAS 2024). Entsprechend unterstellt das Referenzszenario mittel- bis langfristig eine Zunahme der beitragspflichtigen Entgelte der Beschäftigten von jährlich 3 Prozent. Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen von Rentnerinnen und Rentnern wird in OCCUR modellendogen entsprechend der Rentenanpassungsformel bestimmt und fällt infolge der dämpfenden Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors und des Beitragssatzfaktors zukünftig geringer aus als die Lohnentwicklung.
- **Leistungsausgaben:** Für die Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV wird mittel- bis langfristig für alle Leistungsbereiche eine einheitliche Wachstumsrate von jährlich 3 Prozent unterstellt. Dies entspricht für die Leistungsbereiche ärztliche Behandlungen, zahnärztliche Behandlungen und Krankenhausbehandlungen in etwa der durchschnittlichen Entwicklung der Leistungsausgaben je Versicherten im Zeitraum 2013 bis 2023. Für den Leistungsbereich Krankengeld ist die Annahme konsistent mit der unterstellten Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Beschäftigten. Dagegen lag die durchschnittliche Entwicklung für den Leistungsbereich Arzneimittel (+4,5 % p.a.) und die sonstigen Leistungsausgaben (+6,6 % p.a.) in den vergangenen zehn Jahren deutlich über 3 Prozent pro Jahr. Für diese Leistungsbereiche sind die Ergebnisse des Referenzszenarios daher als vorsichtig-optimistische Entwicklung zu interpretieren. Zur Berücksichtigung der Ausgabensteigerungen am aktuellen Rand liegt den Berechnungen für das Jahr 2024 die tatsächliche Zunahme der Leistungsausgaben entsprechend der vorläufigen Rechnungsergebnisse der GKV (KV45-Statistik) zugrunde. Ausgehend von diesem Niveau unterstellen wir eine Angleichung an die mittel- bis langfristige Wachstumsannahme bis zum Jahr 2029.

INFO

Prognos Sozialversicherungsmodell OCCUR (Outlook on Cure, Care, Unemployment and Retirement)

OCCUR ist ein integriertes Prognose- und Simulationsmodell, welches die zukünftige Entwicklung der Finanzierungsströme in und zwischen den Sozialversicherungssystemen detailliert abbildet. Die Berechnungen von Einnahmen und Ausgaben der einzelnen Sozialversicherungszweige (Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) werden in einem konsistenten Referenzrahmen zur weltwirtschaftlichen Entwicklung (Prognos Makromodell VIEW) durchgeführt. Bevölkerungs- und Erwerbstätigenentwicklung setzen dabei auf dem makroökonomischen Szenario aus VIEW auf, können für Szenariorechnungen aber beliebig variiert werden. Grundlage der Bevölkerungsentwicklung sind für Deutschland in der Regel die koordinierten Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamts. Eigene, abweichende Modellierungen sind mit dem Prognos Demografiemodell ProDemo möglich. Weiterführende Infos zur Prognos-Modelllandschaft und die Modelle im Überblick finden sich auf [unserer Website](#).

3.4.1 Referenzszenario – Was passiert, wenn nichts passiert

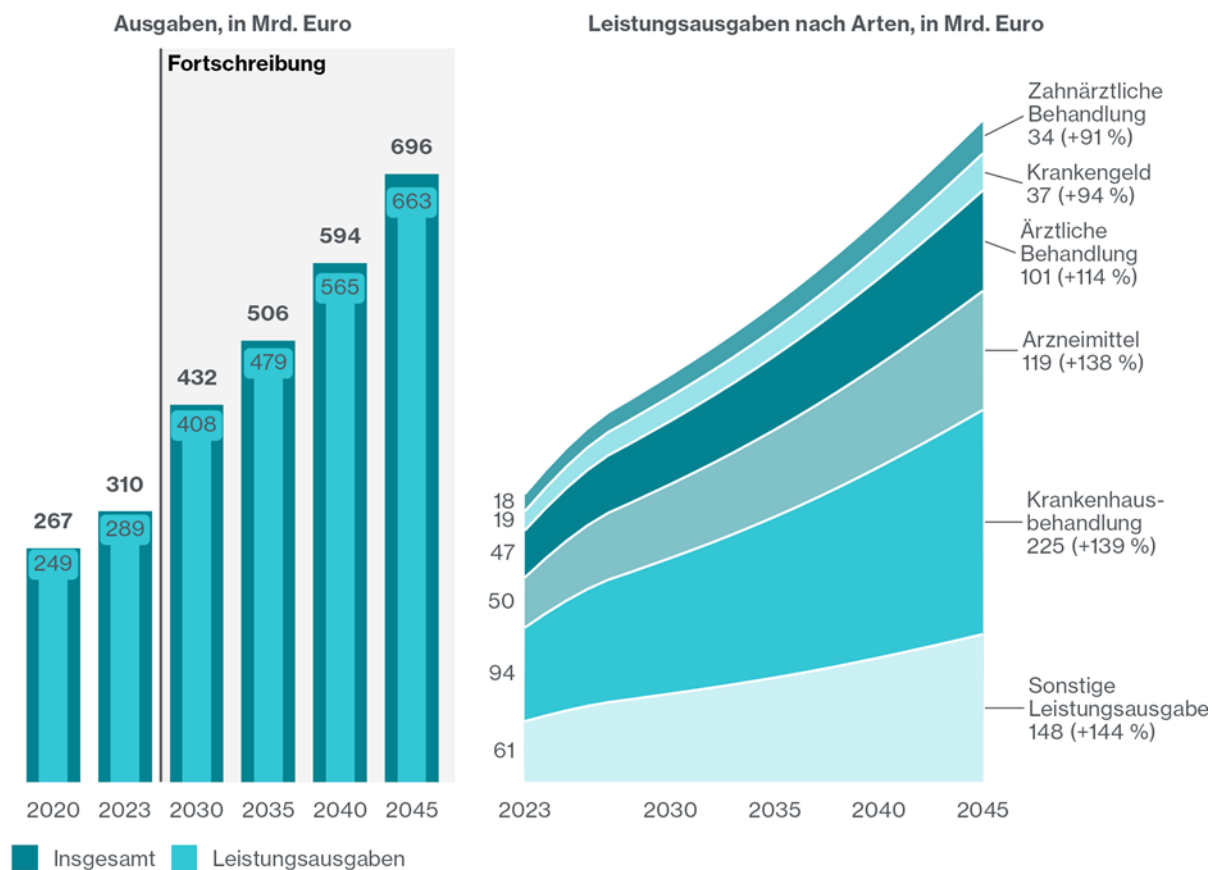
Die **Ausgaben der GKV** belaufen sich im Jahr 2023 auf insgesamt 310 Mrd. Euro.⁶ Davon entfallen 289 Mrd. Euro (93 % der GKV-Ausgaben) auf die Ausgaben für medizinische Leistungen. Letztere steigen im Referenzszenario bis zum Jahr 2045 auf 663 Mrd. Euro (+129 %, Abbildung 3).

Differenziert **nach Hauptleistungsbereichen** steigen die Ausgaben für die sonstigen Leistungsausgaben (+144 %) sowie die Bereiche Krankenhausbehandlungen (+139 %) und Arzneimittel (+138 %) am stärksten. Dagegen nehmen die Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen (+91 %), für das Krankengeld (+94 %) und für ärztliche Behandlungen (+114 %) nur unterdurchschnittlich zu. Wesentliche Ursache für die Unterschiede nach Leistungsbereichen ist der Verlauf der Leistungsausgaben nach Alter. So wird beispielsweise Krankengeld im Wesentlichen von Versicherten im Erwerbsalter in Anspruch genommen. Infolgedessen hat die demografisch bedingte Zunahme an älteren Versicherten keine Wirkung auf die Ausgaben für Krankengeld. Im Unterschied dazu nehmen die Leistungsausgaben je Versicherten im Falle von Krankenhausbehandlungen mit dem Alter zu. Infolge der demografischen Alterung ergibt sich für diesen Leistungsbereich daher eine überdurchschnittliche Zunahme der Ausgaben.

⁶ Den Berechnungen mit dem Sozialversicherungsmodell OCCUR liegt ein konsolidiertes Budget der GKV zugrunde, welches neben den Ausgaben und Einnahmen der Krankenkassen auch die Ausgaben und Einnahmen des Gesundheitsfonds erfasst. Im Rahmen der Konsolidierung werden die Ausgaben und Einnahmen um die Finanzflüsse zwischen den Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds bereinigt. Hierzu zählen insbesondere die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Infolge der Konsolidierung bzw. der Berücksichtigung des Gesundheitsfonds weichen die im Folgenden ausgewiesenen Angaben zu den Einnahmen und Ausgaben der GKV von den in anderen Quellen ausgewiesenen Werten ab. Beispielsweise belaufen sich die Ausgaben der GKV gemäß Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2023 auf 306 Mrd. Euro.

Abbildung 3: Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung

Referenzszenario, in Mrd. Euro, in jeweiligen Preisen



Quelle: BMG, BAS, Statistisches Bundesamt, SOEP v39, eigene Berechnungen

© Prognos 2025

Hinsichtlich ausgabenseitiger Maßnahmen zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung bedeuten die unterschiedlichen Entwicklungen nach Leistungsbereichen, dass vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung die größten Potenziale bei den sonstigen Leistungsausgaben sowie dem Bereich Krankenhausbehandlungen bestehen.

Die Ausgaben der GKV werden im Wesentlichen aus **Beiträgen der Versicherten und Zuschüssen des Bundes** finanziert. Die Einnahmen aus Beiträgen steigen im Referenzszenario bis zum Jahr 2045 von aktuell 279 Mrd. Euro (2023) auf 677 Mrd. Euro (+143 %, Abbildung 4). Im Unterschied zu den Zuschüssen des Bundes an die gesetzliche Rentenversicherung ist der Zuschuss des Bundes an die GKV nominal fixiert. Unter den heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen liegt er ab dem Jahr 2024 bei 14,5 Mrd. Euro.⁷ Entsprechend sinkt der

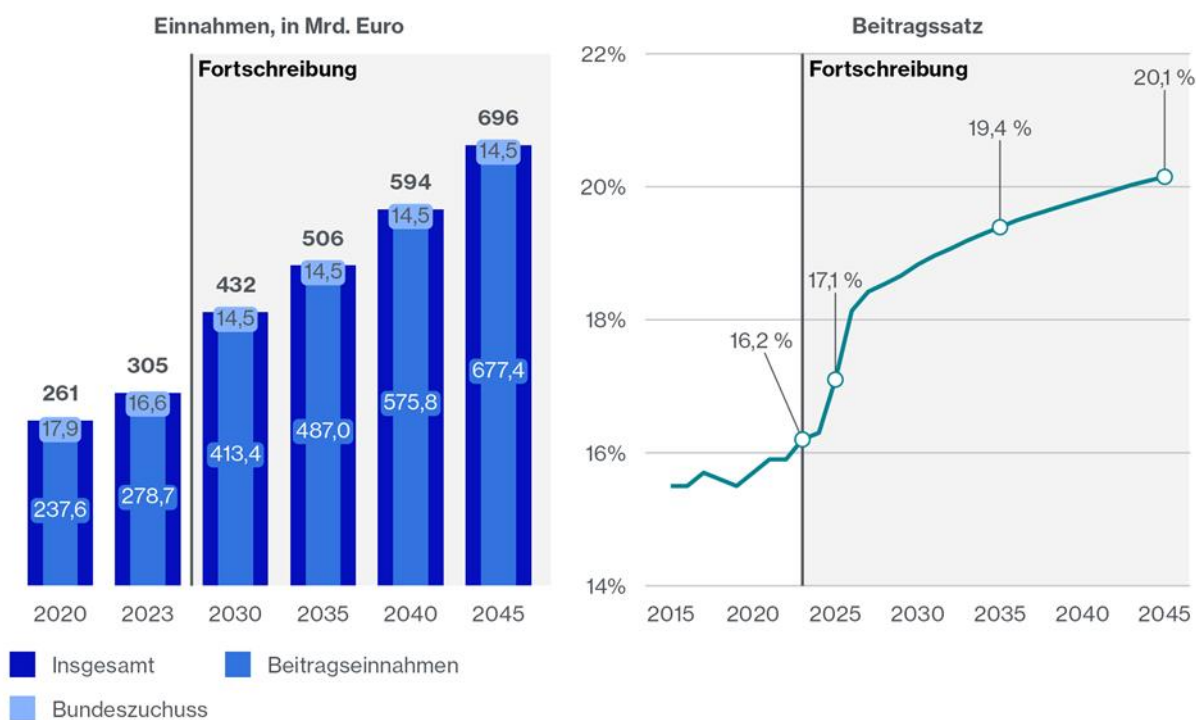
⁷ Im Jahr 2023 beteiligte sich der Bund zusätzlich mit einem ergänzenden Bundeszuschuss von 2 Mrd. Euro an der Finanzierung der GKV. Auch in den Jahren 2020 bis 2022 leistete der Bund ergänzende Bundeszuschüsse für coronabedingte Mehrausgaben der GKV.

Steueranteil an der Finanzierung der GKV-Ausgaben von aktuell 5,3 Prozent (2023) auf 2,1 Prozent im Jahr 2045.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird das Verhältnis zwischen älteren und jüngeren Versicherten zukünftig steigen. Da die Ausgaben für medizinische Leistungen mit dem Alter zunehmen, während die Beitragseinnahmen ab dem Renteneintritt spürbar sinken, bedingt die demografische Alterung mittel- bis langfristig eine **Anhebung des Beitragssatzes von aktuell 17,1 Prozent (2025) auf 20,1 Prozent im Jahr 2045**. Der gesetzliche durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wird sich damit von aktuell 2,5 Prozent⁸ (2025) auf 5,5 Prozent bis zum Jahr 2045 mehr als verdoppeln.

Abbildung 4: Entwicklung der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes

Referenzszenario



Quelle: BMG, BAS, Statistisches Bundesamt, SOEP v39, eigene Berechnungen

© Prognos 2025

3.4.2 Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung

Aufbauend auf den Ergebnissen des Referenzszenarios wird im Szenario **Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung** das Potenzial der Implementierung innovativer Therapien und digitaler Technologien für eine nachhaltige Finanzierung der GKV untersucht. Ausgangspunkt bilden die in Abschnitt 3.3 identifizierten Beispiele für Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen sowie die dort

⁸ Der vom BMG festgelegte erwartete durchschnittliche Zusatzbeitrag beträgt für das Jahr 2,5 Prozent. Der tatsächliche liegt mit 2,92 Prozent jedoch darüber (Stand Mai 2025).

erfolgten Schätzungen zu deren Kosteneinsparungspotenzialen. Insgesamt summieren sich die Kosteneinsparungspotenziale im Gesundheitswesen auf 20,8 Mrd. Euro (Tabelle 4). Dabei ergeben sich die höchsten Einsparungspotenziale im Bereich der Krankenhausbehandlungen mit 9,1 Mrd. Euro, die geringsten im Bereich der zahnärztlichen Behandlungen mit 460 Mio. Euro.

Tabelle 4: Effizienz- und Kosteneinsparungspotenziale im Gesundheitswesen

in Mrd. Euro und Anteile in Prozent

Leistungsbereich	Kosteneinsparungen		
	in Mrd. Euro	in % der Leistungsausgaben der GKV (2023)	in % der Ausgaben für den Leistungsbereich (2023)
Krankenhausbehandlung	9,1	3,1	9,7
Ärztliche Behandlungen	6,3	2,2	13,4
Arzneimittel	2,6	0,9	5,2
Sonstige Leistungsausgaben	2,2	0,8	3,6
Zahnärztliche Behandlungen	0,5	0,2	2,8
Insgesamt	20,8	7,2	7,2

Quelle: BMG, eigene Berechnungen

© Prognos 2025

Die identifizierten Beispiele konzentrieren sich auf **Effizienz- und Kosteneinsparpotenziale bei den Leistungserbringern des Gesundheitswesens**. Eine zentrale Annahme der folgenden Berechnungen ist, dass die dort erzielten Kosteneinsparungen mittel- bis langfristig zu geringeren Ausgaben der GKV führen. Unter dieser Annahme hätten die Leistungsausgaben der GKV im Jahr 2023 beispielsweise um 7,2 Prozent gesenkt werden können. Gemessen an den Leistungsausgaben je Bereich liegen die höchsten Effizienzpotenziale bei ärztlichen Behandlungen mit 13,4 Prozent. Gemessen an den gesamten Leistungsausgaben der GKV liegen die höchsten Kosteneinsparungspotenziale für die GKV hingegen bei den Krankenhausbehandlungen mit 3,1 Prozent.

