

FORSCHUNGSBERICHT

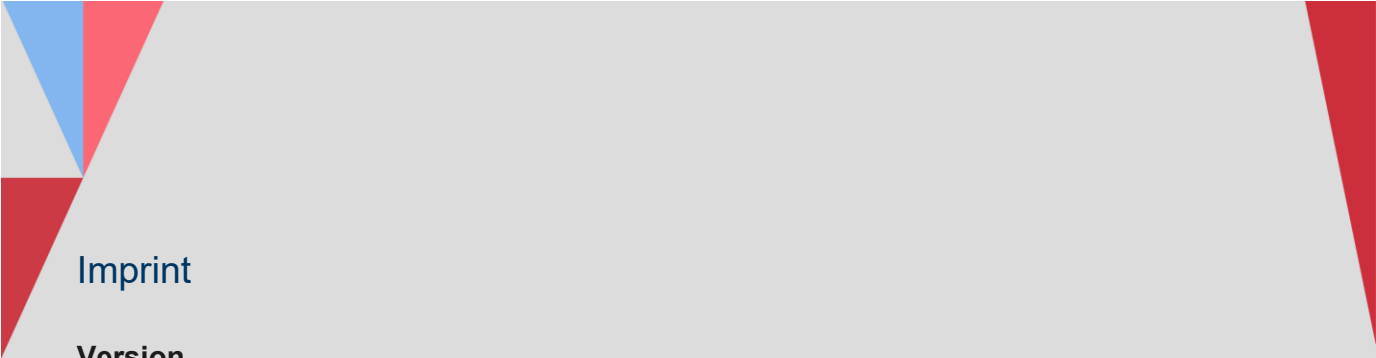
Quantifizierung der gesundheitlichen und sozioökonomischen Krankheitslast der koronaren Herzkrankheit in Deutschland

Studie im Auftrag des Bundesverbands Medizintechnologie e. V. (BVMed)

Erstellt von WifOR

Prof. Dr. Dennis A. Ostwald
Dr. Sandra Zimmermann
Hanna Hryhorova
Lukas Mai
Davide Lovera
Lena Busch

September 2026



Imprint

Version

September 2026

Auftraggeber

Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)
Georgenstraße 25
10117 Berlin

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Dennis A. Ostwald
Dr. Sandra Zimmermann
Hanna Hryhorova
Lukas Mai
Davide Lovera
Lena Busch

Kontakt

WifOR Institute Berlin
Joseph-Haydn-Straße 1
D-10557 Berlin
Tel.: + 49 30 2325666-50

Wissenschaftliche Leitung des Instituts

Prof. Dr. Dennis A. Ostwald

Würdigung

Diese Studie wurde im Auftrag und mit der finanziellen Unterstützung des Bundesverbands Medizintechnologie e. V. (BVMed) durchgeführt.

WifOR führt keine Forschung zu Zwecken der Werbung, Verkaufsförderung oder zur Unterstützung der Interessen seiner Auftraggeber durch, einschließlich der Beschaffung von Investitionskapital, der Empfehlung von Investitionsentscheidungen oder für jegliche Verwendung in Gerichtsverfahren.

Dieser Bericht wurde von WifOR erstellt. WifOR ist stets bestrebt, Arbeiten von höchster Qualität im Einklang mit den vertraglichen Verpflichtungen zu erbringen. Aufgrund des Forschungscharakters dieser Arbeit übernimmt der Auftraggeber die alleinige Verantwortung für die Folgen jeglicher Nutzung, des Missbrauchs oder der Nichtnutzung von Informationen oder Ergebnissen, die von WifOR bereitgestellt wurden. WifOR und seine Mitarbeitenden übernehmen keine rechtliche Haftung für die Richtigkeit, Angemessenheit oder Wirksamkeit der bereitgestellten Inhalte.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
1 Hintergrund und Zielsetzung	1
2 Methodik und Datenquellen	3
3 Gesundheitliche Krankheitslast der koronaren Herzkrankheit in Deutschland.....	10
4 Sozioökonomische Krankheitslast der koronaren Herzkrankheit in Deutschland.....	16
5 Fazit.....	21
Literatur	23

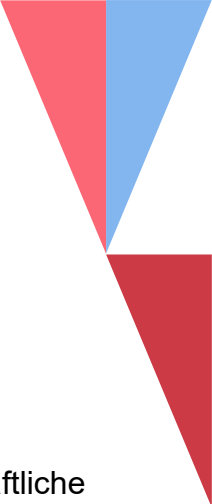


Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Von der gesundheitlichen Krankheitslast zu monetarisierten Produktivitätsverlusten	4
Abbildung 2: Ebenen der sozioökonomischen Effekte.....	7
Abbildung 3: Produktivitätsverluste durch unbezahlte Arbeit spielen eine wichtige Rolle bei der Abschätzung der Gesamtproduktivitätsverluste	8
Abbildung 4: Top-5 Krankheiten nach gesundheitlicher Krankheitslast in DALYs	10
Abbildung 5: Gesundheitliche Krankheitslast der KHK im Altersverlauf	11
Abbildung 6: Höhe und Verlauf der gesundheitlichen Krankheitslast nach Geschlecht und Altersgruppe	12
Abbildung 7: Kumulative Verteilung der gesundheitlichen Krankheitslast nach Geschlecht und Altersgruppe	13
Abbildung 8: Geschlechterverhältnisse der gesundheitlichen Krankheitslast nach Altersgruppe.....	14
Abbildung 9: Sozioökonomischen Krankheitslast nach Altersgruppe	17
Abbildung 10: Kumulative Verteilung der sozioökonomischen Krankheitslast nach Geschlecht und Altersgruppe	18
Abbildung 11: Sozioökonomische Krankheitslast nach Geschlecht und Altersgruppe.....	19
Abbildung 12: Sozioökonomische Krankheitslast nach Geschlecht und Produktivitätskomponente	20
Abbildung 13: Zusammenfassung der sozioökonomischen Krankheitslast der koronaren Herzkrankheit in Deutschland	21

Abkürzungsverzeichnis

BMWE	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BWS	Bruttowertschöpfung
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie e. V.
DALY(s)	Disability-Adjusted Life Year(s)
Destatis	Statistisches Bundesamt
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
HCA	Human Capital Approach
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
KHK	Koronare Herzkrankheit
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
RKI	Robert Koch-Institut
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lived with Disability
YLL	Years of Life Lost



1

Hintergrund und Zielsetzung

Deutschland steht aktuell vor der Herausforderung, seine wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit zu stärken und zugleich strukturelle Belastungen wie Fachkräfteengpässe, Investitionsrückstände und den Reformbedarf der sozialen Sicherungssysteme zu bewältigen. Der Jahreswirtschaftsbericht 2026 stellt Investitionen und Reformen zur Stärkung von Wachstumspotenzial und Resilienz in den Mittelpunkt und betont unter anderem die Bedeutung neuer Technologien, eines höheren Arbeitskräfteangebots und leistungsfähiger öffentlicher Strukturen (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWE) 2026). Ein entscheidender Faktor für die langfristige wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ist die Gesundheit der Bevölkerung. Sie stärkt Erwerbsbeteiligung, Produktivität und Humankapital und wird daher zunehmend als Investition in nachhaltiges Wirtschaftswachstum verstanden.

Vor diesem Hintergrund gewinnen Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine besondere Bedeutung. Sie stellen seit Jahren die häufigste Todesursache in Deutschland dar und verursachen gleichzeitig erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen durch Produktivitätsverluste, vorzeitige Berentung, Arbeitsausfälle sowie steigende Gesundheits- und Pflegekosten (Statistisches Bundesamt (DESTATIS) 2025). Entsprechend rücken Prävention, Früherkennung und eine verbesserte Versorgung zunehmend in den Fokus der Gesundheitspolitik. Mit dem Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz) soll dieser Ansatz erstmals systematisch umgesetzt werden. Auch wenn das Gesetz bislang nicht verabschiedet wurde, verdeutlicht es den hohen politischen Stellenwert der Herzgesundheit in Deutschland (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024).

Um den Handlungsbedarf evidenzbasiert bewerten zu können, ist eine Quantifizierung der Krankheitslast erforderlich. Analysen des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass die koronare Herzkrankheit (KHK) gemessen an den Disability-Adjusted Life Years (DALYs) die höchste Krankheitslast aller untersuchten Erkrankungen in Deutschland verursacht (Robert Koch-Institut 2026).

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, führt diese hohe Krankheitslast zugleich zu erheblichen Produktivitätsverlusten und damit volkswirtschaftlichen

Belastungen. Vor diesem Hintergrund kommt der Prävention und einer verbesserten Versorgung der KHK eine besondere Bedeutung zu.

Eine Schlüsselrolle nimmt hierbei die Medizintechnik ein. Innovative diagnostische Verfahren, bildgebende Technologien, interventionelle Therapien sowie digitale Anwendungen ermöglichen eine frühere Diagnose, individuellere Therapieentscheidungen und eine langfristige Verbesserung der Versorgung. Gleichzeitig zählt die Medizintechnik zu den innovationsstärksten Industriezweigen Deutschlands und leistet mit hohen Forschungs- und Entwicklungsinvestitionen einen wesentlichen Beitrag zu Wertschöpfung, Beschäftigung und technologischer Wettbewerbsfähigkeit (BMWE o.J.).

Als Spitzenverband der Medizintechnologie setzt sich der BVMed für die Weiterentwicklung einer innovativen und leistungsfähigen Gesundheitsversorgung ein. Gemeinsam mit WifOR hat der Verband bereits 2022 den gesellschaftlichen Beitrag der MedTech-Branche erstmals umfassend quantifiziert. Diese Studie zeigte die wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Wirkungen der Medizintechnik für Deutschland auf und etablierte eine evidenzbasierte Grundlage für politische und wirtschaftliche Entscheidungen (BVMed 2022).