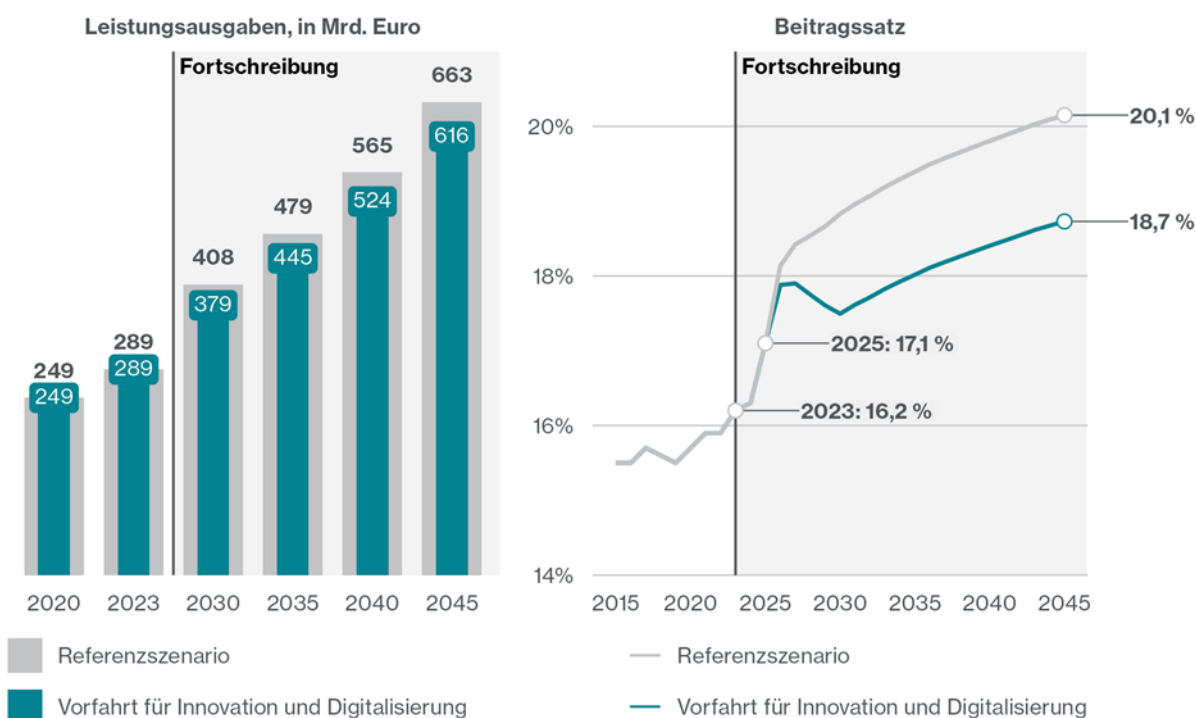
Auch wenn diese Kosteneinsparungen bei Leistungserbringern und GKV möglich sind, ist davon auszugehen, dass sie sich nur schrittweise realisieren lassen und kurzfristig zusätzliche Kosten verursachen beispielsweise für Investitionen in medizinische Geräte, die Umorganisation von Prozessen oder die Schulung des Personals. Im Folgenden wird daher angenommen, dass sich die positiven Effekte beginnend ab dem Jahr 2026 über einen Zeitraum von fünf Jahren schrittweise einstellen.

Unter diesen Annahmen steigen die Leistungsausgaben der GKV im Szenario **Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung** bis zum Jahr 2045 auf 616 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Referenzszenario (663 Mrd. Euro) entspricht dies einer langfristigen Kosteneinsparung für die GKV in Höhe von 47 Mrd. Euro oder um 7,1 Prozent im Jahr 2045. Entsprechend des geringeren Anstiegs der Leistungsausgaben ergibt sich für den **Beitragssatz** ein langfristiger Anstieg auf **nur noch 18,7 Prozent**. Im Jahr 2045 entspricht dies einer Reduktion des Beitragssatzes um 1,4 Prozentpunkte gegenüber dem Referenzszenario (Abbildung 5). Anstelle einer Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von aktuell 2,5 Prozent (2025) auf 5,5 Prozent im

Referenzszenario, ergibt sich im Szenario Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung somit lediglich eine Erhöhung auf 4,1 Prozent im Jahr 2045.

Abbildung 5: Entwicklung der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes

Szenario Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung



Quelle: BMG, BAS, Statistisches Bundesamt, SOEP v39, eigene Berechnungen

© Prognos 2025

Tabelle 5: Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung – Wirkungen auf die GKV-Leistungsausgaben

nach Leistungsbereichen und Jahren, Veränderung zum Referenzszenario in Mrd. Euro bzw. in Prozent

Leistungsbereich	2030		2035		2040		2045	
	€	%	€	%	€	%	€	%
Krankenhausbehandlung	-13,2	-0,6	-15,6	-0,6	-18,5	-0,6	-21,8	-0,6
Ärztliche Behandlungen	-8,5	-0,4	-9,9	-0,4	-11,6	-0,4	-13,5	-0,4
Arzneimittel	-3,8	-0,2	-4,5	-0,2	-5,3	-0,2	-6,2	-0,2
Sonstige Leistungsausgaben	-3,2	-0,1	-3,8	-0,1	-4,5	-0,2	-5,3	-0,2
Zahnärztliche Behandlungen	-0,6	-0,0	-0,7	-0,0	-0,8	-0,0	-0,9	-0,0
Insgesamt	-29,3	-1,3	-34,6	-1,4	-40,8	-1,4	-47,8	-1,4

Quelle: BMG, BAS, Statistisches Bundesamt, SOEP v39, eigene Berechnungen

© Prognos 2025

Differenziert nach Leistungsbereichen liefern die identifizierten Effizienzpotenziale bei Krankenhausbehandlungen mit Einsparungen von 21,8 Mrd. Euro bzw. einer Verringerung des Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte im Jahr 2045 den größten Beitrag zur Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung der GKV, gefolgt von ärztlichen Behandlungen (13,5 Mrd. Euro; 0,4 Prozentpunkte). Dagegen tragen die für den Bereich der zahnärztlichen Behandlungen identifizierten Effizienzpotenziale aufgrund ihres geringen Umfangs, aber auch der geringeren Bedeutung der zahnärztlichen Behandlungen für die Leistungsausgaben der GKV, nur in kleinem Umfang zur Reduktion der Leistungsausgaben und des Beitragssatzes bei (Tabelle 5).

4 Weitere Beispiele für Effizienzpotenziale

Die in Abschnitt 3 dargestellten und den Szenariorechnungen zugrunde liegenden Beispiele stellen keine abschließende Sammlung dar, sondern eine gezielte Auswahl eingängiger und anschaulicher Fälle. Für diese wurde eine konservative Schätzung des möglichen Einsparpotenzials vorgenommen. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl weiterer Effizienzreserven, welche sich allerdings nicht durchgehend in monetäre Einsparpotenziale übersetzen lassen. Diese werden im Folgenden dargestellt. Dadurch wird deutlich, dass die tatsächlichen Effizienzpotenziale über die in der Modellrechnung angenommenen Werte hinausgehen dürften.

4.1 Im Wirkungsbereich der iGW

4.1.1 Themenfeld Krankenhausmanagement

Durch die Optimierung von Prozessen im Krankenhausmanagement kann die Bettenauslastung gesteigert und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus gesenkt werden (CW1 2024). Abläufe können durch die Einführung von Smart Labels für Betten effizienter gestaltet werden. Diese zeigen den Status und die Kommunikation von Arbeitsaufträgen wie Wartung und Reinigung an und unterstützen bei der Koordination (Fraunhofer IML 2021). Durch die Einrichtung spezieller Beobachtungseinheiten in der Notaufnahme konnten die Aufnahmezeiten im Vergleich zu Einrichtungen ohne solche Einheiten deutlich reduziert werden (CW1 2024).

4.1.2 Themenfeld Ambulantisierung

Innovative Medizintechnik ermöglicht es, bestimmte Eingriffe minimalinvasiv und unter Lokalanästhesie im ambulanten Setting durchzuführen, wo zuvor eine größere Operation unter Vollnarkose mit stationärem Aufenthalt erforderlich war. Ein Beispiel hierfür ist der Bereich der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, etwa bei der endoskopischen Behandlung von Nasennebenhöhlenerkrankungen. Studien zeigen, dass solche Verfahren im ambulanten Umfeld sicher und effektiv durchgeführt werden können, bei gleichzeitig verkürzter Rekonvaleszenz und reduzierten Kosten (Orlandi et al. 2021). Schätzungen zufolge hätten insgesamt zwischen 2017 und 2021 über 15 Mio. stationär durchgeführte Eingriffe ambulant erfolgen können (Piöch et al.

2024). Das betrifft neben der akut-medizinischen Versorgung auch die Rehabilitation. Zwar ist der Anteil ambulanter Reha-Maßnahmen in den letzten Jahren gestiegen, dennoch wurden im Jahr 2023 weiterhin 83 Prozent der Reha-Fälle stationär durchgeführt. Studien zeigen allerdings deutliche Kostenvorteile der ambulanten Reha gegenüber der stationären Reha (DRV 2024).

4.1.3 Themenfeld Standardisierte Versorgung (Leitlinien, Disease Management Programme (DMP) und Register)

In Deutschland dienen Leitlinien als Entscheidungshilfe für Ärztinnen und Ärzte, werden aber bislang zu selten systematisch angewandt oder zu langsam implementiert, was zu ungleichen Behandlungsansätzen und ineffizienter Versorgung führt (AOK 2023). Digitale Netzwerkstrukturen, wie sie die ePA bieten könnte, würden die Umsetzung beschleunigen.

DMPs sollen eine strukturierte, leitliniengerechte Versorgung chronisch Kranker sicherstellen. Studien zeigen jedoch, dass nur ein geringer Anteil der Patientinnen und Patienten tatsächlich leitliniengerecht behandelt wird (z. B. 1 bis 18 % bei Typ-2-Diabetes, 9,4 % bei CKD), was zu einer verminderten Lebensqualität und höheren Kosten führt. DMPs bieten das Potenzial für bessere Gesundheitsergebnisse und höhere Kosteneffizienz, sind aber mit Herausforderungen wie einem hohen administrativem Aufwand oder zögerlicher Umsetzung konfrontiert (Pilic et al. 2024; Wanner et al. 2024).

Register ermöglichen eine kosteneffizientere Forschung (z. B. registerbasierte Studien) und liefern praxisnahe Daten zur Versorgungsqualität. Sie helfen dabei, suboptimale Versorgungspfade zu identifizieren und zu korrigieren. Dies reduziert Komplikationen, Krankenhausaufenthalte und damit auch Kosten für das Gesundheitssystem (Anderson et al. 2020).

4.1.4 Themenfeld Arzneimittel

Innovative Krebstherapien mit dem Potenzial, Metastasenbildung und Chemoresistenzen zu verhindern, versprechen deutliche Verbesserungen in der Behandlung: geringere Krankheitsprogression, weniger Krankenhausaufenthalte und eine niedrigere Toxizität. Allerdings fehlen bislang Zulassungen und Berechnungen zu möglichen Einsparpotenzialen für die GKV-Ausgaben. Internationale Beispiele für andere neue Medikamente, etwa gegen resistente Virusinfektionen oder zur Prävention nach Transplantationen, belegen hingegen, dass sowohl die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erhöhen als auch medizinische Kosten senken können (Restelli et al. 2019; Sepassi 2023). Weitere gesundheitliche und volkswirtschaftliche Effekte von innovativen Arzneimitteln lassen sich auch im „InnovationsRadar“ des vfa nachlesen (Prognos 2025).

Innovationen stellen die Grundlage für zukünftige Generika dar, da die mit ihnen verbundenen Wirkstoffe nach Ablauf des Patentschutzes von weiteren Herstellern reproduziert werden dürfen. Dies ermöglicht die Entwicklung kostenreduzierter, aber in Wirksamkeit und Sicherheit gleichwertiger Arzneimittel, die der Gesellschaft in breiter Verfügbarkeit zugutekommen und zugleich zur Entlastung der solidarisch finanzierten Gesundheitssysteme beitragen. Im Jahr 2023 konnten durch Einsatz von Generika anstelle der Originalpräparate rund 1 Mrd. Euro eingespart werden (IGES 2024b).

Für die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel (AMNOG) werden in Deutschland zusätzliche, speziell für den deutschen Markt durchgeführte Studien verlangt, was zu hohen Kosten und Verzögerungen in der Regelversorgung führt. Laut Herstellerangaben können solche Studien – abhängig von Dauer und Umfang – Kosten im Millionenbereich verursachen. Besonders bei chronischen Erkrankungen sind die Anforderungen kostenintensiv, da lange Studiendauern und große Patientenzahlen nötig sind. Würden internationale Studiendaten und von anderen Zulassungsbehörden akzeptierte Endpunkte hierzulande stärker anerkannt, könnten Innovationshemmnisse abgebaut, unnötige Aufwände und damit auch unnötige Kosten im Gesundheitssystem vermieden werden. Das Beispiel Spesolimab zeigt, dass fehlende Anerkennung klinischer Evidenz dazu führen kann, dass innovative Medikamente vom Markt genommen werden, obwohl sie international als Durchbruch gelten – zum Nachteil der Patientinnen und Patienten. Eine Weiterentwicklung des AMNOG – auch unter Berücksichtigung innovationsfreundlicher Erstattungsregelungen – könnte solche Entwicklungen vermeiden und den Zugang zu wirksamen Therapien verbessern.

4.1.5 Themenfeld Personalisierte Medizin

Die aktuellen Herausforderungen im Bereich der Wirksamkeit und Ansprechrate von Arzneimitteln unterstreichen die Notwendigkeit innovativer Ansätze zur Steigerung der Kosteneffektivität und zur Reduzierung von Nebenwirkungen. Durch die Berücksichtigung individueller Merkmale können Behandlungen genauer auf die Patientinnen und Patienten zugeschnitten werden, was die Wirksamkeit erhöhen und Nebenwirkungen reduzieren kann. So ist die personalisierte Medizin durch das Erstellen individueller Risikoprofile insbesondere in der Früherkennung und Prävention von Krankheiten eine effektive Alternative. Ein konkreter Anwendungsbereich ist die molekulare Reflextestung bei Tumorpatientinnen und -patienten. Viele erhalten derzeit nicht oder zu spät eine solche Testung. Die Implementierung automatisierter molekularer Tests direkt bei der Diagnose, unabhängig vom Tumorstadium, könnte die Anwendung zielgerichteter Therapien beschleunigen und verbreitern. Indem ineffektive Therapien vermieden werden, könnten Kosten eingespart werden (IGES 2024d). Zudem zeigt sich häufig, dass innovative Therapiemittel erst nach Ausschöpfung herkömmlicher Behandlungsformen eingesetzt werden. Ein frühzeitiger Einsatz dieser weniger üblichen, aber potenziell effektiveren Therapien, könnte dazu beitragen, die Kosten durch Vermeidung ineffektiver und langwieriger Therapieformen zu senken – insbesondere bei chronischen Erkrankungen.

4.1.6 Themenfeld Digitalisierung und KI

Der Bereich der Digitalisierung und KI birgt zusätzlich zu den bereits weiter oben errechneten Beispielen noch weitere umfangreiche Kosteneinsparpotenziale. Diese lassen sich den Bereichen Digitalisierung und Datenaustausch, Telemedizin und Daten sowie KI-getriebene Früherkennung zuordnen.

- **Digitalisierung und Datenaustausch:** Die Integration von Patientinnen- und Patientendaten zu einem digitalen Abbild bzw. Zwilling kann Gesundheitsausgaben reduzieren, indem Mehrfachuntersuchungen und manueller Aufwand bei der Datenauswertung vermieden werden. In einer Umfrage unter 50 Gastroenterologinnen und Gastroenterologen berichteten knapp ein Viertel von Kosteneinsparungen und 35 Prozent von verkürzten Behandlungszeiten durch die Nutzung solcher Systeme (Fraunhofer IGD 2023). Auch im Bereich der Diagnostik

können Systeme wie der GAAD-Algorithmus Verbesserungen erzielen. Dabei handelt es sich um ein CE-zertifiziertes diagnostisches Verfahren der Medizinischen Hochschule Hannover, das Geschlecht, Alter sowie die Biomarker Alpha-Fetoprotein (AFP) und Des-Gamma-Carboxy-Prothrombin (PIVKA-II) kombiniert, um das Risiko für hepatozelluläre Karzinome frühzeitig und automatisiert zu bewerten und so die Überlebenschancen der Patientinnen und Patienten deutlich zu verbessern. Dabei wurde eine hohe Kosteneffizienz und klinische Wirksamkeit bewiesen (Garay et al. 2024). Allerdings ist die Aufnahme solcher Algorithmen in die ambulante Regelversorgung derzeit nicht möglich, da laut Nr. 7 der Präambel zu Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus vorhandenen Messwerten nicht berechnungsfähig ist. Integriert man zusätzlich KI-Anwendungen in die Diagnostik, können beispielsweise durch das System Deep Resolve bei MRT-Anwendungen bis zu 70 Prozent schnellere Bildakquisition bei gleichbleibendem oder sogar verbessertem Ergebnis erzielt werden. Im Bereich des Notfallmanagements kann ein digitalisierter Datenaustausch zudem die Zeit bis zur Diagnose und Therapie reduzieren und die Behandlungsergebnisse verbessern. Das ist vor allem durch eine bessere Vernetzung von Rettungsdiensten, Leitstellen und Kliniken sowie durch die Bereitstellung behandlungsrelevanter Daten in Echtzeit möglich (Eder et al. 2023).

- **Daten und KI-getriebene Früherkennung:** KI birgt großes Potenzial für die medizinische Früherkennung und kann somit zu erheblichen Einsparungen im Gesundheitssystem beitragen – vorausgesetzt, digitale Patientinnen- und Patientendaten stehen systematisiert zur Verfügung. Zusätzlich könnten Wearables wie Smartwatches, die eine kontinuierliche Datenversorgung ermöglichen, bis zu 50 Mrd. Euro im europäischen Gesundheitssystem einsparen. Grund hierfür ist ebenfalls die Unterstützung bei der Prävention und Früherkennung von Krankheiten (MedTech Europe und Deloitte 2020).

Abbildung 6: Anwendungsbeispiele für KI entlang des Patientinnen- und Patientenpfads

Von Früherkennung bis zur Nachsorge



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von MedTech Europe und Deloitte 2020

© Prognos 2025

- **Telemedizin und -therapie:** Die Nutzung von Telemedizin in Managementprogrammen für chronische Erkrankungen kann Krankenhausaufenthalte und damit verbundene Kosten reduzieren. Einer Berechnung von McKinsey zufolge, könnten so in Deutschland bis zu 4,3 Mrd. Euro Einsparungen erzielt werden (Deetjen und Niedermann 2025). Auch eine Analyse

für die USA kommt zum Schluss, dass bis zu 20 Prozent der Leitungen potenziell auf virtuelle Versorgung verlagert werden könnte, mit entsprechenden Einspareffekten (McKinsey 2021). Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die in Deutschland im internationalen Vergleich schon weiter vorangeschritten sind, versprechen Effizienzgewinne vor allem bei standardisierten Therapien im Bereich Psyche, Muskeln, Knochen und Gelenke, Hormone und Stoffwechsel (Winkler und Fürstenau 2025).

4.1.7 Themenfeld 3D-Druck

Optimierte Produktionsverfahren durch additive Fertigung und maßgeschneiderte Implantate aus dem 3D-Drucker unter Einsatz von sogenannter Bio-Tinte ermöglichen eine verbesserte Therapie von Knorpeldefekten, wodurch das Risiko einer Folgeerkrankung in Form von Arthrose erheblich reduziert wird. Aktuell leiden etwa 5 Mio. Erwachsene in Deutschland an Arthrose mit entsprechenden verbundenen Krankheitskosten (Fraunhofer IAP 2024). Die additive Fertigung in der Medizintechnik ermöglicht innovative, patientenspezifische Produktdesigns (z. B. poröse Implantatstrukturen für eine verbesserte Osseointegration oder komplexe Implantatgeometrien) und erlaubt zugleich effizientere, ressourcenschonende Produktionsprozesse, wodurch Innovationszyklen beschleunigt und Kosten reduziert werden können (Ventola 2014; Javaid & Haleem 2018). Gleichzeitig sind 3D-Druckverfahren häufig kostengünstiger in der Produktion als herkömmliche Methoden, auch weil Inputmaterialien wie Titan effizienter mit weniger Produktionsabfall eingesetzt werden können.

4.1.8 Sonstiges

Weitere, nicht direkt zuordenbare Einsparpotenziale bieten:

- **Fernwartung:** Die digitale Fernwartung ermöglicht es, viele Wartungs- und Diagnosevorgänge remote durchzuführen, wodurch Reiseaufwand und CO₂-Emissionen im technischen Service signifikant reduziert werden. Modulare Systeme mit effektivem Lifecycle Management verlängern zudem die Gerätelebensdauer und minimieren Elektroschrott.
- **Laienreanimation:** Die strategische Platzierung von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) erhöht die Laienreanimationsquote und verbessert die Überlebenschancen sowie die neurologischen Outcomes bei Herz-Kreislauf-Stillständen. Studien zeigen 73 Prozent höhere Überlebenschancen und 112 Prozent bessere Chancen auf gute neurologische Ergebnisse (Karlsson et al. 2019).
- **Abfallvermeidung:** Der Einsatz von Systemen zur Absaugung und Entsorgung von Flüssigabfällen im OP reduziert das Gewicht des behandelten Abfalls pro Eingriff um 98,5 Prozent, verbessert die Ergonomie und Sicherheit für das OP-Personal und steigert die Effizienz im OP, etwa durch weniger Personalbedarf und kürzere Entsorgungszeiten. Dadurch könnten Kosten im Gesundheitssystem gesenkt werden – etwa durch geringeren Materialverbrauch, weniger Arbeitsaufwand und reduzierte Belastung für das Personal (Baker et al. 2023).

4.2 Außerhalb des direkten Wirkungsbereichs der iGW

Neben den bereits erläuterten Beispielen finden sich relevante Aspekte, die ebenfalls zu Kosteneinsparungen im deutschen Gesundheitssystem beitragen können, außerhalb des direkten Einflussbereichs der iGW.⁹ Dazu zählen u. a. strukturelle Anpassungen, neue organisatorische Ansätze sowie übergreifende gesellschaftliche Dynamiken. Die folgenden Abschnitte bieten hierzu eine knappe Erläuterung. Dabei handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung.

4.2.1 Elektronische Patientenakte (ePA)

Die ePA ist schon seit über 20 Jahren Teil der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Debatte. Als Voraussetzung für die Umsetzung diverser Effizienzpotenziale der iGW kommt ihr eine hohe Bedeutung zu. So können durch die ePA optimierte Abläufe beispielsweise durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Informationsfluss, Administration und schnellerer Notfallversorgung erzielt werden (Effizienzpotenziale in Abschnitt 3.3). Darüber hinaus können anonymisierte Daten für Forschungs- und Analysezwecke genutzt werden, um so langfristig die medizinische Versorgung effizienter zu gestalten. Seit April 2025 wird die ePA offiziell allen Patientinnen und Patienten angeboten und bis Oktober 2025 sollen sämtliche Akteure und Dienstleister der Gesundheitswirtschaft die nötige Infrastruktur aufgebaut haben (gematik 2025).

4.2.2 Administration in der GKV

Eine aktuelle Analyse von Deloitte (2025) zeigt, dass die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland durch die konsequente Optimierung von Prozessen und den verstärkten Einsatz digitaler Technologien in den kommenden zwei bis vier Jahren Einsparungen von bis zu 13 Mrd. Euro erzielen könnten. Dies entspricht 4 Prozent der Gesamtausgaben der GKV. Ein besonders hohes Potenzial liegt dabei in der Digitalisierung und Automatisierung der Prüfung von Krankenhausrechnungen, der effizienteren Bearbeitung von Arzneimittelabrechnungen sowie bei der Bewilligung von Krankengeld und medizinischen Hilfsmitteln. Auch im Bereich der Verwaltungsausgaben könnten durch Standardisierung, Automatisierung und den Einsatz von KI weitere Effizienzgewinne realisiert werden. Diese Maßnahmen könnten nicht nur zur Kostendämpfung beitragen und Beitragserhöhungen für Versicherte abmildern, sondern auch die Wettbewerbsfähigkeit der Kassen stärken. Für umfassende und nachhaltige Einsparungen sind jedoch flankierende gesetzliche Reformen notwendig, da viele Leistungsausgaben gesetzlich festgeschrieben und die Einflussmöglichkeiten der Kassen daher begrenzt sind (Deloitte 2025).

4.2.3 Patientensteuerung

Das Prinzip der Patientensteuerung beschreibt die gezielte Lenkung von Patientinnen und Patienten zu den jeweils passenden Versorgungsebenen, meist durch Hausärztinnen und Hausärzte, zentrale Notfallnummern oder digitale Systeme, mit dem Ziel, medizinisch nicht indizierte Arztbesuche zu vermeiden, Versorgungspfade zu koordinieren und Kapazitäten optimal zu nutzen. Aktuelle Probleme bestehen jedoch darin, dass viele Notaufnahmen und Praxen chronisch überlastet sind und Patientinnen und Patienten oft nicht ausreichend zwischen haus-

⁹ Die iGW leistet auch hier stellenweise einen Beitrag, im Kern sind die folgenden Beispiele jedoch nicht von der iGW initiiert oder gesteuert.

und fachärztlicher Versorgung, Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen gesteuert werden, was zu langen Wartezeiten, Ärztemangel, ineffizienter Ressourcenverwendung und unzureichender Nachsorge führt. Hinzu kommen Sektorengrenzen, fehlende Kommunikationswege, organisatorische Hürden und eine oft mangelnde Vernetzung aller Akteure, wodurch Patientinnen und Patienten häufig auf sich allein gestellt sind und Doppeluntersuchungen sowie unnötige Kosten entstehen. Würde die Patientensteuerung konsequent verbessert, etwa durch digitale Lotsensysteme, sektorenübergreifende Versorgung und klare Koordination, könnten Versorgungsqualität, Effizienz und Transparenz deutlich steigen, Wartezeiten und Fehlversorgungen reduziert und das Gesundheitssystem insgesamt entlastet werden (AOK 2025, DRG-Forum 2025).

4.2.4 Prävention

Prävention ist ein zentraler Hebel, um die Effizienz und Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen zu steigern. Investitionen in präventive Maßnahmen zahlen sich dabei vielfach aus.

Impfprogramme können beispielsweise hochwirksam sein – das britische Gürtelrose-Impfprogramm etwa verhinderte innerhalb von fünf Jahren zehntausende Arztbesuche und fast 2.000 Klinikaufenthalte. Dadurch wurde nicht nur das Leid der Betroffenen gemindert, sondern es konnten erhebliche Ressourcen im Gesundheitssystem eingespart werden (Tony Blair Institute 2023). Die Corona-Pandemie hat zudem verdeutlicht, wie entscheidend Test- und Präventionsstrategien für die Systemstabilität sind: Allein durch Corona-Tests konnten in Deutschland innerhalb von 18 Monaten rund 2,8 Mio. Infektionen, 62.000 Todesfälle und 274.000 Krankenhauseinweisungen vermieden werden – mit einer direkten Kostenersparnis von mindestens 2,8 Mrd. Euro (Prognos 2022). Ein weiteres hochaktuelles Beispiel zu Präventionsmaßnahmen ist die passive Immunisierung gegen RSV-Infektionen bei Säuglingen durch die einmalige Abgabe eines Antikörpers. Seit September haben Kinder im ersten Lebensjahr unabhängig vom Risikoprofil einen Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit diesem. Die Inzidenz hat sich seitdem in der entsprechenden Gruppe um 54 Prozent reduziert (Deutsches Ärzteblatt 2025).

Auch in flächendeckenden **Vorsorgeuntersuchungen** stecken große Effizienzreserven für das Gesundheitssystem. Seit 2002 haben Personen ab ihrem 55. Lebensjahr Anspruch auf zwei sogenannte Koloskopien (Darmspiegelungen), die im Abstand von zehn Jahren durchgeführt werden. Ab 2019 wurde dieses Angebot auf Männer ab 50 Jahren ausgeweitet. Studien zeigen, dass bei jenen, die eine Vorsorge-Darmspiegelung in Anspruch genommen haben, das Risiko für Neudiagnosen von Darmkrebs um knapp 60 Prozent gesenkt werden konnte im Vergleich zu Personen, die auf die Untersuchung verzichtet haben. Das Risiko, an Darmkrebs zu versterben, war in der Gruppe, die an der Früherkennung teilnahm, sogar um 70 Prozent geringer (dkfz 2021). Dadurch lassen sich Therapiekosten in relevanter Höhe vermeiden. Eine weitere Studie fand heraus, dass sich jeder in die Vorsorge-Koloskopie investierte Euro mit bis zu 3,20 Euro auszahlt. Zwischen 2002 und 2012 konnten so bereits über 3 Mrd. Euro für das Gesundheitssystem eingespart werden (Felix-Burda-Stiftung 2015).

Zahnprophylaxe ist ein weiteres gutes Beispiel für erfolgreiche Prävention. In der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V 2014) wurden erstmals Erwachsene im Alter von 35 bis 44 Jahren oralepidemiologisch untersucht, die aufgrund ihres Alters bereits in ihrer Kindheit von individuellen und gruppenprophylaktischen Maßnahmen profitieren konnte. Sie wuchsen in einem

stärker präventionsorientierten Umfeld auf. Die Folge: Die Kariesbelastung sank deutlich von 16,9 betroffenen Zähnen (DMS III 1997) auf 8,3 Zähne (DMS 6 2023). Der Anteil kariesfreier Personen stieg im selben Zeitraum von 0,4 Prozent auf 6,9 Prozent. Besonders deutlich zeigt sich dieser „Caries Decline“ beim Rückgang restaurierter Zähne – von 11,7 auf 6,8 pro Person (IDZ 1997, 2016, 2025). Die Daten belegen die nachhaltige Wirkung präventiver Maßnahmen nicht nur in Studien, sondern auch im Versorgungsalltag.

Über den akuten **Infektionsschutz** hinaus birgt Prävention weiteres Potenzial: Laut EU-Kommission (2022) könnten verbesserte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen den Bestand an nicht übertragbaren Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen sowie psychischen Leiden um bis zu 70 Prozent senken. Diese Zahlen verdeutlichen, dass Prävention weit mehr ist als eine kurzfristige Investition – sie ist eine nachhaltige Strategie, um die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken und gleichzeitig die finanziellen und personellen Ressourcen des Gesundheitssystems dauerhaft zu entlasten.

Exkurs: Reformoptionen zur Entlastung der GKV

Versicherungsfremde Leistungen stellen eine erhebliche finanzielle Belastung für die GKV dar. Dabei betreffen sie Aufgaben, die gesamtgesellschaftliche Relevanz besitzen und daher ordnungspolitisch korrekt durch Steuermittel finanziert werden sollten. Beispiele für solche Leistungen umfassen die Finanzierung der Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld, die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen, die Kosten für die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachkräften sowie spezifische Ausgaben im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitssystems. Eine Studie im Auftrag der IKK gesund plus schätzt den Umfang der versicherungsfremden Ausgaben für das Jahr 2023 auf 59,8 Mrd. Euro. Stellt man dem den Bundeszuschuss von 16,5 Mrd. Euro (2023) gegenüber, so verbleibt ein Fehlbetrag von **43,3 Mrd. Euro oder 2,5 Beitragssatzpunkten**. Für Versicherte mit einem durchschnittlichen Einkommen (beitragspflichtige Einnahmen) entspricht dies einer jährlichen Beitragsbelastung von rund 740 Euro. Seit Jahren fordern Krankenkassenverbände, dass der Bund diese Lasten übernimmt, um die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der GKV zu entlasten.