Die vorliegende Studie baut auf diesen Erkenntnissen auf und erweitert die Perspektive entscheidend. Während bisher vor allem der Beitrag der Medizintechnik zur Volkswirtschaft betrachtet wurde, analysiert sie erstmals die sozioökonomische Krankheitslast der KHK in Deutschland. Dadurch wird sichtbar, welche volkswirtschaftlichen Verluste durch die Erkrankung entstehen und welches gesellschaftliche Potenzial durch wirksame Prävention, frühzeitige Diagnostik und innovative medizintechnische Versorgung erschlossen werden kann (Brink u. a. 2026).

Die Studie liefert damit eine neue evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage für Politik, Selbstverwaltung und Gesundheitswirtschaft, indem sie die gesundheitliche Krankheitslast mit ihren volkswirtschaftlichen Auswirkungen verknüpft. Dadurch wird deutlich, dass Investitionen in Herzgesundheit nicht ausschließlich Ausgaben im Gesundheitswesen darstellen, sondern zugleich Investitionen in Produktivität, Wertschöpfung, Beschäftigung und gesellschaftliche Resilienz sind.

2

Methodik und Datenquellen

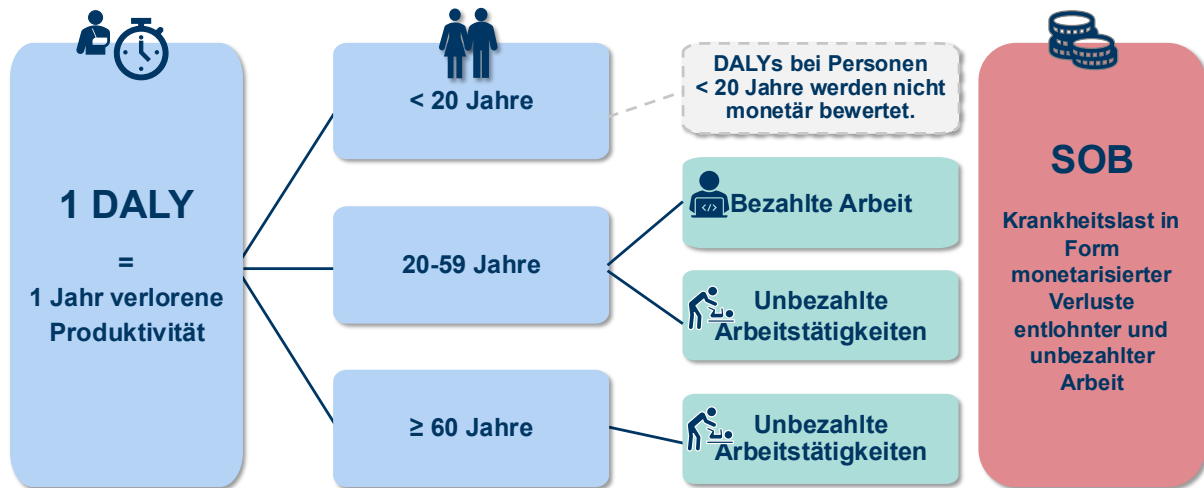
Die Analyse der sozioökonomischen Krankheitslast der KHK setzt die gesundheitliche Krankheitslast in Beziehung zu den daraus resultierenden Produktivitätsverlusten. Hierfür wird die von WifOR entwickelte Methodik zur Monetarisierung gesundheitlicher Krankheitslast angewendet. Sie verbindet gesundheitsökonomische Ansätze mit Input-Output-Modellen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) und ermöglicht dadurch eine umfassende Quantifizierung der gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen von Erkrankungen. Im Unterschied zu klassischen Cost-of-Illness-Ansätzen werden neben den unmittelbaren Produktivitätsverlusten auch indirekte und induzierte Wertschöpfungseffekte entlang der wirtschaftlichen Wertschöpfungsketten berücksichtigt. Die Methodik wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien sowie Anwendungsprojekten entwickelt und validiert (Ostwald u. a. 2023). Als Datengrundlage verwendet die vorliegende Studie die vom RKI für das Jahr 2022 geschätzte Krankheitslast der KHK, gemessen in DALYs (Robert Koch-Institut 2026). Entsprechende DALYs werden nach Geschlecht und Fünfjahresaltersgruppen ausgewiesen und bilden die Grundlage für die Quantifizierung der krankheitsbedingten Produktivitätsverluste.

Im ersten Schritt werden die DALYs alters- und geschlechtsspezifisch den jeweiligen Bevölkerungsgruppen zugeordnet. Anschließend wird für jede Alters- und Geschlechtsgruppe das durchschnittliche Produktivitätspotenzial bestimmt. Hierfür werden Informationen zur Erwerbsbeteiligung (Eurostat 2021), zu den tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 2021) sowie zum Umfang unbezahlter produktiver Tätigkeiten (DESTATIS 2017) herangezogen. Dadurch werden sowohl bezahlte Erwerbsarbeit als auch unbezahlte produktive Tätigkeiten berücksichtigt.

Auf dieser Grundlage werden die DALYs in gesundheitsbedingte Produktivitätsverluste übersetzt. Vereinfachend wird angenommen, dass ein DALY einem Jahr verlorener Produktivität entspricht. Im letzten Schritt werden die daraus resultierenden Produktivitätsverluste anhand der Bruttowertschöpfung (BWS) monetär bewertet. Mithilfe von Input-Output-Modellen werden neben den direkten Produktivitätsverlusten auch indirekte und induzierte Wertschöpfungseffekte berücksichtigt, sodass die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der KHK umfassend

quantifiziert werden (Robert Koch-Institut o.J.; World Bank Group 2025) (s. Abbildung 1).

Abbildung 1: Von der gesundheitlichen Krankheitslast zu monetarisierten Produktivitätsverlusten



Quelle: WifOR Darstellung.

Definition der koronaren Herzkrankheit

Die KHK umfasst alle Erkrankungen, die durch eine Verminderung oder Unterbrechung der Blutversorgung des Herzmuskels infolge atherosklerotischer Veränderungen der Herzkranzgefäße (Koronararterien) verursacht werden. Die dadurch entstehende Minderdurchblutung kann zu einer chronischen Sauerstoffunterversorgung des Herzmuskels sowie zu akuten ischämischen Ereignissen wie dem Herzinfarkt führen. Die KHK zählt weltweit zu den häufigsten Ursachen für Morbidität und Mortalität.

Nach der International Classification of Diseases (ICD-10) der World Health Organization (WHO) wird die KHK über die ICD-10-Codes I20 bis I25 definiert (World Health Organization o.J.; World Health Organisation 2016). Dabei umfassen genannte Codes: I20 – Angina pectoris, I21–I22 – Akuter Myokardinfarkt, I24 – Sonstige akute ischämische Herzkrankheiten und I25 – Chronische ischämische Herzkrankheiten.

Die vorliegende Studie orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des RKI, die auch im Rahmen der nationalen Burden-of-Disease-Studien zur Erfassung der gesundheitlichen Krankheitslast verwendet wird. Nicht berücksichtigt wird der ICD-10-Code I23, da dieser Komplikationen nach einem akuten Myokardinfarkt beschreibt und nicht der eigentlichen KHK zugeordnet wird.

Datenquelle der gesundheitlichen Krankheitslast

Die gesundheitliche Krankheitslast der KHK basiert auf den aktuell verfügbaren vorläufigen DALYs des RKI des Berichtsjahres 2022. Die Daten wurden im Rahmen des Projekts BURDEN2026 erhoben und stellen die derzeit umfassendste und aktuellste nationale Datengrundlage zur Quantifizierung der Krankheitslast in Deutschland dar (Robert Koch-Institut 2026).

Im Rahmen der nationalen Burden-of-Disease-Studien analysiert das RKI seit 2018 systematisch die gesundheitlichen Auswirkungen von Erkrankungen in Deutschland. Ziel ist es, die durch Krankheiten verursachten Verluste an gesunden Lebensjahren vergleichbar und evidenzbasiert zu quantifizieren. Hierfür werden die aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen Lebensjahre (Years of Life Lost, YLL) und die mit gesundheitlichen Einschränkungen gelebten Jahre (Years Lived with Disability, YLD) zu DALYs zusammengeführt.

Zur Berechnung der DALYs verknüpft das RKI unterschiedliche Primär- und Sekundärdatenquellen. Hierzu zählen insbesondere die amtliche Todesursachenstatistik, Bevölkerungsdaten, Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung sowie bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsbefragungen. Dadurch können Unterschiede zwischen Altersgruppen und Geschlechtern sowie regionale Unterschiede in der Krankheitslast berücksichtigt werden (Robert Koch-Institut o.J.).

Gesundheitliche Krankheitslast

Die gesundheitliche Krankheitslast wird mithilfe von Disability-Adjusted Life Years (DALYs) quantifiziert. Diese international etablierte Kennzahl kombiniert die aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen Lebensjahre (Years of Life Lost, YLL) und die mit gesundheitlichen Einschränkungen gelebten Jahre (Years Lived with Disability, YLD). Dadurch ermöglicht sie eine vergleichbare Bewertung der gesamten Krankheitslast einer Erkrankung.

YLL geben die statistisch erwartbaren Lebensjahre an, die infolge eines vorzeitigen Todes verloren gehen. Die Berechnung erfolgt auf Grundlage der altersabhängigen verbleibenden Lebenserwartung. YLD bilden die mit einer Erkrankung verbrachte Zeit ab, gewichtet nach dem Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkung. Die Summe aus YLL und YLD ergibt die DALYs.

Zur Quantifizierung der sozioökonomischen Krankheitslast werden die DALYs in gesundheitsbedingte Produktivitätsverluste übersetzt. Vereinfachend wird

angenommen, dass ein verlorener DALY einem Jahr durchschnittlich verlorener Produktivität entspricht.