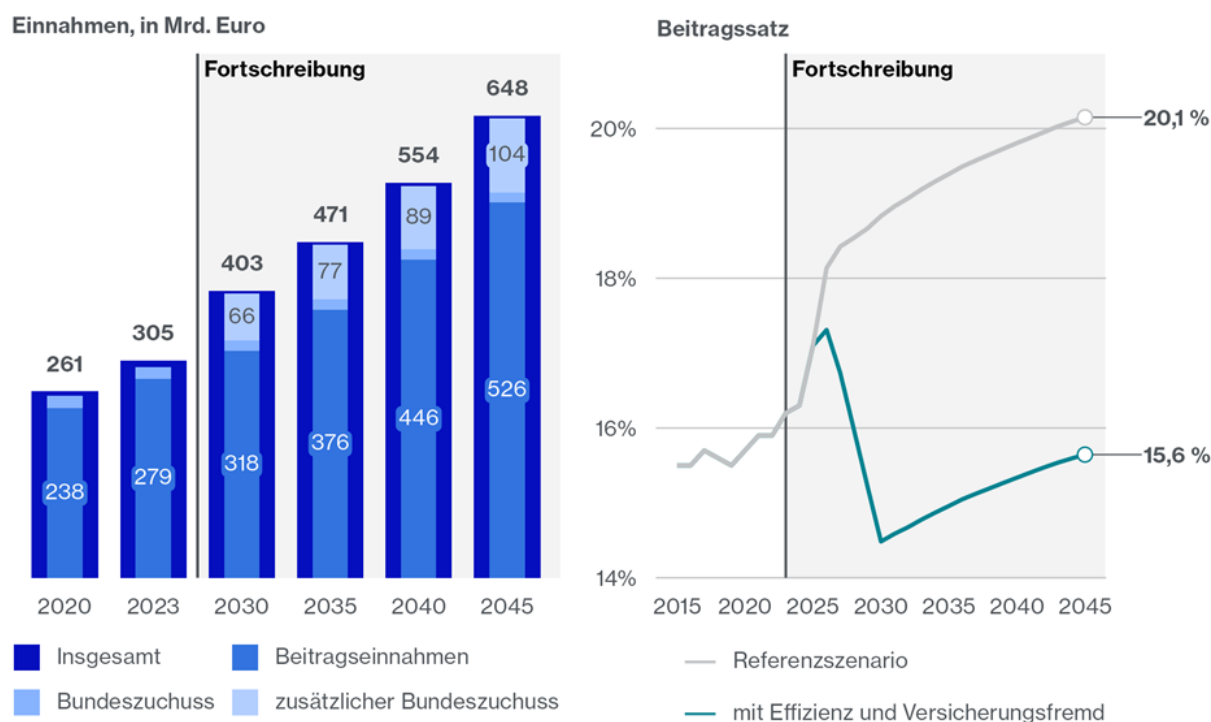
Als kurzfristige Maßnahme könnte der Bund die Beitragszahlungen für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld auf ein für die GKV kostendeckendes Niveau anheben. Allein dadurch könnte der Zusatzbeitragssatz um etwa 0,5 Beitragssatzpunkte reduziert werden. Dies erscheint insbesondere angesichts der zuletzt im Jahr 2025 durchgeführten Erhöhung des gesetzlichen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf 2,5 Prozent (tatsächlicher Zusatzbeitragssatz 2,92 %) dringend erforderlich, um die angespannte finanzielle Lage der Krankenkassen zu verbessern (WIG2 2024).

Die Wirkung auf den Beitragssatz ist in Abbildung 7 skizziert. Dabei ist der Anteil der versicherungsfremden Leistungen an den Leistungsausgaben annähernd konstant gehalten. Da die versicherungsfremden Leistungen schrittweise vom Bund übernommen werden, nimmt der Entlastungseffekt für den Beitragssatz im Zeitablauf zu. Ab 2030 werden die versicherungsfremden Leistungen annahmegemäß vollständig steuerfinanziert. In 2045 wird damit rechnerisch, inklusive der Effizienzpotenziale durch „Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung“, ein Beitragssatz von 15,6 Prozent erreicht. Dies entspricht in etwa dem Niveau der Jahre 2015-2019.

Mit Blick auf die Abgrenzung und Definition der versicherungsfremden Leistungen ist die hier vorgestellte Modellrechnung als „Maximalszenario“ zu verstehen. Zudem wird von politischer Umsetzbarkeit abstrahiert. Gleichwohl veranschaulicht das Szenario, dass die steigenden Beitragssätze auch ordnungspolitische Ursachen haben.

Abbildung 7: Entwicklung der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes

Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln



Quelle: BMG, BAS, Statistisches Bundesamt, SOEP v39, eigene Berechnungen

© Prognos 2025

Krankenhausreformkosten: Um die Effizienz in Krankenhäusern zu steigern und den modernen Anforderungen gerecht zu werden, ist ein umfassender Reformprozess unerlässlich. Dieser beinhaltet wesentliche strukturelle Investitionen, insbesondere in digitalen Innovationen, um zeitgemäße und qualitativ hochwertige Gesundheitsdienstleistungen anbieten zu können. Studien zeigen, dass den Krankenhäusern bis zu 6 Mrd. Euro jährlich an Investitionen fehlen (Hermann und Nussa 2020). Zur Unterstützung dieser Transformation wurde ein Krankenhaustransformationsfonds ins Leben gerufen, der mit einem Volumen von 50 Mrd. Euro über den Zeitraum von 2026 bis 2035 ausgestattet ist. Dieser Fonds soll zahlreiche Bereiche abdecken, darunter die Zusammenlegung von Standorten, die Anpassung von Kapazitäten, den Ausbau von Ausbildungskapazitäten sowie Investitionen in Telemedizin und spezialisierte Zentren (BAS 2024). Um mögliche Effizienzpotenziale zu heben, sollten die Investitionen die genannten Effizienzbeispiele im Krankenhaussektor berücksichtigen.

Obwohl die gesetzliche Verantwortung für Krankenhausinvestitionen traditionell bei den Bundesländern liegt, wird ab 2027 auch die GKV erheblich in die Pflicht genommen. Sie wird dazu

aufgefordert, jährlich über 3 Mrd. Euro zur Finanzierung beizutragen, wobei 2,5 Mrd. Euro speziell für den Fonds vorgesehen sind. Diese Maßnahme hat Kontroversen ausgelöst, da der GKV-Spitzenverband die Finanzierung aus Beitragsmitteln als verfassungswidrige Belastung ansieht. Stattdessen fordern er eine Finanzierung aus Steuermitteln, da es sich um eine Aufgabe von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung handelt (GKV-Spitzenverband 2024).

HINWEIS

Nach aktuellem Stand ist davon auszugehen, dass der Bund der Forderung der Krankenkassen nachkommt. Laut Koalitionsvertrag und aktuellen Aussagen des Bundesgesundheitsministeriums soll der Transformationsfonds künftig aus Bundesmitteln des „Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität“ statt aus GKV-Mitteln finanziert werden (BMG 2025c).

5 Ganzheitliche Betrachtung: Berücksichtigung der Kosten

Für eine ganzheitliche Betrachtung der finanziellen Auswirkungen auf die GKV und das Gesundheitssystem insgesamt sind auch direkte und indirekte Kosten einzubeziehen, die zur Realisierung der errechneten Effizienzpotenziale notwendig sind. In den nachstehenden Abschnitten werden diese Aspekte näher erläutert.

Abbildung 8: Relevante Aspekte einer ganzheitlichen Betrachtung der Effekte im Überblick

Schematische Darstellung, **fett** = Szenariorechnungen bzw. exemplarisch berechnet

	Effizienzpotenziale/ Ausgabeneinsparungen	Damit verbundene Kosten
Direkt	- Reduktion von Produktions- und Materialkosten - Verkürzung von Behandlungs- und Krankenhauszeiten - Therapiezielgenauigkeit; Vermeidung Über- bzw. Fehlversorgung - Schnellerer Zugang zu Diagnostik und Therapie - Produktions- und Prozessinnovationen - Vermeidung Komplikationen, Entlastung von Personalressourcen - Bessere Adhärenz und Therapie-Compliance - Verlagerung stationärer in ambulante Versorgung	- Investitionen in FuE - Produktion - Zulassung - Anschaffung seitens der Nutzenden ...
Indirekt	Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen - Erstattung Krankenhausreformkosten ...	
	- Reduktion von Folgebehandlungskosten und Revisionen - Sekundärnutzung; Erkenntnisgewinne durch vernetzte Daten Produktivitäts- und Wertschöpfungseffekte Verlängerung der Erwerbstätigkeit - Entlastung informeller Pflege und Hausarbeit ...	- Schulung des Personals - Schaffung nötiger Infrastruktur - Anpassung von Prozessen - Steigende Fallzahlen durch bessere Diagnostik ...

Quelle: Eigene Darstellung

© Prognos 2025

5.1 Allgemeine Kostenfaktoren

Neben der in den vorangegangenen Abschnitten vorgenommenen Abschätzung möglicher Einsparpotenziale, müssen für eine ganzheitliche Betrachtung die mit deren Umsetzung verbundenen Kosten für das Gesundheitswesen analysiert werden. Dabei kann grundsätzlich zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden werden, die durch die Implementierung neuer Technologien und Prozesse entstehen können. Diese Kosten betreffen unterschiedliche Akteure im Gesundheitswesen und sind nicht additiv zu betrachten. So sind beispielsweise höhere FuE-Ausgaben der Hersteller bei den Anschaffungskosten neuer Geräte berücksichtigt. Zu den **direkten Kosten** zählen beispielsweise:

- **FuE-Ausgaben der Hersteller:** Investitionen in die Entwicklung neuer Medikamente oder medizinischer Geräte
- **Produktions- und Vertriebskosten:** Kosten, die bei der Herstellung und dem Vertrieb neuer Produkte anfallen.
- **Markteinführungs- und Zulassungskosten:** Ausgaben, die notwendig sind, um Produkte auf den Markt zu bringen und die erforderlichen Genehmigungen zu erhalten.
- **Anschaffungskosten neuer Geräte:** Fallen auf Seiten der Anwenderinnen und Anwender an, beispielsweise bei Krankenhäusern¹⁰

Indirekte Kosten sind oft weniger offensichtlich, können jedoch erheblich zur Gesamtkostenwirkung beitragen. Dazu gehören u. a.:

- **Schulung des Personals:** Um sicherzustellen, dass neue Technologien effektiv genutzt werden, ist in der Regel eine Schulung des medizinischen Personals erforderlich.
- **Infrastrukturinvestitionen:** Die Implementierung neuer Technologien, wie beispielsweise der ePA, erfordert Investitionen in die IT-Infrastruktur.
- **Anpassung klinischer Prozesse:** Veränderungen in den Abläufen innerhalb der Gesundheitsversorgung können zusätzliche Kosten verursachen.
- **Weitere Sekundäreffekte:** Beispielsweise steigende Fallzahlen infolge verbesserter Diagnostik. Werden durch Innovationen Erkrankungen erkannt, die ansonsten unerkannt geblieben wären, kann dies aufgrund der anschließenden Behandlung zu einem Anstieg der Kosten für die GKV sowie der allgemeinen Gesundheitsausgaben führen.

Eine direkte Gegenüberstellung einzelner Kostenpunkte innerhalb der Szenariorechnungen ist aufgrund der Vielzahl und Komplexität der Variablen im Rahmen der vorliegenden Studie nicht umsetzbar. So müssen etwa bei der Anschaffung medizintechnischer Geräte zusätzlich Aspekte wie Amortisationsdauer und Folgekosten berücksichtigt werden. Auch eine normative Bewertung gestaltet sich in einigen Fällen schwierig – insbesondere im Hinblick auf die beschriebenen sekundären Effekte. Um dennoch eine fundierte Perspektive zu gewinnen, werden im Folgenden übergreifende Studien und Analysen herangezogen. Diese helfen, die Thematik exemplarisch darzustellen und besser zu verstehen.

¹⁰ Soweit diese Investitionen im Rahmen förderfähiger Umstrukturierungsmaßnahmen erfolgen, könnten sie jedoch durch Mittel aus dem Krankenhaustransformationsfonds teilweise kompensiert werden.

Gesellschaftlich werden Innovationen selbst bei steigenden Kosten in der Regel positiv bewertet, sofern durch sie ein – wenngleich nicht direkt in Euro messbarer Nutzen – entsteht.

5.1.1 Entwicklungskosten von Arzneimitteln

Damit ein Wirkstoff in einem zugelassenen Arzneimittel mündet, muss eine Vielzahl an Schritten erfolgreich begangen werden. Die Erfolgsquote ist dabei sehr gering. So zeigen Dowden und Munro (2019), dass aus 100 die klinische Phase erreichenden Wirkstoffen nur etwa 7 als Arzneimittel zugelassen werden. Eine etwas ältere Studie von Paul et al (2010) kommt auf circa 11 Arzneimittelzulassungen. Wird darüber hinaus die Forschung und präklinische Phase berücksichtigt, resultieren etwa 5.000 bis 10.000 betrachtete Wirkstoffe je zugelassenem Arzneimittel mit neuem Wirkstoff. Die Entwicklungsdauer liegt dabei zwischen 12 bis 13,5 Jahren je entwickeltem Arzneimittel (Paul et al. 2010 efpia 2021). Entsprechend zahlen sich heute getätigte Forschungsinvestitionen möglicherweise erst in über 10 Jahren aus. Dabei gilt es ebenfalls zu berücksichtigen, dass die nicht erfolgreiche Forschung durch die erfolgreichen Arzneimittel querfinanziert werden muss.

Entsprechend hoch fallen die Kosten der Arzneimittelentwicklung aus. Wouters et al (2020) berechnen auf Basis öffentlich verfügbarer Daten Durchschnittskosten von 1,6 Mrd. US-Dollar (Median: 1,1 Mrd. US-Dollar) für zwischen 2009 und 2018 durch die FDA zugelassene Medikamente. Kosten für nicht erfolgreiche Forschung sind hierbei inkludiert. Di Masi et al (2016) schätzen die Forschungsausgaben bis zur Zulassung auf 2,6 Mrd. US-Dollar. Unterschiede in den Ergebnissen sind u. a. auf eine unterschiedliche Datenbasis zurückzuführen. Beide Untersuchungen gewährleisten zwar keine Repräsentativität, verdeutlichen jedoch das finanzielle Risiko der Pharmaunternehmen bei der Entwicklung von Arzneimitteln. Weiterführende Analysen zu den Entwicklungskosten innovativer Arzneimittel und deren Rolle als Zukunftsinvestition finden sich in Prognos (2025).

5.1.2 Investitionen als Voraussetzung für Digitalisierung

Die Digitalisierung des Gesundheitssystems kann nicht ohne gezielte Investitionen für die Schaffung von Voraussetzungen funktionieren. Alte Geräte müssen erneuert werden, Gebäude intelligenter gestaltet werden, Personal geschult werden und Infrastrukturen für KI-Anwendungen und Telemedizin geschaffen werden. Die Märkte für die jeweiligen Technologien weisen enormes Wachstumspotenzial auf. So wird allein dem Markt Telemedizin ein Wachstum von aktuell ca. 80 Mrd. Euro Marktwert auf 392 Mrd. Euro Marktwert in 2030 attestiert. Damit diese Märkte erschlossen werden, braucht es Investitionen im Gesundheitssektor, die häufig nur über kreative Finanzierungslösungen gedeckt werden können und von „pay to use“-Leistungen bis hin zu Upgrades bestehender Altgeräte reichen (Siemens AG 2023).

5.1.3 Genehmigungs- und Zulassungskosten für Medizintechnik (MDR)

Medizinprodukte müssen umfassende Zertifizierungsprozesse durchlaufen, um den europäischen regulatorischen Anforderungen zu genügen. Diese Anforderungen werden seit 2021 durch die Medical Device Regulation (MDR) festgelegt, deren Einführung und Umsetzung die Unternehmen mit zusätzlichen Anforderungen und verbundenen Kosten belastet. Kosten für die Zulassungsprozesse entstehen durch Zertifizierungspersonal, technische Dokumentationen,

externe Dienstleistungen und administrative Kosten. Die Gesamtkosten für einen Zertifizierungsprozess können bis zu 500.000 Euro betragen und die Dauer beträgt im Schnitt 18 Monate (BVMed 2025; Meyer et al. 2019).

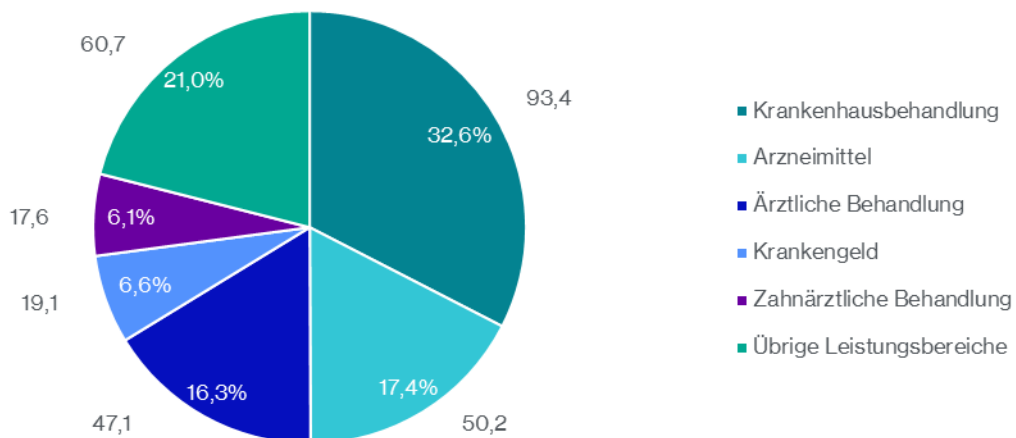
5.2 Spezielle Kostenfaktoren der wichtigsten Leistungsbereiche

Abbildung 9 veranschaulicht die Leistungsausgaben der GKV in Mrd. Euro sowie als prozentualen Anteil an allen Leistungsausgaben für das Jahr 2023. Der größte Posten entfällt dabei mit einem Anteil von knapp 33 Prozent der Ausgaben (bzw. 94,0 Mrd. Euro) auf die Krankenhausbehandlungen.¹¹ Auf die Leistungsbereiche Arzneimittel und Ärztliche Behandlung entfallen jeweils gut 17 und 16 Prozent der Gesundheitsausgaben der GKV. In absoluten Zahlen betrachtet entspricht dies etwa 50,2 Mrd. Euro bei den Arzneimitteln und 47,1 Mrd. Euro bei den ärztlichen Behandlungen.

In den letzten 10 Jahren sind die **GKV-Gesundheitsausgaben deutlich gestiegen**, wobei die Ausgabensteigerungen alle Leistungsbereiche betreffen. Im Folgenden werden die Ursachen der Kostenanstiege in den wichtigsten Leistungsbereichen skizziert. Dabei wird gezeigt, ob sie auf Preis-, Mengen- oder strukturelle Effekte zurückzuführen sind. Preiseffekte ergeben sich durch Änderungen bei Vergütungen oder Marktpreisen, Mengeneffekte durch eine höhere Anzahl an Leistungen wie ärztlichen Behandlungen oder Krankenhausaufenthalten. Strukturelle Effekte betreffen Veränderungen in der Organisation oder durch Reformen.

Abbildung 9: Gesundheitsausgaben der GKV nach Leistungsbereichen

in Mrd. Euro und in Prozent der Leistungsausgaben der GKV, 2023



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2025

© Prognos 2025

Gesetze und Verordnungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Kostenregulierung, etwa durch die Festlegung von Erstattungshöhen für medizinische Leistungen, was die finanzielle Belastung der GKV beeinflusst. Sie regeln zudem den Zugang der Versicherten zu

¹¹ Für das Jahr 2024 weisen vorläufige Ergebnisse bereits Ausgaben in Höhe von 101,7 Mrd. Euro aus (BMG 2025a).

Gesundheitsleistungen, was die Nachfrage und Mengeneffekte beeinflusst. Schätzungen zufolge führt das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz jährlich zu Einsparungen von etwa 3 Mrd. Euro in verschiedenen Leistungsbereichen (z. B. Verwaltungskosten, Arzneimittel, Pflegepersonal). Im Gegensatz dazu führten andere Gesetze in den letzten Jahren meist zu Mehrausgaben durch Leistungsausweitungen oder neue Programme. Eine Übersicht über alle relevanten Gesetze und deren finanzielle Effekte für die GKV nach Leistungsbereich findet sich in Form von Tabellen im Anhang B.

5.2.1 Leistungsbereich Krankenhaus

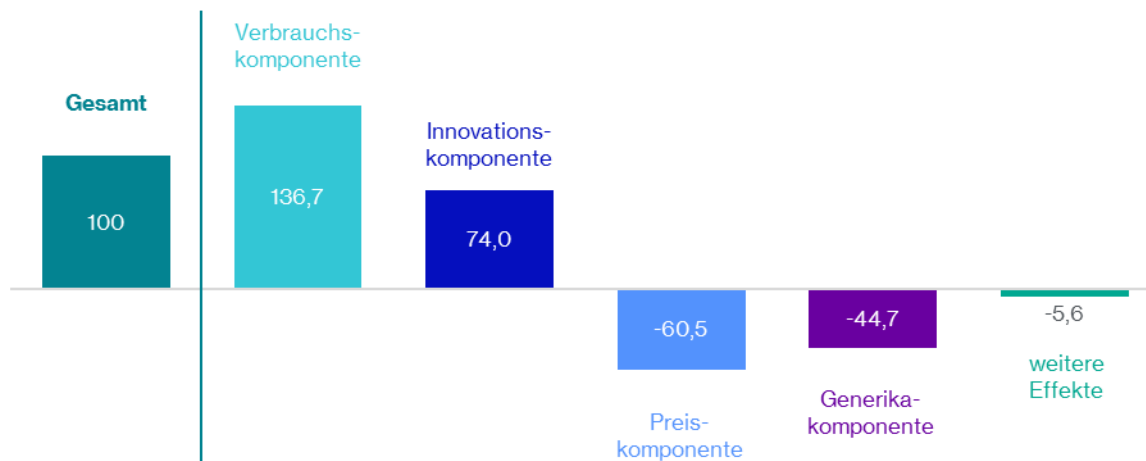
Die Ausgaben der GKV für den Leistungsbereich Krankenhaus steigen seit Jahren deutlich an. Aus den Grunddaten der Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt 2025c) lässt sich die Entwicklung der Mengen- und Preiseffekte in der stationären Versorgung nachvollziehen. Dabei zeigt sich, dass die **Kosten im Wesentlichen durch Preiseffekte getrieben** wurden. Sowohl die Anzahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten als auch die durchschnittliche Liegezeit in Krankenhäusern sind in den letzten 10 Jahren gesunken. Damit ist die Gesamtzahl an Berechnungs- und Belegungstagen von 2013 bis 2023 um gut 12 Prozent gesunken. Gleichzeitig ist hingegen ein Personalzuwachs (ärztliches und nichtärztliches Personal) um mehr als 20 Prozent zu beobachten. Die Ausgaben pro Behandlungsfall lagen laut Siemens-Betriebskrankenkasse im Jahr 2023 bei fast 5.000 Euro. Gegenüber dem Jahr 2019 entspricht dies einem Anstieg um fast 30 Prozent. Als Gründe hierfür werden u. a. der *medizinische Fortschritt, allgemeine Preissteigerungen (insbesondere durch Energiekosten)* sowie *gestiegene Personal- und Pflegekosten* angeführt (Siemens-Betriebskrankenkasse 2024).

5.2.2 Leistungsbereich Arzneimittel

Zur Beurteilung der Gründe für den Ausgabenanstieg bei Arzneimitteln werden in Anlehnung an den Arzneimittel-Atlas von IGES verschiedene Komponenten zur Beschreibung von Preis- und Mengeneffekten herangezogen. Mithilfe dieser Zerlegung lässt sich der gesamte Ausgabenanstieg im Bereich Arzneimittel für die Jahre 2022 und 2023 exemplarisch erklären (Abbildung 10). Insgesamt sind die GKV-Ausgaben von 48,8 auf 50,2 Mrd. Euro gestiegen.

Abbildung 10: GKV-Ausgabenveränderungen im Leistungsbereich Arzneimittel

nach Ausgabenkomponenten, Gesamt = 100, 2023 zu 2022



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an IGES (2024c)

© Prognos 2025

Die im Arzneimittel-Atlas ausgewiesene **Verbrauchskomponente** bezieht sich dabei auf die tatsächliche Menge der Arzneimittel, die von den Patientinnen und Patienten konsumiert wird. Der Arzneimittelverbrauch in Deutschland ist seit 2013 kontinuierlich gestiegen. Die wachsende Verbrauchskomponente ist stark durch die alternde Bevölkerung und den daraus resultierenden zunehmenden Behandlungsbedarf beeinflusst. Von 2022 auf 2023 lag die Verbrauchskomponente bei 136,7 Punkten – hat also erheblich zur Ausgabensteigerung beigetragen.

Neben diesem demografischen Effekt tragen medizinische Innovationen zum Ausgabenanstieg bei. Ursächlich sind vor allem neu eingeführte, innovative Arzneimittel zur Behandlung schwerer Erkrankungen. Beispiele sind insbesondere Onkologika sowie Immunsuppressiva, etwa bei rheumatoider Arthritis oder Schuppenflechte (IGES 2022a), ebenso neue innovative Therapieoptionen für „Volkskrankheiten“ wie Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (IGES 2024b). Die **Innovationskomponente** bildet im Kontext des Arzneimittel-Atlas die Ausgabenzunahme infolge neu eingeführter und damit patentgeschützter Arzneimittel ab. Von 2022 auf 2023 trägt diese Komponente 74 Punkte zur Ausgabenveränderung bei (IGES 2024b).

Die **Preiskomponente** misst, wie sich Arzneimittelausgaben allein durch Preisveränderungen entwickeln. Einen starken Einfluss auf die Preiskomponente haben gesetzliche und vertragliche Rabatte, sowie Abschläge. So wurde beispielsweise im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) der gesetzliche Herstellerabschlag im Jahr 2023 befristet von 7 Prozent auf 12 Prozent erhöht, was die Einsparungen durch gesetzliche Rabatte deutlich ansteigen ließ. Entsprechend hat die Preiskomponente für sich genommen zu einer Reduktion der Ausgaben (-60,5 Punkte) beigetragen.

Marktanteilsverschiebungen zu Gunsten von Generika und Biosimilars werden anhand der **Generikakomponente** abgebildet, wodurch strukturbedingte Einsparungen erfasst werden.

Kosteneinsparungen entstehen, wenn Generika nach Patentablauf etablierte Originalpräparate ersetzen. Wesentliche Einsparträger waren dabei insbesondere Immunsuppressiva, antineoplastische Mittel und Antidiabetika (IGES 2024c). Die Einsparwirkung lagen zwischen 2022 und 2023 bei -44,7 Punkten.

Weitere Effekte hatten zusammengekommen ebenfalls einen leicht dämpfenden Ausgabeneffekt (-5,6 Punkte). Detailliertere Auswertungen zur Ausgabenentwicklung für Arzneimittel finden sich im „InnovationsRadar“ des vfa (Prognos 2025).

5.2.3 Leistungsbereich Ärztliche Behandlungen

Ärztliche Behandlungen zeigen keine relevanten Mengeneffekte. Gemäß KG3-Statistik im Rahmen der Geschäftsergebnisse der GKV (BMG 2025c) ist zwischen 2013 und 2023 bei den kurativen ärztlichen **Behandlungsfällen** nur ein moderater Anstieg um etwa 0,5 Prozent pro Jahr zu beobachten. Die Zahl der Arztbesuche pro Kopf ist dabei weitgehend stabil bei rund 10 Konsultationen pro Jahr (Eurostat 2025).

Hingegen ist die zunehmende Bedeutung **extrabudgetärer Leistungen** als ein Treiber des Ausgabenanstiegs zu sehen. Diese Leistungen ermöglichen eine flexible Reaktion auf zusätzliche Bedarfe und können im Gegensatz zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unbegrenzt abgerechnet werden. Extrabudgetäre Leistungen tragen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung bei. Beispiele hierfür sind ambulante Operationen, Präventionsuntersuchungen, Strahlentherapie, Herzkatheteruntersuchungen, palliativ-medizinische Versorgung oder digitale Leistungen wie Videosprechstunden. Der Anteil der extrabudgetären Vergütung an der vertragsärztlichen Gesamtvergütung hat sich zwischen 2009 (22 %) und 2022 (43 %) nahezu verdoppelt (Bundesrechnungshof 2023). Diese Leistungen werden in der Regel vollständig von der GKV übernommen und tragen damit direkt zur Ausgabensteigerung bei. Ein deutlicher Anstieg der extrabudgetären Vergütung war erstmals nach Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zu verzeichnen, insbesondere infolge der Ausweitung psychotherapeutischer Leistungen. Weitere gesetzliche Regelungen haben die Entwicklung beeinflusst (Anhang). Es ist davon auszugehen, dass es durch die extrabudgetäre Vergütung zu einer Ausweitung der Leistungsmenge kam.

5.2.4 Leistungsbereich Krankengeld

Die **mengenmäßige Entwicklung** der Krankengeldausgaben wird im Wesentlichen durch die Anzahl der Krankengeldfälle sowie durch die durchschnittliche Dauer des Krankengeldbezugs bestimmt.¹² Zwischen 2014 und 2023 ist die Anzahl der Krankengeldfälle um fast 26 Prozent angestiegen. Auch die durchschnittliche Zahl der Krankengeldtage pro Fall ist in diesem Zeitraum insgesamt um rund 13 Prozent gestiegen, mit teils deutlichen jährlichen Schwankungen. Insgesamt deutet der längerfristige Trend auf eine tendenziell zunehmende Anzahl und Dauer der Krankengeldfälle hin.

¹² Datenbasis für die mengenbezogene Analyse bildet die Statistik KG2 (Leistungsfälle und -zeiten von/ bei Arbeitsunfähigkeit) im Rahmen der Geschäftsergebnisse der GKV (BMG 2025b). Sie enthält Angaben zu den Leistungsfällen und Krankengeldtagen und ermöglicht somit eine differenzierte Betrachtung der Fallzahlen und der Bezugsdauer.

Der durchschnittliche individuelle tägliche Zahlbetrag (Krankengeldbetrag pro Tag) spiegelt den **Preiseffekt** wider. Diese Größe hängt unmittelbar vom Arbeitsentgelt der Versicherten ab, da das Krankengeld in der Regel 70 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts beträgt, jedoch durch die Beitragsbemessungsgrenze gedeckelt ist. Von 2014 bis 2023 ist das Krankentagegeld pro Tag (Ausgaben für Krankentagegeld durch Krankengeldtage) um knapp 2,6 Prozent pro Jahr gestiegen.

5.2.5 Leistungsbereich Zahnärztliche Behandlungen

Gemäß der KG3-Statistik stieg die Anzahl der zahnärztlichen Behandlungen von 2014 bis 2023 nur leicht um knapp 0,9 Prozent pro Jahr. Trotz der annähernd stabilen Fallzahl erhöhten sich die Ausgaben der GKV für zahnärztliche Behandlungen ohne Zahnersatz jedoch spürbar.

Bereits vor der Pandemie zeigte sich ein **struktureller Wandel in der Versorgung**: Die Zahl klassischer Füllungen nahm ab, während präventive und erhaltende Maßnahmen, insbesondere Individualprophylaxe und Parodontalbehandlungen, deutlich an Bedeutung gewannen. Vor allem bei der Parodontalbehandlung stieg die durchschnittliche Leistungsmenge pro Behandlungsfall erheblich an. Verstärkt wurde dieser Trend durch neue Abrechnungsregelungen. Auch neue Leistungen wie Komposit-Füllungen für besondere Patientengruppen erweiterten das Abrechnungsspektrum. Ausgaben für Individualprophylaxe, konservierend-chirurgische Leistungen und Kieferorthopädie nahmen ebenfalls weiter zu (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2025).

Insgesamt führen inflationsbedingte Preissteigerungen, Mengeneffekte durch intensivere Behandlungen pro Fall sowie strukturelle Veränderungen im Leistungsgeschehen zu einem deutlichen Ausgabenanstieg im GKV-System. Besonders sichtbar wird dies im Bereich der Parodontalbehandlungen, die auch künftig ein dynamisches Ausgabenfeld darstellen dürften.

6 Fazit

Die Gesundheitsversorgung ist ein fundamentales gesellschaftliches Gut. Das deutsche Gesundheitssystem steht jedoch vor erheblichen finanziellen Herausforderungen. Die Gesundheitsausgaben sind seit Jahren stark gestiegen – zwischen 2013 und 2023 um 59 Prozent auf etwa 500 Mrd. Euro. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und variieren je nach betrachtetem Leistungsbereich. In absoluten Zahlen entfallen die höchsten Ausgaben auf die Krankenhausversorgung, Arzneimittel und ärztliche Behandlungen – ein Spiegel der zentralen Bedeutung dieser Leistungsbereiche für die Versorgung. Die grundsätzliche Ausgabenstruktur über die einzelnen Leistungsbereiche hinweg hat sich im Zeitverlauf dabei nur geringfügig verändert.

GKV unter Finanzierungsdruck – iGW schafft Entlastungspotenziale

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist davon auszugehen, dass die finanzielle Belastung weiter zunimmt. Die Finanzierung der GKV wird dadurch in den kommenden Jahren zunehmend schwieriger. Szenariorechnungen zeigen im Referenzszenario, dass der Beitragssatz von **aktuell 17,1 Prozent bis zum Jahr 2045 auf 20,1 Prozent** steigen könnte.

Die iGW vereint die Bereiche Arzneimittel, Medizintechnik, Biotechnologie und digitale Gesundheitslösungen (E-Health) und ist somit ein wichtiger Teil des Gesundheitswesens. Die vorliegende Studie zeigt, dass die iGW einen bedeutenden Beitrag zur Stärkung der Gesundheitsversorgung und zur Senkung der Kosten leisten kann. So wurden zahlreiche Effizienzpotenziale durch innovative Technologien und Dienstleistungen identifiziert. Die quantifizierten Beispiele weisen in Summe ein **Einsparvolumen von fast 21 Mrd. Euro** auf – alleine im Geltungsbereich der GKV.

Um diese Potenziale zu realisieren, bedarf es jedoch geeigneter politischer Rahmenbedingungen. Wenn es in diesem Umfeld gelingt, das Potenzial der iGW stärker als bislang auszuschöpfen, sind allein mit heute bekannten quantifizierbaren Innovationen bis zum Jahr **2045 Einsparungen in Höhe von nahezu 50 Mrd. Euro** möglich. Das Szenario Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung verdeutlicht dies: Der **Beitragssatz sinkt** in diesem Szenario gegenüber dem Referenzszenario um **1,4 Prozentpunkte**. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Unternehmen würden dadurch Jahr für Jahr spürbar entlastet.

Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen geboten

Die durchgeführten Analysen zeigen darüber hinaus, dass das Gesundheitssystem durch weitere Maßnahmen weiter gestärkt und die GKV-Finzen stabilisiert werden können. Dazu zählen sowohl zusätzliche, im Rahmen der Studie nicht quantifizierte Effizienzpotenziale als auch die Belastung der GKV-Finanzierung durch versicherungsfremde Leistungen in Höhe von geschätzt knapp 60 Mrd. Euro. Diese Aspekte stehen nicht im Fokus der Studie, ihr Beitrag zur Entlastung der Versicherten der GKV ist gleichwohl enorm. Der Beitragssatz könnte bei vollständiger Steuerfinanzierung langfristig um **3,0 Prozentpunkte** (gegenüber dem Szenario Vorfahrt für

Innovation und Digitalisierung) gesenkt werden. Inklusiv der in dieser Studie abgeleiteten Effizienzpotenziale zeigen die Modellrechnungen, dass damit 2045 ein Beitragssatz von **15,7 Prozent** erreichbar wäre.

Volkswirtschaftliche Effekte verdeutlichen Gesamtpotenzial

Bei Berücksichtigung weiterer indirekter positiver Effekte auf Gesellschaft und Wirtschaft - wie etwa eine höhere Produktivität, eine Steigerung des Bruttoinlandsprodukts und die Vermeidung von Folgeerkrankungen – wird deutlich, dass wirtschaftliches Wachstum und bessere Versorgung bei gleichzeitig niedrigeren Kosten kein Widerspruch sein müssen. Bei einer durchschnittlichen Bruttowertschöpfung von 84.000 Euro je Erwerbstätigen (2023) ist ein vermiedener Krankheitstag rund 360 Euro „wert“. Der gesamtgesellschaftliche Nutzen bei Vermeidung eines Erwerbsunfähigkeitsjahres beläuft sich auf 98.500 Euro je Person und Jahr oder insgesamt 16,2 Mrd. Euro. Entsprechend können die Effizienzpotenziale der industriellen Gesundheitswirtschaft einen soliden Beitrag hierfür leisten – vorausgesetzt, politische und strukturelle Rahmenbedingungen werden entsprechend angepasst und weiterentwickelt.

Die nachstehende Abbildung veranschaulicht die volkswirtschaftlichen Effekte für das deutsche Gesundheitssystem exemplarisch für den Fall, dass ein Teil der genannten Wirkungen im Zusammenhang mit Gesundheitsinnovationen erreicht werden kann. Ausgehend von den in dieser Studie identifizierten Effizienzpotenzialen im Wirkungsbereich der iGW und für den Bereich der GKV, werden diese Effizienzpotenziale analog auf den Bereich der privaten Krankenversicherung hochgerechnet. Dies entspricht weiteren **2,4 Mrd. Euro**.

Bei erfolgreicher Hebung dieser Potenziale entstehen positive gesundheitliche Folgewirkungen. Wenn es damit beispielsweise gelingt, einen durchschnittlichen Krankheitstag je Erwerbstätigen in Deutschland zu vermeiden, entstehen rechnerisch **16,4 Mrd. Euro zusätzlicher BWS**. Die Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten im gleichen Umfang (1/15,2 Krankheitstage = ca. 7 %), ergibt einen Effekt in Höhe von rund **1,1 Mrd. Euro**.

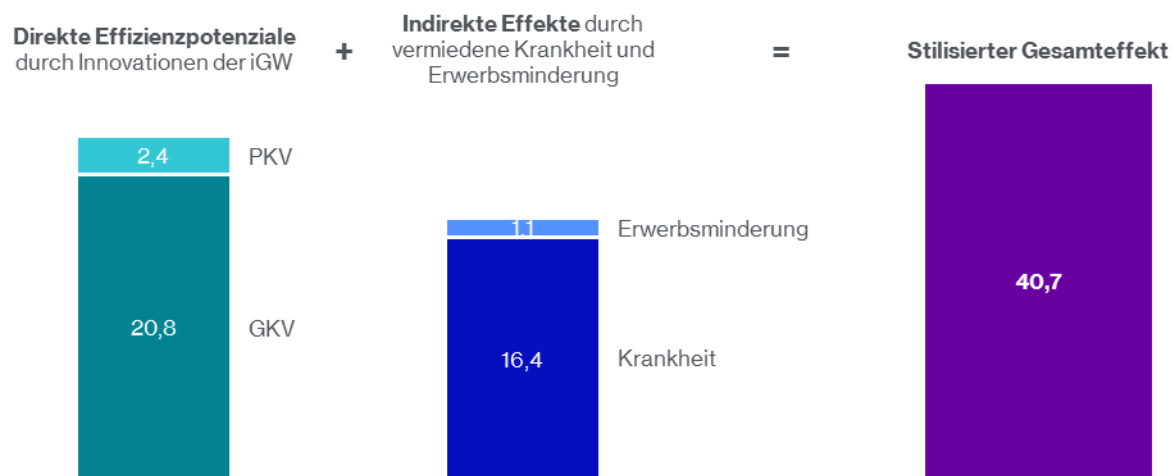
Als umfassender Indikator enthält die BWS das Arbeitnehmerentgelt, welches sich statistisch wiederum aus den Bruttolöhnen- und -gehältern der Arbeitnehmer sowie den Sozialbeiträgen der Arbeitgeber zusammensetzt. Damit beinhaltet die BWS auch Lohnsteuern und Sozialabgaben, die von Arbeitnehmenden gezahlt werden. Die zusätzliche BWS, die durch die „gewonnenen Arbeitstage“ erwirtschaftet wird, stärkt damit die direkten Steuereinnahmen und die Einnahmen der Sozialversicherungen.¹³

Insgesamt ergibt sich so (exemplarisch für das Jahr 2023) ein stilisierter volkswirtschaftlicher **Gesamteffekt im Zusammenhang mit Gesundheitsinnovationen der iGW in Höhe von 40,7 Mrd. Euro** (Abbildung 11).

¹³ Darüber hinaus entstehen durch die zusätzliche Erwerbstätigkeit üblicherweise weitere Effekte wie etwa steigende Mehrwertsteuereinnahmen, die aus dem wachsenden Konsum resultieren. Derartige Multiplikatoreffekte sind in der exemplarischen Modellrechnung nicht berücksichtigt.

Abbildung 11: Volkswirtschaftliche Effekte im Zusammenhang mit Gesundheitsinnovationen

Stilisiertes Potenzial in Mrd. Euro, 2023



Quelle: Eigene Berechnungen

© Prognos 2025

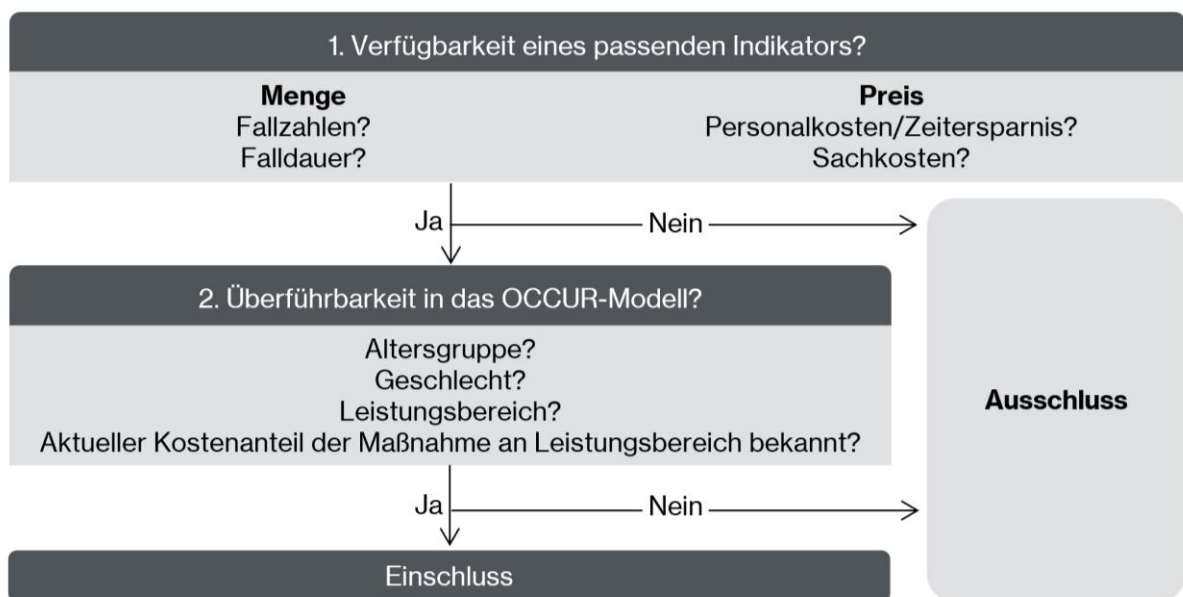
Anhang

A. Entscheidungsprozess zur systematischen Auswahl und Bewertung von Effizienzbeispielen zur Szenariomodellierung

Der Entscheidungsprozess beginnt mit der Prüfung, ob für das jeweilige Beispiel ein passender Indikator inklusive relevanter Kennzahl vorliegt – etwa Mengen- oder Preiseffekte. Zu Mengeneffekten zählen Angaben zu Fallzahlen (z. B. Behandlungen, Erkrankungen) oder Falldauern (z. B. Krankenhausaufenthalte). Preiseffekte betreffen u. a. Personalkosten (etwa durch Zeitersparnis) oder Sachkosten. Nur bei Vorliegen entsprechender Kennzahlen zur Berechnung wird ein Beispiel in die quantitative Analyse aufgenommen. Im weiteren Entscheidungsprozess wird die Übertragbarkeit in das Prognos-Sozialversicherungsmodell OCCUR geprüft. Maßgeblich ist dabei, ob das Beispiel bestimmten Alters- und Geschlechtsgruppen sowie GKV-Leistungsbereichen zugeordnet werden kann. Ist dies gegeben, erfolgt eine näherungsweise Quantifizierung des jeweiligen Effizienzpotenzials.

Abbildung 12: Systematische Auswahl und Bewertung von Effizienzbeispielen zur Szenariomodellierung

Schematische Darstellung



Quelle: Eigene Darstellung Prognos

© Prognos 2025

B. Tabellen der gesetzlichen Maßnahmen

Tabelle 6: Überblick gesetzliche Maßnahmen, Krankenhaus

Gesetz	Inkrafttreten	Inhalte
Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)	2016	u. a. Fixkostendegressionsabschlag, Sachkostenkorrekturen, Zentrumszuschläge, Möglichkeit zur Vereinbarung befristeter krankenhausindividueller Zuschläge, Landesbasisfallwert-Konvergenz, Pflegestellen-Förderprogramm, anteilige Tarifierfinanzierung, Verlängerung des Hygieneförderprogramms, Notfallzuschläge, Zuschläge zur Förderung klinischer Sektionen, Pflegezuschlag, Präzisierung Sicherstellungszuschläge, Qualitätszu- und -abschläge. Jährliche Mehrausgaben von etwa 2 Mrd. Euro bis 2020
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	2019	u. a. Fortsetzung und Ausbau Pflegestellen-Förderprogramm, Umstellung auf Pflegebudgets, Zu- / Abschläge für (Nicht-) Teilnahme an der Notfallversorgung, vollständige Refinanzierung Ausbildungsvergütungen im 1. Ausbildungsjahr, vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für Pflegekräfte, Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Jährliche Mehrausgaben von etwa 1,6 Mrd. Euro bis 2022
Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz)	2020	u. a. Verringerung des Prüfumfangs von Krankenhausabrechnungen durch MDK, Zahlungen von Krankenhäusern bei positivem bzw. Vergütung an Krankenhäuser bei negativem Prüfergebnis, Weiterentwicklung AOP-Katalog Ziel Ambulantisierung, Verlängerung Hygieneförderprogramm. Pro Prozentpunkt ambulantisierbarer stationärer Fälle Einsparungen von etwa 120 Mio. Euro
COVID-19 Krankenhaus-entlastungsgesetz	2020	u. a. Bonus für zusätzlich vorgehaltene Intensivbetten, Zuschlag insb. für persönliche Schutzausrüstung, Wegfall Fixkostendegressionsabschlag, vorläufiger Pflegeentgeltwert (mit Ausgleich Unterdeckung, Verbleib Überdeckung beim Krankenhaus), Streichung des Aufschlags für beanstandete Abrechnungen, Reduzierung der Prüfquote
Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)	2021	u.a. Hebammenstellen-Förderprogramm. Jährliche Mehrausgaben von etwa 58,5 Mio. Euro bis 2023
Krankenhauspflege-entlastungsgesetz (KHPfIEG)	2022	u.a. Vorgaben zum Personaleinsatz (PPR 2.0), Neuregelung Krankenhausrechnungsprüfung, Klarstellung der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags, finanzielle Stärkung der Pädiatrie und der Geburtshilfe, Einführung "tagesstationäre Behandlung" und spezielle sektorengleiche Vergütung ("Hybrid DRG"), Verlängerung Hygieneförderprogramm

Quelle: Eigene Darstellung. Mehr- und Minderausgaben auf Basis jeweiliger Gesetzesentwürfe

© Prognos 2025

Tabelle 7: Überblick gesetzliche Maßnahmen, Arzneimittel

Gesetz	Inkrafttreten	Inhalte
GKV-Arzneimittelversorgungs- stärkungsgesetz (AMVSG)	2017	u. a. Verlängerung Preismoratorium, Einführung Schwellenwert bei neuen Arzneimitteln, Flexibilisierung der Obergrenze Erstattungsbeträge, Neuregelung parenterale Zubereitungen in Onkologie. Erwartete jährliche Einsparungen von etwa 1,9 bis 2,5 Mrd. Euro
Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort Apotheken (VOASG)	2020	u. a. Zuschlag pharmazeutische Dienstleistungen und Botendienste. Jährliche Mehrausgaben von etwa 0,2 Mrd. Euro
Gesundheitsversorgungs- weiterentwicklungsgesetz (GVWG)	2021	u. a. zusätzliche Reserve Grippeimpfstoffe
GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)	2022	u. a. Verlängerung Preismoratorium, Erhöhung allg. Herstellerabschlag, Rückwirkung Erstattungsbetrag, verpflichtende Preis-Mengen-Vereinbarungen, Berücksichtigung Arzneimittelverwürfe, „Leitplanken“ Erstattungsbetragsvereinbarungen, Absenkung Schwellenwert für „Orphan Drugs“, Kombinationsabschlag, Erhöhung Sicherheitszuschlag Grippeimpfstoffe, Erhöhung Apothekenabschlag. Erwartete jährliche Einsparungen von insgesamt etwa 3 Mrd. Euro (über alle Leistungsbereiche hinweg)

Quelle: Eigene Darstellung. Mehr- und Minderausgaben auf Basis jeweiliger Gesetzesentwürfe

© Prognos 2025

Tabelle 8: Überblick gesetzliche Maßnahmen, ärztliche Behandlungen

Gesetz	Inkrafttreten	Inhalte
GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)	2012	u. a. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems, ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Fördermaßnahmen für ländliche Versorgung
E-Health Gesetz	2015	Ziel: Aufbau und Einführung von Telematikinfrastruktur (TI)
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	2019	u. a. Ausbau von Videosprechstunden
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	2019	u. a. Ausbau Terminservicestellen, extrabudgetäre Vergütung bei Behandlung neuer Patientinnen und Patienten, Vergütungsanreize in vertragsärztlicher Versorgung, Verbesserung ärztlicher Versorgung auf dem Land. Insgesamt jährliche Mehrausgaben im mittleren 3-stelligen Mio. Euro-Bereich
GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)	2022	u. a. Aufhebung der TSVG-Neupatientenregelung und Erhöhung der Zuschläge für schnelle Terminvergabe, MGK-Bereinigung um Vergütung von extrabudgetären Leistungen in offener Sprechstunde. Jährliche Einsparungen von insgesamt etwa 3 Mrd. Euro (über alle Leistungsbereiche hinweg)

Quelle: Eigene Darstellung. Mehr- und Minderausgaben auf Basis jeweiliger Gesetzesentwürfe

© Prognos 2025

Tabelle 9: Überblick gesetzliche Maßnahmen, Krankengeld

Gesetz	Inkrafttreten	Inhalte
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	2019	u. a. Möglichkeiten zur Inanspruchnahme der stufenweisen Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten sollen verbessert werden. Insgesamt jährliche Mehrausgaben im mittleren dreistelligen Mio. Euro-Bereich

Quelle: Eigene Darstellung. Mehr- und Minderausgaben auf Basis jeweiliger Gesetzesentwürfe

© Prognos 2025

Tabelle 10: Überblick gesetzliche Maßnahmen, zahnärztliche Behandlungen

Gesetz	Inkrafttreten	Inhalte
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)	2015	u. a. Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum und Stärkung präventionsorientierter Leistungen auch im zahnärztlichen Bereich. Insgesamt jährliche Mehrausgaben im mittleren dreistelligen Mio. Euro-Bereich
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	2019	u. a. Stärkung Zugangsmöglichkeiten zu Leistungen. Insgesamt jährliche Mehrausgaben im mittleren dreistelligen Mio. Euro-Bereich
GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)	2022	u. a. Begrenzung des Anstiegs der Punktwerte und Gesamtvergütungen 2023 und 2024. Jährliche Einsparungen von etwa 120 Mio.Euro (2023) und 340 Mio. Euro (2024). Insgesamt etwa 3 Mrd. Euro (über alle Leistungsbereiche hinweg).