Sozioökonomische Krankheitslast durch Produktivitätsverluste im Bereich der bezahlten Erwerbstätigkeit

Für die Bewertung der durch Mortalität verursachten Produktivitätsverluste wird der Humankapitalansatz (Human Capital Approach, HCA) verwendet (Targoutzidis 2018). Dieser geht davon aus, dass ein krankheitsbedingter vorzeitiger Tod zu einem Verlust der potenziellen Wirtschaftsleistung bis zum regulären Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führt. Die ausgewiesenen Produktivitätsverluste bilden somit die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der KHK auf die Erwerbsbevölkerung ab.

Die Produktivitätsverluste werden anhand der BWS monetär bewertet. Hierzu werden krankheitsbedingte Produktivitätsverluste im Bereich der bezahlten Erwerbsarbeit anhand der durchschnittlichen BWS je erwerbstätiger Person bewertet. Auf diese Weise kann quantifiziert werden, welche wirtschaftlichen Verluste durch krankheitsbedingte Einschränkungen oder Ausfälle der Erwerbstätigkeit entstehen.

Die Abschätzung basiert auf den aktuell verfügbaren Daten zur gesundheitlichen Krankheitslast für das Jahr 2022 sowie auf den neuesten verfügbaren sozioökonomischen Parametern Deutschlands für das Jahr 2024.

Zur Erfassung der gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen werden zusätzlich Multiplikatoren auf Basis von Input-Output-Modellen herangezogen. Dadurch lassen sich neben den unmittelbaren Wertschöpfungsverlusten der direkt betroffenen Erwerbstätigen auch weitere wirtschaftliche Folgeeffekte entlang der Wertschöpfungsketten berücksichtigen. Unterschieden wird zwischen direkten, indirekten und induzierten Effekten (Leontief 1986; Conway 2022; WifOR Institute 2025; Bess und Ambargis 2011).

Direkte Effekte beschreiben die unmittelbaren Wertschöpfungsverluste, die durch krankheitsbedingte Einschränkungen oder Ausfälle der betroffenen Erwerbstätigen entstehen. Indirekte Effekte erfassen zusätzliche Wertschöpfungsverluste entlang vorgelagerter Wertschöpfungsketten. Sie entstehen, wenn krankheitsbedingte Produktivitätsverluste die Produktion eines Unternehmens verringern und dadurch die Nachfrage nach Vorleistungen sinkt. Dies führt bei den zuliefernden Unternehmen zu weiteren Produktions- und Wertschöpfungsverlusten. Induzierte Effekte ergeben sich aus den Einkommens- und Konsumwirkungen direkter und indirekter Wertschöpfungsverluste. Sinkende Einkommen führen zu geringeren Konsumausgaben privater Haushalte, wodurch zusätzliche Produktions- und

Wertschöpfungsverluste in den Wirtschaftsbereichen entstehen, die diese Nachfrage bedienen (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Ebenen der sozioökonomischen Effekte



Quelle: Eigene Darstellung nach Leontief (1986) und Conway (2022).

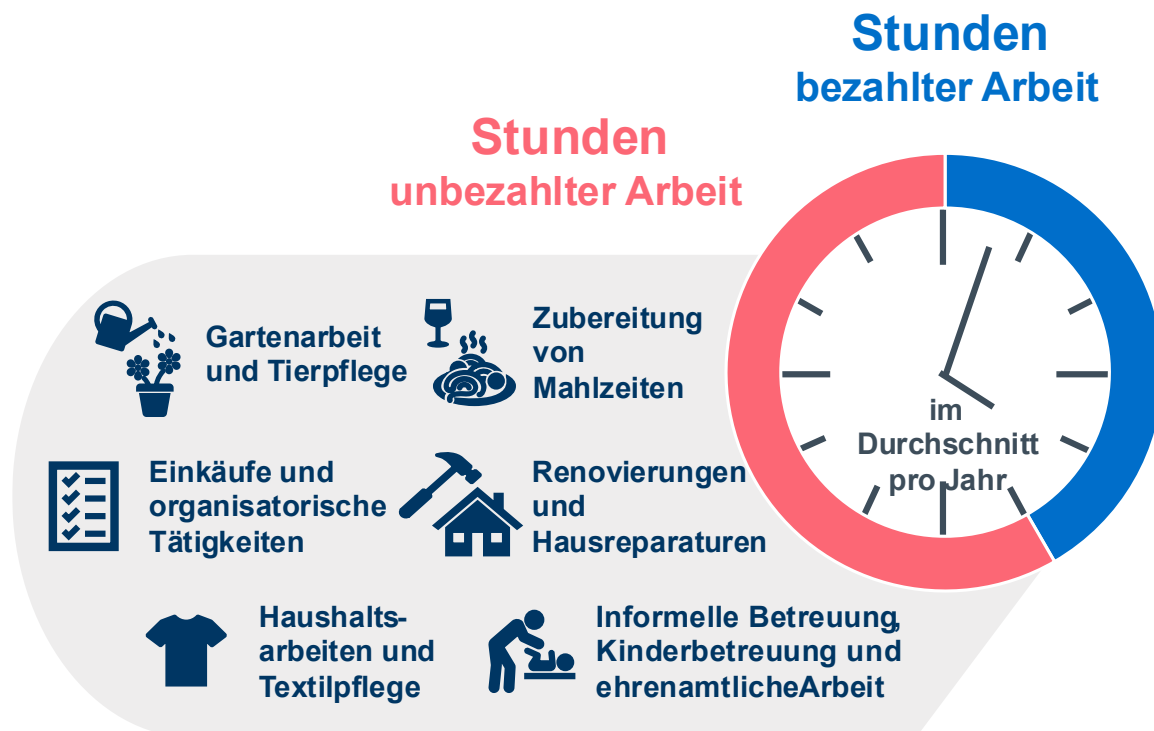
Im Jahr 2024 lag das durchschnittliche Zugangsalter in eine gesetzliche Altersrente in Deutschland bei rund 64,7 Jahren (DESTATIS o.J.). Das durchschnittliche effektive Erwerbsaustrittsalter lag hingegen noch darunter und betrug nach Berechnungen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) 64,2 Jahre bei Männern und 63,9 Jahre bei Frauen (OECD 2025). Da die Daten der gesundheitlichen Krankheitslast in Fünfjahresaltersgruppen vorliegen, kann die Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen nicht entsprechend des tatsächlichen Renteneintrittsalters aufgeteilt werden. Um eine Überschätzung der wirtschaftlichen Auswirkungen zu vermeiden, wird diese Altersgruppe daher vollständig von der monetären Bewertung ausgeschlossen, sodass in der vorliegenden Studie Produktivitätsverluste aus bezahlter Erwerbsarbeit für die Altersgruppen von 20 bis 59 Jahren berücksichtigt werden. Die ausgewiesenen Produktivitätsverluste stellen in diesem Sinne eine konservative Abschätzung der wirtschaftlichen Folgen der KHK dar.

Sozioökonomische Krankheitslast durch Produktivitätsverluste im Bereich der unbezahlten produktiven Tätigkeiten

Um die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen der KHK umfassend abzubilden, berücksichtigt die vorliegende Studie neben den Produktivitätsverlusten aus bezahlter Erwerbsarbeit auch krankheitsbedingte Produktivitätsverluste im Bereich unbezahlter produktiver Tätigkeiten. Unbezahlte produktive Tätigkeiten werden nicht über Markttransaktionen vergütet und daher nicht in der VGR erfasst. Sie leisten jedoch einen wesentlichen Beitrag zur gesellschaftlichen Wohlfahrt und zur Funktionsfähigkeit

privater Haushalte, der durch Krankheit erheblich eingeschränkt werden kann. Unter unbezahlter Arbeit werden produktive Tätigkeiten verstanden, die ohne monetäre Vergütung erbracht werden. Hierzu zählen beispielsweise die Zubereitung von Mahlzeiten, die Haushaltsführung sowie die Betreuung und Pflege von Familienangehörigen (WifOR Institute o.J.b) (s. Abbildung 3).

Abbildung 3: Produktivitätsverluste durch unbezahlte Arbeit spielen eine wichtige Rolle bei der Abschätzung der Gesamtproduktivitätsverluste



Quelle: Darstellung WifOR 2026.

Zur Monetarisierung der daraus entstehenden Produktivitätsverluste wird der Wert unbezahlter Arbeit anhand des Marktwerts einer vergleichbaren bezahlten Tätigkeit approximiert. Die Bewertung krankheitsbedingter Produktivitätsverluste erfolgt für bezahlte und unbezahlte Tätigkeiten auf Grundlage altersgruppenübergreifender Durchschnittswerte. Dadurch lassen sich auch Produktivitätsverluste unbezahlter Tätigkeiten im höheren Lebensalter monetär abbilden (WifOR Institute 2024).

Zusammenfassung der sozioökonomischen Krankheitslast

Damit definiert WifOR die sozioökonomische Krankheitslast als die gesellschaftliche und wirtschaftliche Belastung, die durch krankheitsbedingte Produktivitätsverluste in bezahlter und unbezahlter Arbeit entsteht.

Produktivitätsverluste werden ab der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen monetär bewertet, da angenommen wird, dass Personen spätestens ab diesem Alter sowohl bezahlte Erwerbsarbeit als auch unbezahlte produktive Tätigkeiten ausüben können. Krankheitsbedingt verlorene gesunde Lebensjahre von Personen unter 20 Jahren werden nicht in einen monetären Produktivitätsverlust übersetzt (WifOR Institute 2024). Im Falle eines krankheitsbedingten vorzeitigen Todes werden die entgangenen Produktivitätsverluste bezahlter Erwerbsarbeit nach dem HCA bis zum regulären Ausscheiden aus dem Erwerbsleben berechnet. Produktivitätsverluste unbezahlter Tätigkeiten werden hingegen entsprechend den zugrunde liegenden Altersprofilen auch über das Erwerbsalter hinaus berücksichtigt.