Quelle: Eigene Darstellung. Mehr- und Minderausgaben auf Basis jeweiliger Gesetzesentwürfe

© Prognos 2025

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Quantifizierbare Einsparpotenziale, Humanarzneimittel und Biotechnologie	17
Tabelle 2: Quantifizierbare Einsparpotenziale, E-Health	18
Tabelle 3: Quantifizierbare Einsparpotenziale, Medizintechnik	20
Tabelle 4: Effizienz- und Kosteneinsparungspotenziale im Gesundheitswesen	26
Tabelle 5: Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung – Wirkungen auf die GKV-Leistungsausgaben	27
Tabelle 6: Überblick gesetzliche Maßnahmen, Krankenhaus	49
Tabelle 7: Überblick gesetzliche Maßnahmen, Arzneimittel	50
Tabelle 8: Überblick gesetzliche Maßnahmen, ärztliche Behandlungen	50
Tabelle 9: Überblick gesetzliche Maßnahmen, Krankengeld	51
Tabelle 10: Überblick gesetzliche Maßnahmen, zahnärztliche Behandlungen	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern	13
Abbildung 2: Anzahl der betrachteten Beispiele	15
Abbildung 3: Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung	24
Abbildung 4: Entwicklung der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes	25
Abbildung 5: Entwicklung der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes	27
Abbildung 6: Anwendungsbeispiele für KI entlang des Patientinnen- und Patientenpfads	31
Abbildung 7: Entwicklung der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes	36
Abbildung 8: Relevante Aspekte einer ganzheitlichen Betrachtung der Effekte im Überblick	37
Abbildung 9: Gesundheitsausgaben der GKV nach Leistungsbereichen	40
Abbildung 10: GKV-Ausgabenveränderungen im Leistungsbereich Arzneimittel	42
Abbildung 11: Volkswirtschaftliche Effekte im Zusammenhang mit Gesundheitsinnovationen	47
Abbildung 12: Systematische Auswahl und Bewertung von Effizienzbeispielen zur Szenariomodellierung	48

Quellenverzeichnis

Anderson BR, Gotlieb EG, Hill K, McHugh KE, Scheurer MA, Mery CM, Pelletier GJ, Kaltman JR, White OJ, Trachtenberg FL, Hollenbeck-Pringle D, McCrindle BW, Sylvester DM, Eckhauser AW, Pasquali SK, Anderson JB, Schamberger MS, Shashidharan S, Jacobs JP, Jacobs ML, Boskovski M, Newburger JW, Nathan (2020): Registry-based trials: a potential model for cost savings? In: *Cardiol Young*, 30 Heft 6, S. 807-817. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32605679/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Atilgan E, Ertuğrul HM, Baycan O and Ulucan H (2024): Health-led growth hypothesis and health financing systems: an econometric synthesis for OECD countries. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1437304/full> (online, abgerufen am 22.07.2025).

AOK (2023): Versorgungs-Report zeigt Defizite bei der Umsetzung medizinischer Leitlinien in die Praxis. Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und des AOK-Bundesverbandes, 21.06.2023. <https://www.aok.de/pp/bv/pm/versorgungs-report-2023/#c21280> (online, abgerufen am 22.07.2025).

AOK (2025): Wie Patienten besser durchs Gesundheitssystem kommen. <https://www.aok.de/pp/gg/bundestagswahl-2025/patientensteuerung/>. (online, abgerufen am 12.09.2025).

Ärztezeitung (2011): Welche Chancen hat personalisierte Medizin? <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Welche-Chancen-hat-personalisierte-Medizin-285268.html> (online, abgerufen am 21.07.2025).

Atlas (2020): 3D-Druck individueller Prothesen. ATLAS Digitale Gesundheitswirtschaft, 16.12.2020. <https://www.atlas-digitale-gesundheitswirtschaft.de/blog/2020/12/16/3d-druck-individueller-prothesen/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Baker S, et al. (2023). Neptune versus canister-based surgical waste management in Europe: results of the GREEN study. *Ann Med Surg (Lond)*. 85(9): 4307-4314. doi: 10.1097/MS9.0000000000000934. PMID: 37663714; PMCID: PMC10473330.

BAS (Bundesamt für Soziale Sicherung) (2024): Transformationsfonds. <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/transaktionsfo/ueberblick/> (online, abgerufen am 23.07.2025).

Beylik U, Cirakli U, Cetin M, Ecevit E and Senol O (2022): The relationship between health expenditure indicators and economic growth in OECD countries: A Driscoll-Kraay approach. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.1050550/full> (online, abgerufen am 02.07.2025).

BIAC Business at OECD (2025): Health as an Economic Imperative – Synthesis Report. March 2025. <https://www.businessatoecd.org/hubfs/Policy%20Groups/20.%20Health/FIN-2025-03%20Health%20as%20an%20Economic%20Imperative%20-%20Business%20at%20OECD%20%28BIAC%29%20Health%20Forum%202024%20Synthesis%20report.pdf> (online, abgerufen am 15.06.2025).

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2025a): Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse. 1.-4. Quartal 2024.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4._Quartal_2024_Internet.pdf (online, abgerufen am 21.07.2025).

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2025b): Geschäftsergebnisse. Angaben zu den Geschäftsergebnissen der GKV bezüglich der Leistungsfälle und Tage.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftergebnisse.html#c2844> (online, abgerufen am 16.07.2025).

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2025c): Sachstand Krankenhausreform-Anpassung.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Sachstand_Anpassung_Krankenhausreform.pdf (online, abgerufen am 29.07.2025).

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2022): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz). Drucksache 20/3448. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/034/2003448.pdf> (online, abgerufen am 11.09.2025).

Bundesrechnungshof (2023a): Mehr Ausgabenkontrolle für ambulante ärztliche Versorgung.
<https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2023/extrabudgetaere-verguetung.html> (online, abgerufen am 16.07.2025).

Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) (2025): Zahlen und Fakten zur MDR.
<https://www.bvmed.de/themen/regulatorik-mdr/zahlen-und-fakten-zur-mdr> (online, abgerufen am 24.06.2025).

Catarino, F.; van Vliet, M.; Twisk, J.; de Boer, M.; et al. (2023): Economic evaluation of 27,540 patients with mood and anxiety disorders and the importance of waiting time and clinical effectiveness in mental healthcare. In: *Nature Mental Health*.
<https://www.nature.com/articles/s44220-023-00106-z> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Cool, C. L., Needham, K. A., Khlopas, A., Mont, M. A. (2019): Revision Analysis of Robotic Arm-Assisted and Manual Unicompartmental Knee Arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 34(5), S. 926–931.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31010509/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

CW1 Inc. (2024): Maximierung der Bettenauslastung: Strategien zur Verbesserung des Patientenflusses in Europa. <https://www.cw1.com/de/blog/maximierung-der-bettenauslastung-strategien-zur-verbesserung-des-patientendurchsatzes-in-europa> (online, abgerufen am 21.07.2025).

Daher, R., Ardu, S., di Bella, E., Krejci, I., Duc, O. (2024): Efficiency of 3D printed composite resin restorations compared with subtractive materials: Evaluation of fatigue behavior, cost, and time of production. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 131(5), 943–950.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022391322004814> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Deloitte Deutschland (2025): Gesetzliche Krankenkassen könnten bis zu 13 Milliarden Euro einsparen. Pressemitteilung, 16.06.2025.

<https://www.deloitte.com/de/de/about/press-room/gesetzliche-krankenkassen-koennten-bis-zu-13-milliarden-euro-einsparen.html> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Deutsches Ärzteblatt (2025): Beträchtlicher Zusatznutzen für Nirsevimab zur RSV-Prophylaxe. <https://www.aerzteblatt.de/news/betrachtlicher-zusatznutzen-fur-nirsevimab-zur-rsv-prophylaxe-a43fd649-278a-4921-bf44-295cee84eba3>. (online, abgerufen am 10.09.2025).

DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2024), Rentenversicherung in Zeitreihen, DRV Schriften, Band 22.

dkfz (Deutsches Krebsforschungszentrum) (2021): 70 Prozent weniger Darmkrebs-Todesfälle nach Vorsorge-Darmspiegelung. <https://www.krebsinformationsdienst.de/aktuelles/detail/70-prozent-weniger-darmkrebs-todesfaelle-nach-vorsorge-darmspiegelung>. (online, abgerufen am 12.09.2025).

DRG-Forum (2025): Patientensteuerung: Die Suche nach dem richtigen Weg. in f&w Ausgabe 5/2025. <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/52961-die-suche-nach-dem-richtigen-weg>. (online, abgerufen am 12.09.2025).

DRV Bund (2024): Reha-Atlas 2024: Ambulante Rehabilitation der Rentenversicherung nimmt weiter zu. Pressemitteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund, 31.10.2024. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen_aktuell/2024/2024-10-31-reha-forum-reha-atlas-2024.html (online, abgerufen am 22.07.2025).

Eder, Patrick Andreas; Soda, Holger; Kumle, Benjamin; et al. (2023): Digitales Notfallmanagement im Netzwerk der Akut- und Notfallversorgung. Eckpunktepapier des Expertenrats des ZTM. In: Notfall + Rettungsmedizin. <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01241-x> (online, abgerufen am 21.07.2025).

ECDC (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten) (2023): *Antimikrobielle Resistenz: Wie können die Ziele bis 2030 erreicht werden?* https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AMR%20brief%20-%20EAAD%202023_DE.pdf (online, abgerufen am 22.07.2025).

efpia (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) (2021): The Pharmaceutical Industry in Figures. Key data 2021. <https://www.efpia.eu/media/602709/the-pharmaceutical-industry-in-figures-2021.pdf> (online, abgerufen am 12.07.2025).

Europäische Kommission (2022): Healthier together – EU non-communicable diseases initiative. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en (online, abgerufen am 22.07.2025).

Europäische Kommission (2024): 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070). Institutional Paper 279. https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf (online, abgerufen am 22.07.2025).

Eurostat (2025): Consultation of a medical doctor per inhabitant and by type of consultation. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hc_phys2/default/table?lang=en (online, abgerufen am 09.09.2025).

Felix Burda Stiftung (2015): 3 Milliarden Euro Einsparungen. Kosten-Nutzen-Analyse der präventiven Koloskopie in Deutschland. <https://www.mynewsdesk.com/de/felix-burda-stiftung/pressreleases/3-milliarden-euro-einsparungen-kosten-nutzen-analyse-der-praeventiven-koloskopie-in-deutschland-1124230>. (online, abgerufen am 12.09.2025).

Fraunhofer IAP (2024): Verstärkung fürs Knie: 3D-Biodruck mit körpereigenen Knorpelzellen. <https://www.iap.fraunhofer.de/de/Pressemitteilungen/2024/verstaerkung-fuers-knie-3d-biodruck-mit-koerpereigenen-knorpelzellen.html> (online, abgerufen am 21.07.2025).

Fraunhofer IGD (2024): Digitales Patientenmodell unterstützt Behandelnde bei Entscheidungsfindung und reduziert Kosten. <https://www.igd.fraunhofer.de/de/media-center/presse/digitales-patientenmodell-unterstuetzt-behandelnde-bei-entscheidungsfindung-und-reduziert-kosten.html> (online, abgerufen am 21.07.2025).

Fraunhofer IML (2021): Smarte Betten für das Krankenhaus der Zukunft. Logistik entdecken. Ausgabe 21. https://www.iml.fraunhofer.de/de/presse_medien/magazin_logistikentdecken/ausgabe-21.html (online, abgerufen am 20.06.2025).

Garay, Osvaldo Ulises; Ambühl, Louisa Elena; Bird, Thomas G.; Barnes, Eleanor; Irving, William L.; Walkley, Ryan; Rowe, Ian A. (2024): Cost-Effectiveness of Hepatocellular Carcinoma Surveillance Strategies in Patients With Compensated Liver Cirrhosis in the United Kingdom. In: Value in Health, 27(12), 1698-1709. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39127246/> (online, abgerufen am 21.07.2025).

Gematik (2025): Die bundesweite Einführung der ePA für alle startet am 29. April 2025. Pressemitteilung, 16.04.2025. <https://www.gematik.de/newsroom/news-detail/aktuelles-die-bundesweite-einfuehrung-der-epa-fuer-alle-startet-am-29-april-2025> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2025): Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt in Mrd. €, je Mitglied in € und je Versicherten in €). Gliederungsmerkmale: Jahre, Bundesgebiete (bis 2005). https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=627&p_archiv_id=6706233&p_sprache=D&p_action=A (online, abgerufen am 21.07.2025).

GKV-Spitzenverband (2024): Krankenhausreform verschärft GKV-Finanzprobleme. Pressemitteilung vom 08.10.2024. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1906496.jsp (online, abgerufen am 22.07.2025).

Hermann, C., Mussa, N. (2020): Investitionsfinanzierung und ineffiziente Krankenhausstrukturen. In: Krankenhaus-Report 2020. Springer Berlin Heidelberg. <https://www.springerpflege.de/management/krankenhaus-report-2020/23494912> (online, abgerufen am 23.07.2025).

Hodel, M., Blank, P. R., Marty, P., Lapaire, O. (2020): Preeclampsia in Switzerland: a cost analysis in two hospitals. In: *Journal of Medical Economics*, 23(9), S. 926–931. DOI: 10.1080/13696998.2020.1775619. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32462948/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung) (2025): IAB-Arbeitszeitrechnung. <https://iab.de/daten/iab-arbeitszeitrechnung/>. (online, abgerufen am 07.10.2025)

IDZ (1997): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS). In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, Bd_21-Dritte_Deutsche_Mundgesundheitsstudie_DMS_III.pdf (online, abgerufen am 22.07.2025).

IDZ (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS). https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/Bd_35-Fuenfte_Deutsche_Mundgesundheitsstudie_DMS_V.pdf (online, abgerufen am 22.07.2025).

IDZ (2025): Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS). In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 80(2). <https://deutsche-mundgesundheitsstudie.shinyapps.io/Ergebnisportal/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

IGES (2022a): Verbrauchsentwicklung im Arzneimittelmarkt. <https://www.arzneimittel-atlas.de/im-fokus/fokusthema-verbrauchsentwicklung> (online, abgerufen am 16.07.2025).

IGES (2022b): Die Komponenten der Ausgabenveränderungen für Arzneimittel der GKV im Jahr 2021. <https://www.arzneimittel-atlas.de/ausgaben/gesamtmarkt-2021/komponentenzerlegung-gesamtmarkt/> (online, abgerufen am 16.07.2025).

IGES (2024a): Verbrauchsranking. <https://www.arzneimittel-atlas.de/ausgaben/gesamtmarkt-2023/rankings/verbrauchsranking/> (online, abgerufen am 15.09.2025).

IGES (2024b): Zehnjahreshoch: Mehrverbrauch erhöht die Arzneimittelausgaben um knapp drei Milliarden Euro. https://www.iges.com/presse/2024/arzneimittel-atlas-2024/index_ger.html (online, abgerufen am 16.07.2025).

IGES (2024c): Die Komponenten der Ausgabenveränderungen für Arzneimittel der GKV im Jahr 2023. <https://www.arzneimittel-atlas.de/ausgaben/gesamtmarkt-2023/komponentenzerlegung-gesamtmarkt/> (online, abgerufen am 16.07.2025).

IGES (2024d): Herausforderungen und Handlungsoptionen bei der molekularen Diagnostik des nicht-kleinzelligen Lungenkrebs in Deutschland https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e59145/e75251/e75252/e75254/attr_objs75256/IGES_Lungenkrebs_Whitepaper_2024_ger.pdf (online, abgerufen am 21.07.2025).

IGES (2025): Arzneimittel-Atlas. <https://www.arzneimittel-atlas.de/> (online, abgerufen am 16.07.2025).

Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) (2024): Krankenhausfinanzierung auf dem Prüfstand. Auswirkungen aktueller Entwicklungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser (IDW Positionspapier). <https://www.idw.de/IDW/Medien/Positionspapier/Downloads-Trendwatch/IDW-Positionspapier-Krankenhausfinanzierung-20032024-print.pdf> (online, abgerufen am 16.07.2025).