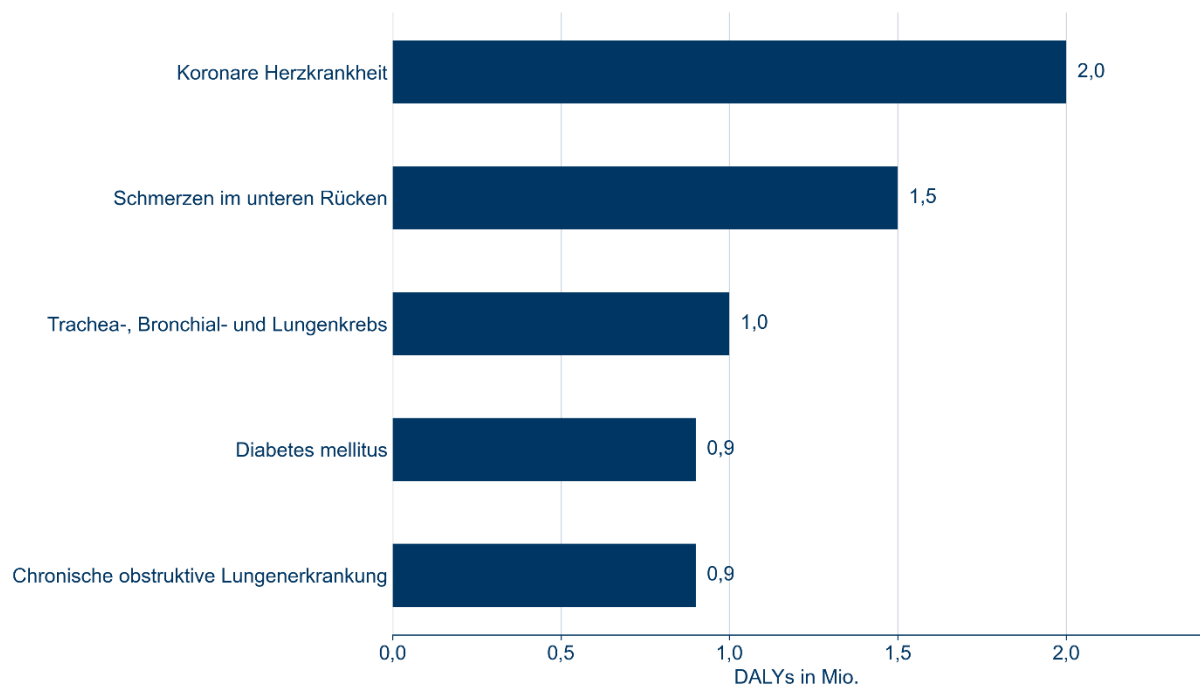
Die nachfolgenden beiden Kapitel stellen die gesundheitliche Krankheitslast der KHK dar und bauen darauf die sozioökonomische Bewertung auf (WifOR Institute o.J.a).

3

Gesundheitliche Krankheitslast der koronaren Herzkrankheit in Deutschland

Die KHK verursachte in Deutschland im Jahr 2022 eine gesundheitliche Krankheitslast in Höhe von rund 2,0 Millionen DALYs¹. Damit wies sie die höchste gesundheitliche Krankheitslast aller untersuchten Erkrankungen in Deutschland auf (s. Abbildung 4). Es folgten Schmerzen im unteren Rücken mit 1,5 Millionen DALYs, Trachea-, Bronchial- und Lungenkrebs mit 1,0 Millionen DALYs, chronische obstruktive Lungenerkrankungen mit 0,9 Millionen DALYs sowie Diabetes mellitus mit 0,9 Millionen DALYs.

Abbildung 4: Top-5 Krankheiten nach gesundheitlicher Krankheitslast in DALYs



Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022.

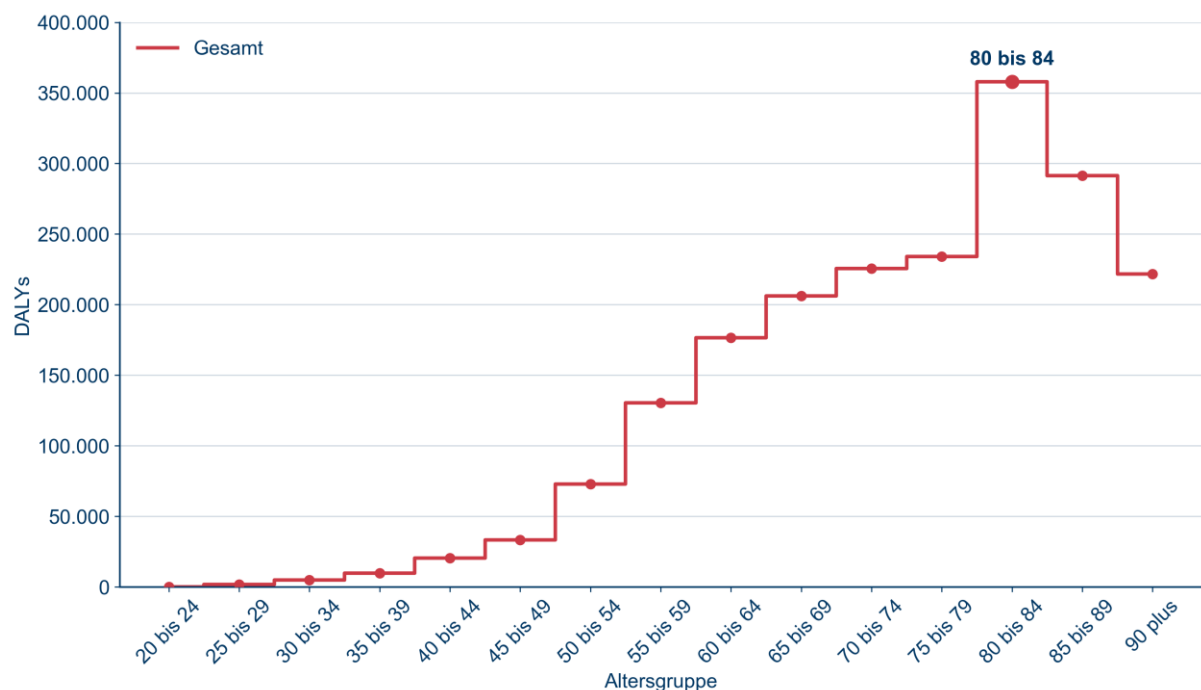
¹ Hinweis: In der gesamten Studie können bei den dargestellten Ergebnissen rundungsbedingte Abweichungen auftreten.

In Deutschland gingen damit im Jahr 2022 durch die KHK rund 2,0 Millionen gesunde Lebensjahre verloren. Das entsprach der gesamten Lebenszeit von etwa 26.500 Menschen. Diese Größenordnung verdeutlicht die erhebliche gesundheitliche Bedeutung der KHK für die Bevölkerung in Deutschland.

Gesundheitliche Krankheitslast nach Alter

Die Betrachtung der gesundheitlichen Krankheitslast der KHK im Altersverlauf zeigt deutlich, dass es sich um eine stark altersassoziierte Erkrankung handelt. Die Krankheitslast stieg zunächst im jungen und mittleren Erwachsenenalter langsam an, nahm zwischen dem 55. und 79. Lebensjahr deutlich zu und erreichte ihren Höchstwert in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen (s. Abbildung 5). Mit über 350.000 DALYs war die Krankheitslast in dieser Altersgruppe am höchsten. Dies entsprach einem Anteil von rund 18 % der gesamten gesundheitlichen Krankheitslast. Ab einem Alter von 85 Jahren ging die Krankheitslast wieder zurück. Dieser Rückgang ist jedoch nicht als Gesundheitsgewinn zu interpretieren, sondern lässt sich vor allem durch demografische Effekte, eine kleinere Bevölkerungsgruppe sowie Selektionseffekte erklären.

Abbildung 5: Gesundheitliche Krankheitslast der KHK im Altersverlauf



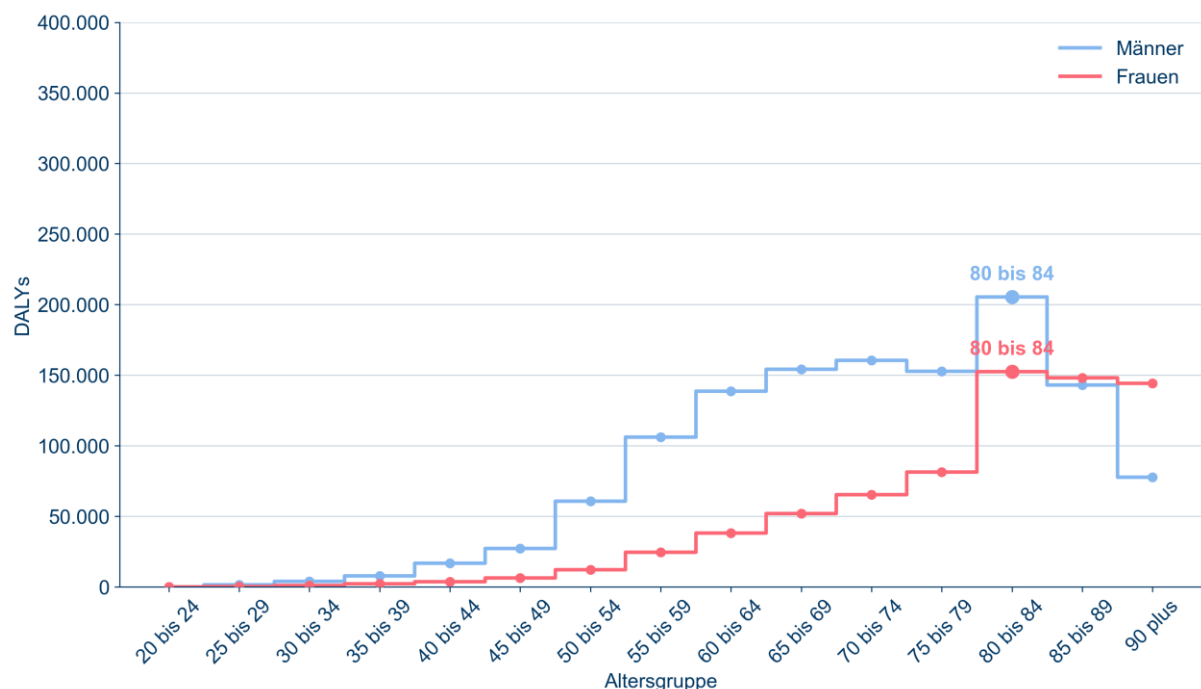
Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022.

Gesundheitliche Krankheitslast nach Geschlecht

Neben den altersbedingten Unterschieden zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Krankheitslast. Mit 1,3 Millionen DALYs entfielen rund 63 % der gesundheitlichen Krankheitslast auf Männer, während Frauen mit 0,7 Millionen DALYs rund 37 % der Krankheitslast aufwiesen. Während sich in jungen Altersgruppen nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten, stieg die gesundheitliche Krankheitslast bei Männern bereits ab dem höheren Erwerbsalter deutlich früher und stärker an als bei Frauen. In nahezu allen Altersgruppen war die Krankheitslast bei Männern höher als bei Frauen.

Bei beiden Geschlechtern konzentrierte sich die Krankheitslast vor allem auf das höhere Lebensalter, trat bei Frauen jedoch zeitlich verzögert auf. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede zwischen dem 50. und dem 84. Lebensjahr. Der Höhepunkt der Krankheitslast lag bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen, allerdings auf unterschiedlichen Niveaus. Während Frauen in dieser Altersgruppe eine Krankheitslast von rund 152.000 DALYs aufwiesen, war die Krankheitslast bei Männern mit über 205.000 DALYs rund 35 % höher (s. Abbildung 6).

Abbildung 6: Höhe und Verlauf der gesundheitlichen Krankheitslast nach Geschlecht und Altersgruppe



Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022.

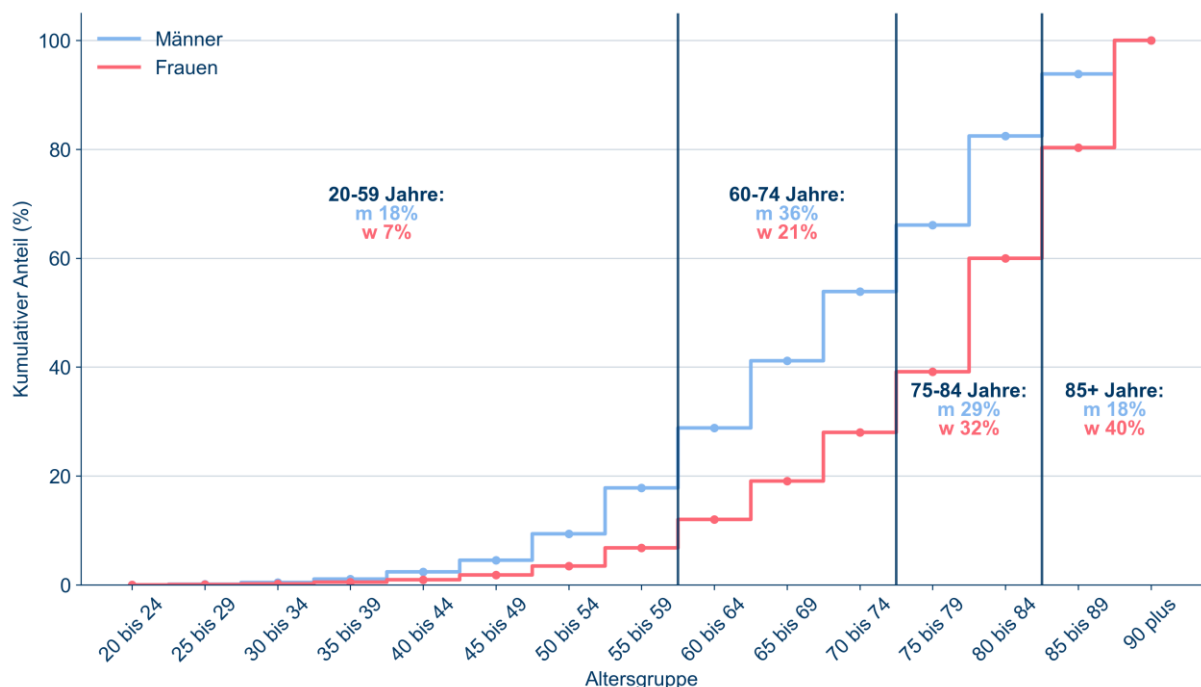
Erst im sehr hohen Alter glich sich die geschlechterspezifische Krankheitslast an beziehungsweise überstieg die Krankheitslast der Frauen jene der Männer. Insgesamt zeigt sich, dass Männer bereits ab dem höheren Erwerbsalter stärker betroffen waren und über nahezu alle Altersgruppen hinweg eine höhere gesundheitliche Krankheitslast aufwiesen.

Kumulative Verteilung der Krankheitslast

Die Analyse der kumulativen Verteilung (s. Abbildung 7) der gesundheitlichen Krankheitslast nach Altersgruppe und Geschlecht zeigt eine frühere Akkumulation bei Männern und eine stärkere Verschiebung in hohe Altersgruppen bei Frauen.

So erreichten Männer bis zum Alter von 59 Jahren bereits einen kumulativen Anteil von 18 % und bis zum Alter von 74 Jahren 54 %. Frauen wiesen dagegen eine deutlich langsamere Akkumulation auf; die entsprechenden Anteile betrugen 7 % beziehungsweise 28 %. Umgekehrt entfiel bei Frauen mit rund 72 % der überwiegende Teil der gesundheitlichen Krankheitslast auf die Altersgruppen ab 75 Jahre, während dieser Anteil bei Männern 47 % betrug.

Abbildung 7: Kumulative Verteilung der gesundheitlichen Krankheitslast nach Geschlecht und Altersgruppe



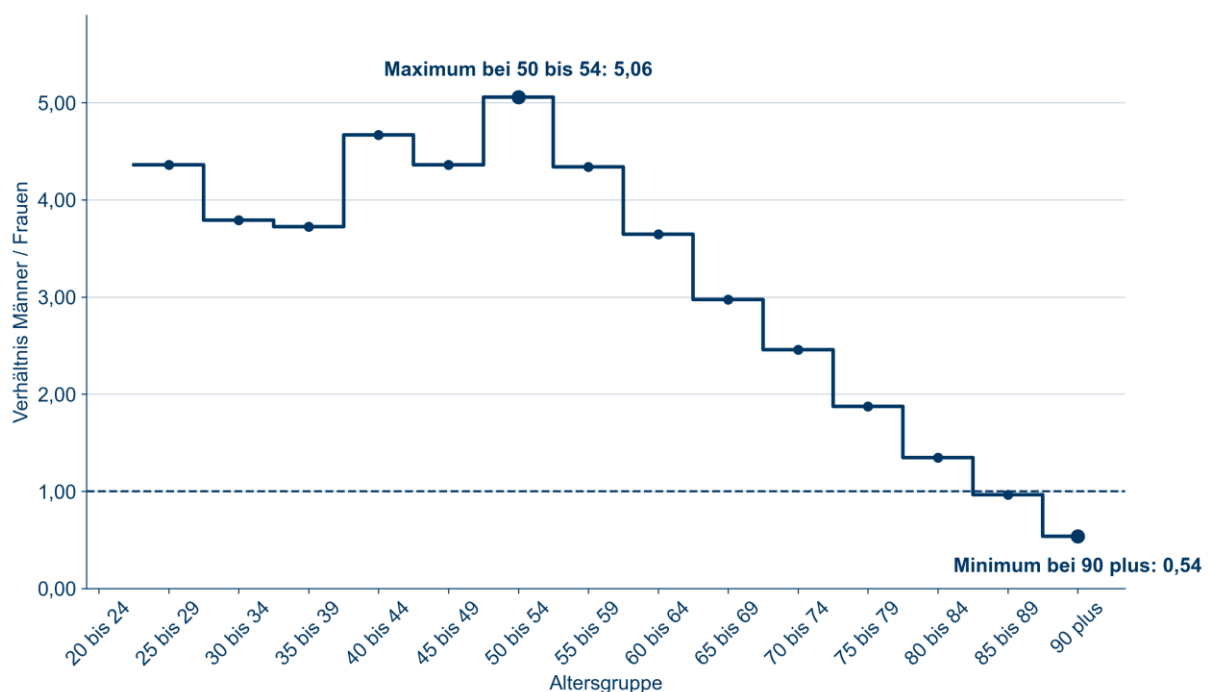
Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022.

Die Betrachtung der Geschlechterverhältnisse nach Altersgruppe (s. Abbildung 8) zeigt die relative Verteilung der gesundheitlichen Krankheitslast zwischen Männern

und Frauen. Ein Verhältnis größer als eins weist auf eine höhere Krankheitslast bei Männern hin, während Werte kleiner als eins auf eine höhere Krankheitslast bei Frauen hindeuten.

Über nahezu alle Altersgruppen hinweg lag das Verhältnis über eins. Der größte Unterschied zeigte sich in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen mit einem Verhältnis von 5,06. Ab dem 60. Lebensjahr nahm der Unterschied kontinuierlich ab.

Abbildung 8: Geschlechterverhältnisse der gesundheitlichen Krankheitslast nach Altersgruppe



Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022.

Erst ab einem Alter von etwa 85 Jahren kehrte sich das Verhältnis um und Frauen wiesen eine höhere gesundheitliche Krankheitslast auf als Männer. Am stärksten ausgeprägt war der Unterschied in der Altersgruppe der über 90-Jährigen mit einem Verhältnis von 0,54.