Jaeckel, E., Schneider, C., Simon, J., Haller, H. (2022): Früh Entdecken, früh behandeln – Einsatz von SGLT-2i zur Therapie von metabolischen und kardioresalen Erkrankungen. In: *Diabetes, Stoffwechsel und Herz*, Band 31, Nr. 2, S. 82–390. Verlag Kirchheim + Co GmbH, Mainz.

Javaid, M. & Haleem, A. (2018). Additive manufacturing applications in medical cases: A literature based review. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(4), S. 411–422.

Karmann, A., Rösel, F., Schneider, M. (2016): Produktivitätsmotor Gesundheitswirtschaft: Finanziert sich der medizinisch-technische Fortschritt selbst? Ifo Working Paper No. 214, ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e.V., April 2016. <https://www.ifo.de/DocDL/wp-2016-214-roesel-et-al-gesundheitswirtschaft.pdf> (online, abgerufen am 24.07.2025).

Karlsson L, Malta Hansen C, Wissenberg M, Møller Hansen S, Lippert FK, Rajan S, Kragholm K, Møller SG, Bach Søndergaard K, Gislason GH, Torp-Pedersen C, Folke F. (2019): Automated external defibrillator accessibility is crucial for bystander defibrillation and survival: A registry-based study. *Resuscitation*. 2019 Mar;136:30–37. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.01.014. Epub 2019 Jan 22. PMID: 30682401.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2025): Kosten im Krankenhaus steigen kontinuierlich. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17040.php> (online, abgerufen am 16.07.2025).

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (2025): Zahlen zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Jahrbuch 2024. <https://www.kzbv.de/service/statistisches-jahrbuch/jahrbuch-2024/> (online, abgerufen am 29.07.2025).

Knoll, K., Rosner, S., Gross, S., Dittrich, D., Lennerz, C., Trenkwalder, T., Schmitz, S., Sauer, S., Hentschke, C., Dörr, M., Kloss, C., Schunkert, H., Reinhard, W. (2023): Combined telemonitoring and telecoaching for heart failure improves outcome. *NPJ Digital Medicine*, 6(1), 193. DOI: 10.1038/s41746-023-00942-4. <https://www.nature.com/articles/s41746-023-00942-4> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Larsson und Lawyer (2011): *Improving Patient Care: A Case for Disease Registries*. Boston Consulting Group. <https://www.bcg.com/publications/2011/health-care-payers-providers-public-sector-value-based-health-care-interactive> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Lichtenberg, F. R. (2019): The impact of access to prescription drugs on disability in eleven European countries. *Disability and Health Journal*, 12(1), 31–38. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657419300032> (online, abgerufen am 15.07.2025).

Lichtenberg, F. R. (2022): The association between pharmaceutical innovation and both premature mortality and hospital utilization in Switzerland, 1996–2019. *Swiss Journal of Economics and Statistics*, 158(1), Article 7. <https://sjes.springeropen.com/articles/10.1186/s41937-022-00086-4> (online, abgerufen am 14.07.2025).

Manevy, F., Filkauskas, G., Levy, P., Fredriksson, J., Sussell, J. (2021): Potential non-drug cost differences associated with the use of the fixed-dose combination of pertuzumab and trastuzumab for subcutaneous injection (PH FDC SC) in the treatment of HER2-positive early breast cancer patients in Western Europe and the United States. *Journal of Clinical Oncology*, 39(15_suppl), S.544. https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2021.39.15_suppl.544 (online, abgerufen am 22.07.2025).

McKinsey & Company (2021): Telehealth: A post-COVID-19 reality? <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/telehealth-a-quarter-trillion-dollar-post-covid-19-reality> (online, abgerufen am 21.07.2025).

McKinsey & Company (2023): *Closing the women's health gap: A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies*. McKinsey Health Institute, 17.01.2024. <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-a-1-trillion-dollar-opportunity-to-improve-lives-and-economies> (online, abgerufen am 22.07.2025).

MedTech Europe; Deloitte (2020): The Impact of Artificial Intelligence (AI) in Healthcare. https://www.medtecheurope.org/wp-content/uploads/2020/10/mte-ai_impact-in-healthcare_oct2020_report.pdf (online, abgerufen am 21.07.2025).

Meyer U., Schmidt R., Janßen A. (KMPG) (2019): Kostentreiber MDR. <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/de/pdf/Themen/2019/12/2019-mdr-in-mtd-meyer-schmidt-janssen.pdf> (online, abgerufen am 18.07.2025).

Orlandi RR, Kingdom TT, Smith TL, et al. (2021). International consensus statement on rhinology and allergy: rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 11: 213–739. <https://doi.org/10.1002/alr.22741>.

Pharmazeutische Zeitung (2025): Durch Biosimilars mehr GKV-Einsparungen möglich. 30.01.2025. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/durch-biosimilars-mehr-gkv-einsparungen-moeglich-152859/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Pierce, J., Needham, K., Adams, C., Coppolecchia, A., Lavernia, C. (2020): Robotic arm-assisted knee surgery: an economic analysis. *American Journal of Managed Care*, 26(7), e205–e210. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32672918/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Pilic, Larisa; Molkentin, Kira; Lehmann, Lion; Herrmann, Alina; Funke, Christian; Müller, Beate Sigrid; Bödecker, August-Wilhelm; Redaelli, Marcus; Wilm, Stefan (2024): Die wahrgenommene Effektivität der Disease Management Programme für Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit aus Sicht von Hausärzt*innen – Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 185, S. 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.12.003> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Pioch, Carolina; Nimptsch, Ulrike; Mansky, Thomas; Busse, Reinhard (2024): Endbericht zum Projekt „AMBULANTISIERUNGSPOTENZIAL IN DEUTSCHEN AKUTKRANKENHÄUSERN“. Gefördert durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Projektförderung Versorgungsforschung 2022). Korrigierter Bericht vom 15.02.2024. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2022/Endbericht_AMB_PO_korrigiert_15022024.pdf (online, abgerufen am 22.07.2025).

Polignano, M. G., Pasculli, G., Trisolini, P., Di Lorenzo, M. A., Dalfino, G., Giannelli, G. (2022): Economic impact of industry-sponsored clinical trials in inflammatory bowel diseases: Results from the national institute of gastroenterology “Saverio de Bellis”. *Frontiers in Pharmacology*, <https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2022.1027760/full> (online, abgerufen am 24.07.2025).

Prognos (2022): Auswirkungen von Corona-Tests auf Volkswirtschaft und Gesundheitswesen. <https://www.prognos.com/de/projekt/auswirkungen-von-corona-tests-auf-volkswirtschaft-und-gesundheitswesen> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Prognos (2024): Reha wirkt - Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation, Studie im Auftrag der MEDIAN Unternehmensgruppe. https://www.median-kliniken.de/fileadmin/user_upload/median-global/pressemitteilungen/Studie_Reha_wirkt_final_low.pdf (online, abgerufen am 29. September 2025).

Prognos (2025): InnovationsRadar – Arzneimittel als Zukunftsinnovation, Studie im Auftrag des vfa – Verband der forschenden Pharma-Unternehmen e. V. https://www.prognos.com/sites/default/files/2025-09/Prognos_vfa_InnovationsRadar_202509.pdf. (online, abgerufen am 19. Oktober 2025).

PwC (2017): Sherlock in Health. How artificial intelligence may improve quality and efficiency, whilst reducing healthcare costs in Europe. <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/studie-sherlock-in-health.pdf> (online, abgerufen am 21.07.2025).

Radiologienetz (2025): Deutsche Radiologie in Zahlen. Radiologie.de. <https://www.radiologie.de/deutsche-radiologie-zahlen/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Reimbursement Institute (2025): Pflegeentgelt – Vergütung nach Selbstkostendeckungsprinzip. <https://reimbursement.institute/glossar/pflegeentgelt/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Restelli, Umberto; Croce, Davide; Pacelli, Valeria; Ciceri, Fabio; Girmenia, Corrado (2019): Cost-effectiveness analysis of the use of letermovir for the prophylaxis of cytomegalovirus in adult cytomegalovirus seropositive recipients undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in Italy. In: *Infection and Drug Resistance*, 12, S. 1127–1138. DOI: 10.2147/IDR.S196282. <https://doi.org/10.2147/IDR.S196282> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Sepassi, Azadeh; Saunders, Ian M.; Bounthavong, Mark; Taplitz, Robert A.; Logan, Christine; Watanabe, John H. (2023): Effectiveness of letermovir for cytomegalovirus prophylaxis in allogeneic hematopoietic stem cell transplant recipients: A global systematic review. In: *Journal of the American Pharmacists Association* (2003), 63(4), S. 1138–1149. DOI: 10.1016/j.japh.2023.05.015. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2023.05.015> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Shearman, A. D., Sephton, B. M., Wilson, J., Nathwani, D. K. (2021): Robotic-assisted unicompartmental knee arthroplasty is associated with earlier discharge from physiotherapy and reduced length-of-stay compared to conventional navigated techniques. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 141(12), 2147–2153. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34652516/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Siemens AG (2023): Digitale Transformation im Gesundheitswesen: Wie intelligente Finanzierungslösungen drohende Investitionslücken schließen. <https://www.siemens.com/de/de/produkte/finanzierung/studien/whitepaper-finanzierung-digitale-transformation-gesundheitswesen.html> (online, abgerufen am 23.07.2025).

Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) (2024): Wieso steigen eigentlich die Krankenhausaussgaben so stark an? <https://www.sbk.org/presse/wieso-steigen-eigentlich-die-krankenhausaussgaben-so-stark-an/#:~:text=Im%20Durchschnitt%20hat%20die%20SBK%202019%20pro%20Krankenhausfall,Ursachen%3>

A%20Da%20ist%20zum%20einen%20der%20medizinische%20Fortschritt. (online, abgerufen am 16.07.2025).

Sortsø, Camilla; Komkova, Anastasija; Sandbæk, Anneli; Griffin, Simon J.; Emneus, Martha; Lauritzen, Torsten; Simmons, Rebecca K. (2018): Effect of screening for type 2 diabetes on healthcare costs: a register-based study among 139,065 individuals diagnosed with diabetes in Denmark between 2001 and 2009. In: *Diabetologia*, 61(6), S. 1306–1314. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7617192/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025a): Gesundheitsausgaben in EUR je Einwohner. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/gesundheitsausgaben-je-einwohner.html (online, abgerufen am 21.07.2025).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025b): Gesundheitsausgaben; Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/gesundheitsausgaben-anteil-bip.html (online, abgerufen am 21.07.2025).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025c): Grunddaten der Krankenhäuser. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html (online, abgerufen am 16.07.2025).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025e): Kostennachweis der Krankenhäuser. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-kostennachweis-krankenhaus.html (online, abgerufen am 29.07.2025).

Süddeutsche Zeitung (2021): Wenn der Arztbesuch obsolet wird. *Wirtschaft*, 19.02.2021. <https://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/telemedizin-online-arztpraxis-david-meinertz-hamburg-london-bluthochdruck-zava-sprechstunde-online-medlanes-1.5210280> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Deetjen, Ulrike und Florian Niedermann (2025): Ein Fitnessprogramm für das Gesundheitswesen. *Tagesspiegel Background*, <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/ein-fitnessprogramm-fuer-das-gesundheitswesen> (online, abgerufen am 21.07.2025).

Teeple E, et al. (2017). Outcomes of safe patient handling and mobilization programs: A meta-analysis. 58(2): 173-184. doi: 10.3233/WOR-172608.

Tony Blair Institute (2023): Moving From Cure to Prevention Could Save the NHS Billions: A Plan to Protect Britain. Tony Blair Institute for Global Change, 23.12.2023. <https://institute.global/insights/public-services/moving-from-cure-to-prevention-could-save-the-nhs-billions-a-plan-to-protect-britain> (online, abgerufen am 22.07.2025).

vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. & Boston Consulting Group (2024): Medizinische Biotechnologie in Deutschland 2024. *Biotech-Report – Wirtschaftsdaten Biopharmazeutika und KI als Tool in*

F&E und in der Patient:innenversorgung.

<https://www.vfa.de/download/biotech-report-2024.pdf> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Ventola, C. L. (2014). Medical applications for 3D printing: Current and projected uses. *P&T*, 39(10), S. 704–711.

Verband der Ersatzkassen (VDEK) (2025): Daten zum Gesundheitswesen: Arzneimittel.

https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_arzneimittel.html (online, abgerufen am 16.07.2025).

Wanner, Christoph; Schaeffner, Elke; Frese, Thomas; Weber, Christoph; Stahl, Philipp; Scherg, Felix; Burckhardt, Fabian; Opfermann, Ulrich; Radowsky, Frank; Mader, Frederik (2024): *InspeCKD – Analyse zur Nutzung von Labordiagnostik im Kontext der chronischen Nierenerkrankung. Daten von Risikopatientinnen und -patienten in deutschen Hausarztpraxen*. In: *MMW – Fortschritte der Medizin, Sonderheft 4/2024*. <https://www.springermedizin.de/mmw-fortschritte-der-medizin-4-2024/26944982> (online, abgerufen am 22.07.2025).

WifOR (2024): Novel Approaches Assessing the Value of Cancer Prevention in Germany. Conference Paper.

<https://www.wifor.com/en/download/novel-approaches-assessing-the-value-of-cancer-prevention-in-germany/?wpdmdl=351761&refresh=68824a90ae5771753369232>. (online, abgerufen am 12.07.2025).

WIG2 (2024): Versicherungsfremde Leistungen. Expertise „Identifikation versicherungsfremder Leistungen und Quantifizierung der damit verbundenen Ausgabenanteile am GKV-Beitragssatz“ im Auftrag der IKK gesund plus. IKK e.V., Zahlen, Daten, Fakten-Broschüre 2025.

<https://www.ikkev.de/themen/gkv-in-zahlen/versicherungsfremde-leistungen/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Winkler, Till J.; Fürstenau, Daniel (2025): DiGA: Status, Akteure und Zukunft der digitalen Versorgung. In: *GGW*, Jg. 25, Heft 1, S. 7–15.

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2025/wido_ggw0125_winkler_fuerstenau.pdf (online, abgerufen am 21.07.2025).

Wilke, T., Stuermlinger, A., Picker, N., Müller, S., Deiters, B., Dittmar, A., Aberle, J., Gabler, M. (2022): Comparing Healthcare Cost Among Empagliflozin, DPP-4 Inhibitors and GLP-1 Receptor Agonists in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A German Claims Data Analysis. In: *Value in Health*, 25(1, Supplement), S58. [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(21\)02063-5/fulltext](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(21)02063-5/fulltext) (online, abgerufen am 22.07.2025).

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2019): Biosimilars. Gesetz wird Wettbewerb bei Biosimilars fördern. Pressemitteilung vom 19.03.2019.

<https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2019/biosimilars/> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2024): Der GKV-Arzneimittelmarkt: Klassifikation, Methodik und Ergebnisse 2024.

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Arzneimittel/wido_arz_gkv-arzneimittelmarkt_klassifikation_methodik_ergebnisse_2024.pdf (online, abgerufen am 10.09.2025).

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2025): GKV-Arzneimittelindex. <https://www.wido.de/forschung-projekte/arzneimittel/gkv-arzneimittelindex/> (online, abgerufen am 16.07.2025).

Zi (2024): Mindestens 20 Prozent aller Behandlungsfälle in Krankenhäusern könnten potenziell ambulant vorgenommen werden – Mehr als 2,5 Millionen stationäre Eingriffe hätten 2021 ambulant erbracht werden können. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 01.01.2025.

<https://www.zi.de/detailansicht/mindestens-20-prozent-aller-behandlungsfaelle-in-krankenhaeusern-koennten-potenziell-ambulant-vorgenommen-werden-mehr-als-25-millionen-stationaere-eingriffe-haetten-2021-ambulant-erbracht-werden-koennen> (online, abgerufen am 22.07.2025).

Impressum

Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen

Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW)

Herausgeber

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Straße 17
79100 Freiburg
Telefon: +49 761 7661164-810
Fax: +49 761 7661164-820
E-Mail: info@prognos.com
www.prognos.com

Kontakt

Markus Hoch (Projektleitung)
E-Mail: markus.hoch@prognos.com

Satz und Layout: Prognos AG
Bildnachweis(e): © iStock – nicolas (Titel)
Stand: November 2025
Copyright: 2025, Prognos AG

Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Abbildungen und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, bei der Prognos AG. Jede Art der Vervielfältigung, Verbreitung, öffentlichen Zugänglichmachung oder andere Nutzung bedarf der ausdrücklichen, schriftlichen Zustimmung der Prognos AG.

Zitate im Sinne von § 51 UrhG sollen mit folgender Quellenangabe versehen sein: Prognos (2025): Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen – Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft, Studie im Auftrag des Bundesverbands der deutschen Industrie e. V.