Zwischenfazit zur gesundheitlichen Krankheitslast

Zusammenfassend zeigt sich, dass die KHK im Jahr 2022 unter den vom RKI betrachteten Erkrankungen die höchste gesundheitliche Krankheitslast in Deutschland verursachte. Die Krankheitslast konzentrierte sich überwiegend auf das höhere Lebensalter und wies deutliche Geschlechterunterschiede auf. Männer waren bereits ab dem höheren Erwerbsalter stärker betroffen und trugen über nahezu alle Altersgruppen hinweg eine höhere Krankheitslast als Frauen. Frauen wiesen dagegen

einen späteren Krankheitsbeginn und eine stärkere Konzentration der Krankheitslast im hohen Alter auf.

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der medizinischen Evidenz, wonach Frauen aufgrund hormoneller Schutzmechanismen häufig erst in höherem Alter an einer KHK erkranken und sich die Erkrankung zudem häufig durch andere Symptome und Krankheitsmechanismen manifestiert als bei Männern (Manfrini u. a. 2026). Die Ergebnisse verdeutlichen das Potenzial einer wirksamen Prävention, Früherkennung und Versorgung, insbesondere im höheren Erwerbsalter, um gesundheitliche Belastungen langfristig zu reduzieren.

4

Sozioökonomische Krankheitslast der koronaren Herzkrankheit in Deutschland

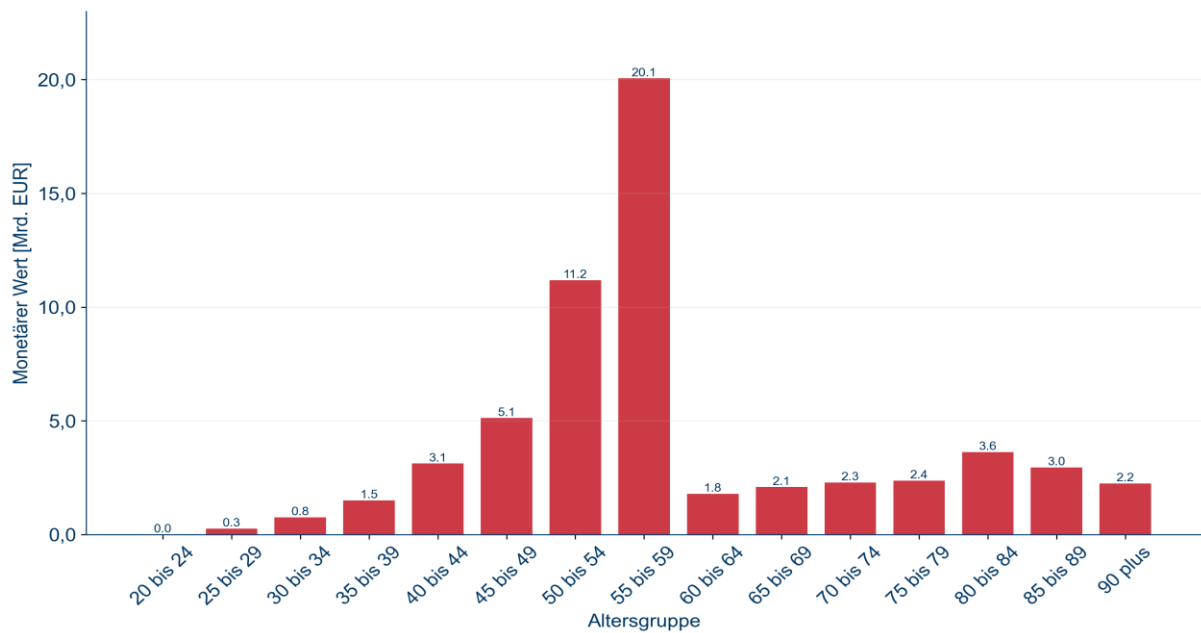
Auf Basis der aktuellen Abschätzung der gesundheitlichen Krankheitslast des RKI für das Jahr 2022 betrug die sozioökonomische Krankheitslast der KHK in Deutschland im Jahr 2024 etwa 59,4 Mrd. Euro. Dies entsprach etwa einem Drittel der BWS Berlins beziehungsweise rund 1,5 % der BWS Deutschlands im Jahr 2024 (Statistische Ämter der Länder 2024). Mit etwa 44,8 Mrd. Euro entfielen rund drei Viertel (76 %) der sozioökonomischen Krankheitslast auf Männer. Mit 14,5 Mrd. EUR war die sozioökonomische Krankheitslast durch die Erkrankung der weiblichen Bevölkerung deutlich geringer ausgeprägt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die KHK nicht nur eine erhebliche gesundheitliche, sondern zugleich eine bedeutende volkswirtschaftliche Belastung darstellte.

Sozioökonomische Krankheitslast nach Alter

Die sozioökonomische Krankheitslast konzentrierte sich in besonderem Maße auf das höhere Erwerbsalter (s. Abbildung 9). Während die monetären Produktivitätsverluste bis zum 49. Lebensjahr vergleichsweise gering ausfielen, stiegen sie ab dem 50. Lebensjahr deutlich an und erreichten in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen mit rund 20,1 Mrd. Euro ihren Höchstwert. Nach dem Renteneintritt gingen die monetären Verluste deutlich zurück, verblieben jedoch aufgrund der Berücksichtigung unbezahlter produktiver Tätigkeiten auf einem relevanten Niveau.

Über die gesamte erwerbsfähige Bevölkerung hinweg verursachten die 20- bis 59-Jährigen mit 42,0 Mrd. Euro rund 71 % der gesamten sozioökonomischen Krankheitslast. Davon entfielen rund 93 % auf Produktivitätsverluste aus bezahlter Erwerbsarbeit. Die direkten Wertschöpfungsverluste beliefen sich auf 19,5 Mrd. Euro, die indirekten auf 12,4 Mrd. Euro und die induzierten auf 7,4 Mrd. Euro. Die Verluste aus unbezahlter Arbeit betrugen rund 2,8 Mrd. Euro.

Abbildung 9: Sozioökonomischen Krankheitslast nach Altersgruppe



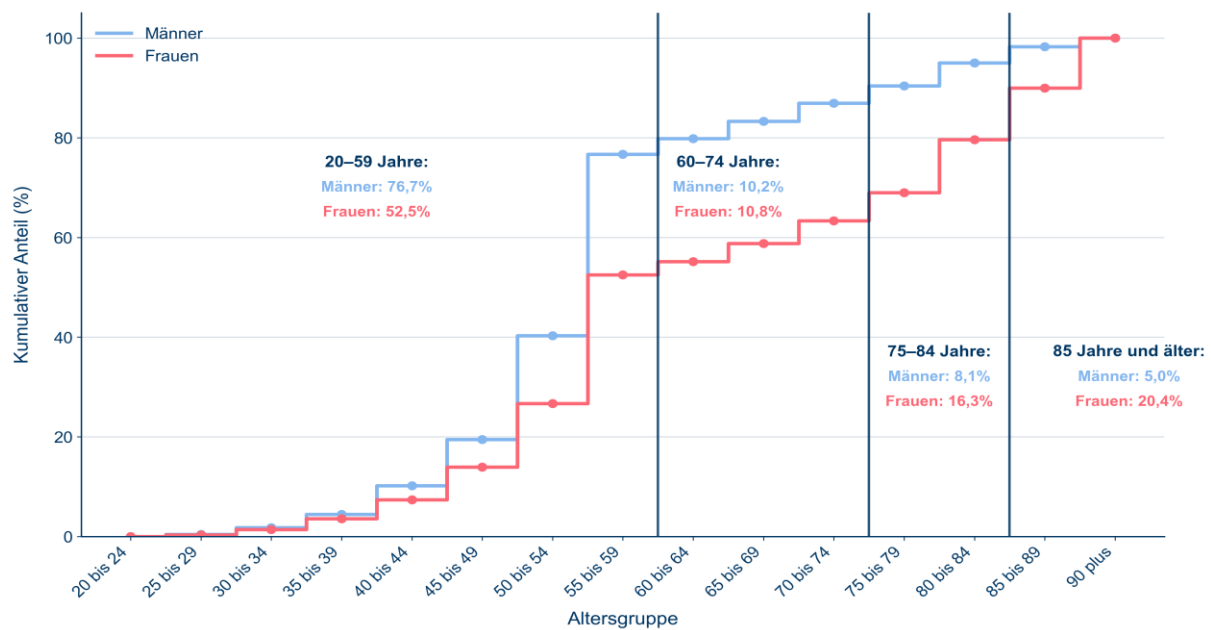
Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022; Eingangsparameter für die sozioökonomische Bewertung der DALYs auf Basis von Daten aus dem Jahr 2024.

Nach dem Renteneintritt werden definitionsgemäß ausschließlich Produktivitätsverluste aus unbezahlter Arbeit berücksichtigt. Diese beliefen sich auf rund 6,2 Mrd. Euro bei den 60- bis 74-Jährigen, 6,0 Mrd. Euro bei den 75- bis 84-Jährigen sowie 5,2 Mrd. Euro bei den über 85-Jährigen. Die Ergebnisse verdeutlichen damit die erhebliche gesellschaftliche Bedeutung unbezahlter produktiver Tätigkeiten auch im höheren Lebensalter. Insgesamt entfielen rund 34 % der gesamten sozioökonomischen Krankheitslast auf Produktivitätsverluste aus unbezahlter Arbeit.

Alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der sozioökonomischen Krankheitslast

Die sozioökonomische Krankheitslast wies deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf und folgt einem unterschiedlichen Altersprofil (s. Abbildung 10 und Abbildung 11). Zur besseren Einordnung werden die Fünfjahresaltersgruppen des RKI zu vier Lebensphasen zusammengefasst. Die Altersgruppe der 20- bis 59-Jährigen bildet im Wesentlichen die erwerbsfähige Bevölkerung ab. Die Altersgruppen von 60 bis 74 Jahren, 75 bis 84 Jahren sowie 85 Jahren und älter berücksichtigen dagegen den Übergang in den Ruhestand sowie die zunehmende Bedeutung unbezahlter produktiver Tätigkeiten im höheren Lebensalter.

Abbildung 10: Kumulative Verteilung der sozioökonomischen Krankheitslast nach Geschlecht und Altersgruppe

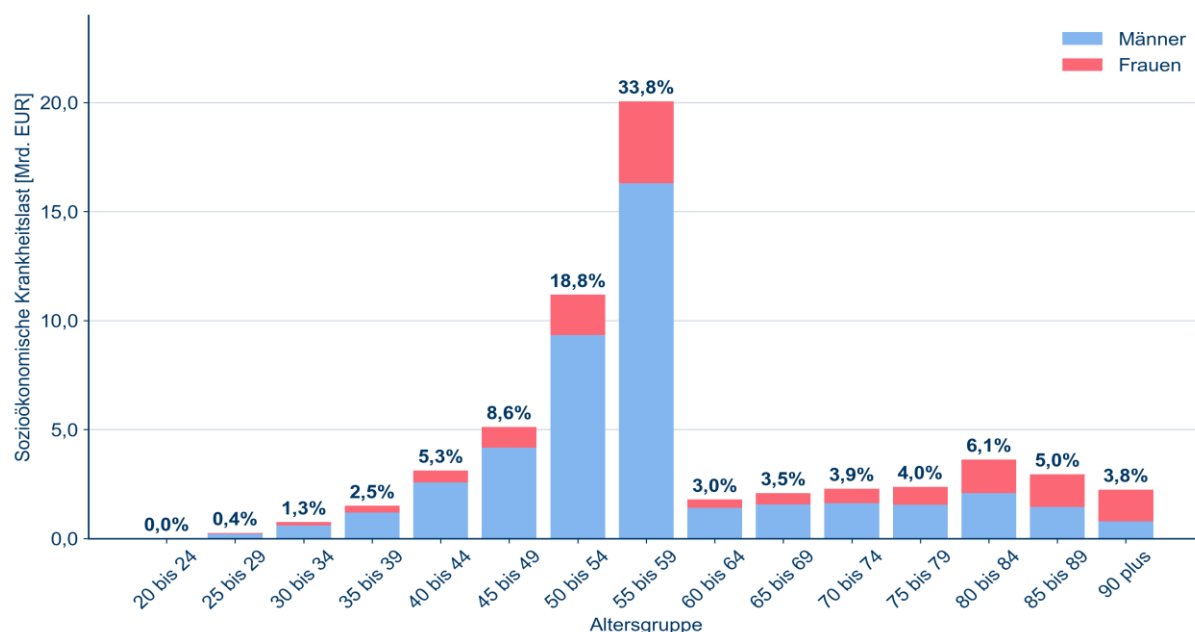


Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022; Eingangsparameter für die sozioökonomische Bewertung der DALYs auf Basis von Daten aus dem Jahr 2024.

Männer erreichten bereits bis zum Alter von 59 Jahren etwa 77 % ihrer gesamten sozioökonomischen Krankheitslast. Bei Frauen betrug der entsprechende Anteil lediglich etwa 53 %. Umgekehrt entfiel bei Frauen ein deutlich größerer Anteil der sozioökonomischen Krankheitslast auf die Altersgruppen ab 75 Jahren (etwa 37 %) als bei Männern (etwa 13 %).

Dieses Muster spiegelte sich auch in der absoluten sozioökonomischen Krankheitslast nach Fünffjahresaltersgruppen wider (s. Abbildung 11). Männer verursachten über nahezu alle Altersgruppen hinweg den größten Anteil der volkswirtschaftlichen Belastung. Die sozioökonomische Krankheitslast stieg bis zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen kontinuierlich an und erreichte dort mit rund einem Drittel der gesamten Belastung ihren Höchstwert. Erst ab einem Alter von über 85 Jahren wiesen Frauen eine höhere sozioökonomische Krankheitslast auf als Männer.

Abbildung 11: Sozioökonomische Krankheitslast nach Geschlecht und Altersgruppe



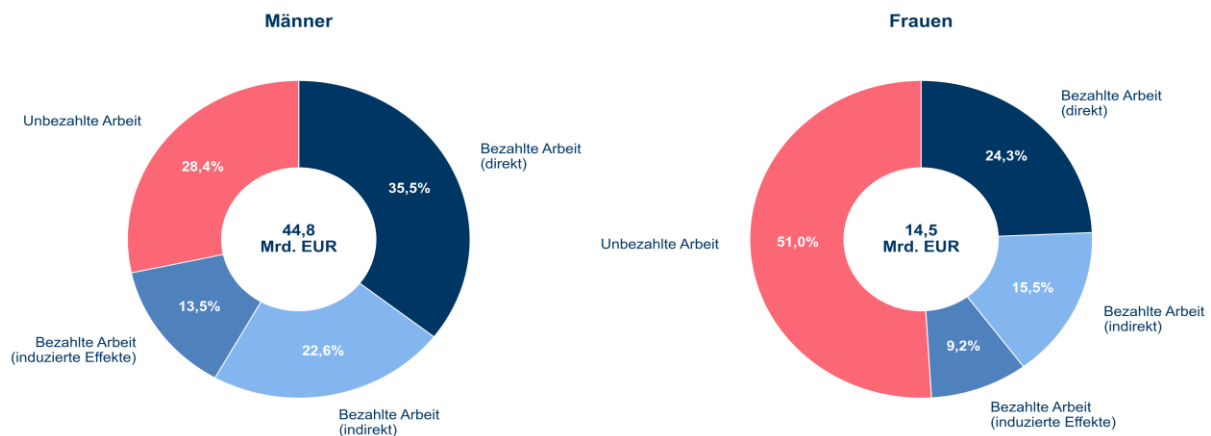
Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022; Eingangsparameter für die sozioökonomische Bewertung der DALYs auf Basis von Daten aus dem Jahr 2024.

Produktivitätskomponenten der sozioökonomischen Krankheitslast

Die Analyse der Zusammensetzung der sozioökonomischen Krankheitslast nach Produktivitätskomponenten zeigt deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen (s. Abbildung 12). Bei Männern entfielen rund 72 % der sozioökonomischen Krankheitslast auf Produktivitätsverluste aus bezahlter Erwerbsarbeit. Davon entfielen 15,9 Mrd. Euro auf direkte, 10,1 Mrd. Euro auf indirekte und 6,0 Mrd. Euro auf induzierte Wertschöpfungsverluste.

Produktivitätsverluste aus unbezahlter Arbeit machten bei Männern dagegen rund 28 % der gesamten sozioökonomischen Krankheitslast aus. Bei Frauen entfiel mit 51 % mehr als die Hälfte der sozioökonomischen Krankheitslast auf unbezahlte produktive Tätigkeiten. Direkte Produktivitätsverluste aus bezahlter Arbeit beliefen sich auf rund 3,5 Mrd. Euro (24 %), indirekte auf 2,3 Mrd. Euro (15 %) und induzierte auf rund 1,3 Mrd. Euro (9 %).

Abbildung 12: Sozioökonomische Krankheitslast nach Geschlecht und Produktivitätskomponente



Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022; Eingangsparameter für die sozioökonomische Bewertung der DALYs auf Basis von Daten aus dem Jahr 2024.

Die höhere Bedeutung unbezahlter Arbeit bei Frauen ist darauf zurückzuführen, dass sich ihre gesundheitliche Krankheitslast stärker auf das Rentenalter konzentrierte. Demgegenüber konzentrierte sich die Krankheitslast bei Männern stärker auf das Erwerbsalter und führte dadurch zu höheren Produktivitäts- und Wertschöpfungsverlusten aus bezahlter Erwerbsarbeit.

Zwischenfazit zur sozioökonomischen Krankheitslast

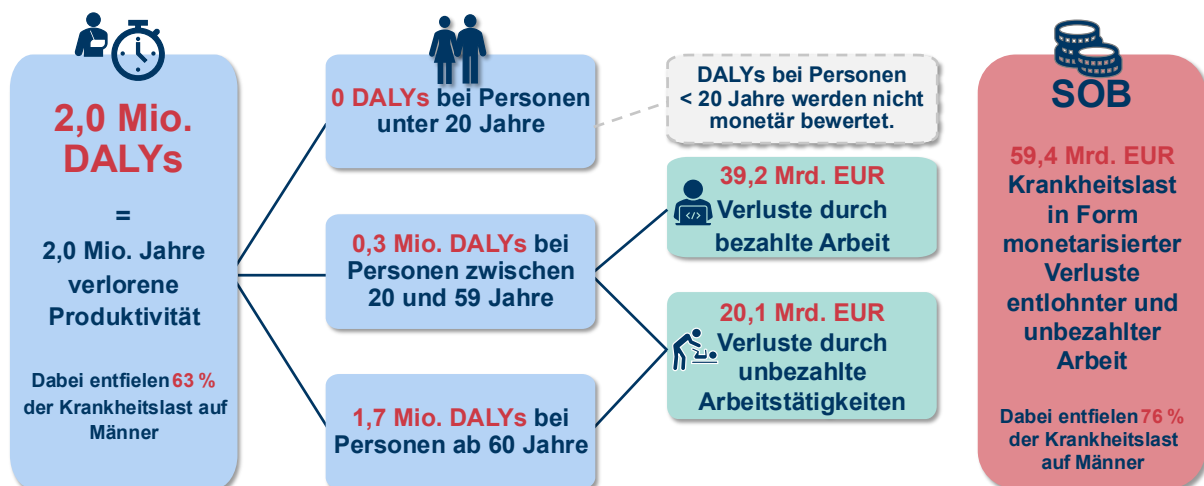
Zusammenfassend zeigt sich, dass die KHK nicht nur erhebliche gesundheitliche, sondern auch beträchtliche volkswirtschaftliche Auswirkungen verursachte. Die sozioökonomische Krankheitslast entstand überwiegend im Erwerbsalter und wurde maßgeblich durch Produktivitätsverluste aus bezahlter Erwerbsarbeit bestimmt. Aufgrund des früheren Krankheitsbeginns und der stärkeren Konzentration der Krankheitslast im Erwerbsalter trugen Männer den größten Anteil der volkswirtschaftlichen Belastung. Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse die hohe gesellschaftliche Bedeutung unbezahlter produktiver Tätigkeiten, insbesondere bei Frauen im höheren Lebensalter.

5 Fazit

Die KHK ist nicht nur eine der größten gesundheitlichen Herausforderungen Deutschlands, sondern auch ein bedeutender wirtschaftlicher Belastungsfaktor. Angesichts des demografischen Wandels, des zunehmenden Fachkräftemangels und des steigenden Drucks auf die sozialen Sicherungssysteme gewinnt die Reduzierung der Krankheitslast zunehmend an gesundheitspolitischer und wirtschaftspolitischer Bedeutung.

Die vorliegende Studie zeigt erstmals die gesundheitliche und sozioökonomische Krankheitslast der KHK in Deutschland in einer integrierten Betrachtung. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die KHK nicht nur die höchste gesundheitliche Krankheitslast aller untersuchten Erkrankungen verursachte, sondern zugleich erhebliche volkswirtschaftliche Folgen nach sich zog. Der größte Teil dieser Belastung entstand im Erwerbsalter durch Produktivitätsverluste aus bezahlter Arbeit, während unbezahlte produktive Tätigkeiten insbesondere im höheren Lebensalter einen wesentlichen Anteil der gesamtgesellschaftlichen Krankheitslast ausmachten (s. Abbildung 13).

Abbildung 13: Zusammenfassung der sozioökonomischen Krankheitslast der koronaren Herzkrankheit in Deutschland



Quelle: WifOR-Berechnungen auf Basis vorläufiger DALY-Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), DALY-Datenstand 2022; Eingangsparameter für die sozioökonomische Bewertung der DALYs auf Basis von Daten aus dem Jahr 2024.

Die Ergebnisse verdeutlichen die erhebliche gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Relevanz der KHK. Neben den in dieser Studie ausgewiesenen Produktivitätsverlusten entstanden direkte Ausgaben im Gesundheits- und Pflegewesen, die in der vorliegenden Analyse nicht berücksichtigt wurden. Die tatsächliche gesamtgesellschaftliche Belastung der KHK dürfte daher deutlich höher ausfallen sein als die hier ausgewiesene sozioökonomische Krankheitslast.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass medizintechnische Innovationen einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung dieser Krankheitslast leisten können. Bereits heute tragen innovative diagnostische Verfahren, interventionelle Behandlungen und eine kontinuierliche Nachsorge dazu bei, Morbidität und Mortalität zu reduzieren sowie Erwerbsfähigkeit, gesellschaftliche Teilhabe und die Entlastung von Angehörigen zu fördern. Weiterhin verdeutlicht die Analyse, dass insbesondere Maßnahmen zur Identifikation von Risikopersonen, zur Früherkennung, zur präziseren Auswahl diagnostischer und therapeutischer Verfahren sowie zum Monitoring und zur Unterstützung der Therapietreue erhebliche gesundheitliche und wirtschaftliche Potenziale erschließen können. Da die größten volkswirtschaftlichen Verluste durch die Erkrankung der männlichen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter entstanden, stellt diese Bevölkerungsgruppe einen besonders relevanten Ansatzpunkt für Innovationen dar.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass Medizintechnik und eine hochwertige Versorgung der KHK nicht allein als Kostenfaktor des Gesundheitswesens, sondern als Investition in Gesundheit, Produktivität und gesellschaftlichen Wohlstand betrachtet werden sollten. Investitionen in Prävention, Diagnostik und innovative Versorgung können Erwerbsbiografien stabilisieren, Angehörige entlasten, unbezahlte Produktivitätsverluste reduzieren und damit die langfristige wirtschaftliche Leistungsfähigkeit Deutschlands stärken. Die Medizintechnikbranche nimmt dabei eine Schlüsselrolle ein, indem sie Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge entlang des gesamten Versorgungspfades unterstützt und so einen messbaren Beitrag zur gesundheitlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Resilienz leistet.

Literatur

- Bess, Rebecca, und Zoë O. Ambargis. 2011. *Input-Output Models for Impact Analysis: Suggestions for Practitioners Using RIMS II Multipliers*. Bureau of Economic Analysis. <https://www.bea.gov/system/files/papers/WP2012-3.pdf>.
- Brink, Alexander, Markus Groß-Engelmann, Thomas Schlegel, und Sandra Zimmermann. 2026. *Prävention und Produktivität. Gesundheit als strategische Ressource einer sozialen Marktwirtschaft*. Positionspapier. InnovationLab Ethik und Management.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWE). 2026. *Jahreswirtschaftsbericht 2026*. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. <https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/jahreswirtschaftsbericht-2026.html>.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWE). o.J. „Medizintechnik“. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. <https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Artikel/Technologie/medizintechnik.html>.
- BVMed. 2022. „WifOR-Studie | BVMed: ‚Pionierarbeit gibt uns eine gute Standortbestimmung auf dem Weg zu einer nachhaltigeren Gesundheitswirtschaft‘“. BVMed. <https://www.bvmed.de/verband/presse/pressemeldungen/bvmed-zur-wifor-studie-pionierarbeit-gibt-uns-eine-gute-standortbestimmung-auf-dem-weg-zu-einer-nachhaltigeren-gesundheitswirtschaft>.
- Conway, R. S. 2022. *Empirical Regional Economics*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-76646-7>.
- Eurostat. 2021. „European Union labour force survey (EU-LFS) 2019. Annual population by sex, degree of urbanization and labour status“. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/collections-research/european-union-labour-force-survey>.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). 2021. *Sonderauswertung der IAB Arbeitszeitrechnung für WifOR. Arbeitszeit und Arbeitsvolumen nach Geschlecht und Altersgruppen (Inland, abgestimmt auf VGR Eckwerte)*.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2024. *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit - Gesundes-Herz-Gesetz (GHG). Stellungnahme der KBV zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 14. Juni 2024*. <https://www.kbv.de/positionen/stellungnahmen/gesundes-herz-gesetz>.
- Leontief, W. 1986. *Input-Output Economics*. Oxford University Press.
- Manfrini, Olivia, Dimitris Tousoulis, Charalambos Antoniades, u. a. 2026. „Sex and gender differences in coronary pathophysiology and ischaemic heart disease: A Scientific Statement of the ESC Working Group on Coronary

- Pathophysiology & Microcirculation, the Association for Acute CardioVascular Care, and the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions of the ESC". *European Heart Journal* 47 (22): 2727–49. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf1059>.
- OECD. 2025. *Pensions at a Glance 2025: OECD and G20 Indicators*. OECD Pensions at a Glance. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/e40274c1-en>.
- Ostwald, Dennis A., Maïke Schmitt, Platon Peristeris, Tim Gerritzen, und Adeline Durand. 2023. „The Societal Impact of Inclisiran in England: Evidence From a Population Health Approach“. *Value in Health* 26 (9): 1353–62. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.05.002>.
- Robert Koch-Institut. 2026. *Vorläufige DALY-Ergebnisse zur koronaren Herzkrankheit als Aktualisierung der Ergebnisse aus der BURDEN2026 Studie*.
- Robert Koch-Institut. o.J. „Burden of Disease“. https://www.daly.rki.de/Webs/BoD/DE/Startseite/startseite_node.html.
- Statistische Ämter der Länder. 2024. „Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1991 bis 2025“. Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder“.
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS). 2017. *Sonderauswertung auf Basis von Daten der Zeitverwendungserhebung 2012/13. Durchschnittliche Zeitverwendung von Personen je Tag nach ausgewählten Aktivitäten, Personenmerkmalen und Altersgruppen*.
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS). 2025. „Kreislaufkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen verursachen zusammen 26,0% der Krankheitskosten im Jahr 2023. Pressemitteilung Nr. 293“. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_293_236.html.
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS). o.J. „Rente und mehr. Daten zur Alterssicherung.“ Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Im-Fokus/Rente/_inhalt.html.
- Targoutzidis, Antonis. 2018. „Some adjustments to the human capital and the friction cost methods“. *The European Journal of Health Economics* 19: 1225–28. <https://doi.org/doi.org/10.1007/s10198-018-0969-z>.
- WifOR Institute. 2024. *The Value of Investing in Innovative Medicines: Socioeconomic Burden and Annual Social Impact of Roche Treatments for HER2+ Breast Cancer, Multiple Sclerosis and Retinal Disease*. WifOR Institute.
- WifOR Institute. 2025. *Impact Measurement Using WifOR's Sustainability Footprint Method*. WifOR Institute.

WifOR Institute. o.J.a. „Social Impact“. WifOR Institute.
<https://www.wifor.com/en/research/health/social-impact/>.

WifOR Institute. o.J.b. „Sozioökonomische Krankheitslast. Messung der sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen von Krankheiten“. <https://www.wifor.com/de/forschung/gesundheit/soziooekonomische-krankheitslast/>.

World Bank Group. 2025. „DataBank. Metadata Glossary“. <https://databank.worldbank.org/metadataglossary/world-development-indicators/series/SL.EMP.TOTL.SP.ZS>.

World Health Organisation. 2016. „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)“. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/I20-I25>.

World Health Organization. o.J. „Cardiovascular diseases (CVDs)“. World Health Organization. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

WifOR Institute – If you measure it, you can shape it.

Das unabhängige Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR ist ein Spin-Off der Technischen Universität Darmstadt. Seit unserer Gründung 2009 übersetzen wir volkswirtschaftliche Analysen in Entscheidungsgrundlagen – in den Bereichen Arbeitsmarkt, Nachhaltigkeit und Gesundheit. Unsere Mission: mithilfe von Studien datenbasierte Lösungen für die Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt zu entwickeln, globale Standards in der Nachhaltigkeitsmessung zu setzen und die Bedeutung von Gesundheitsinvestitionen weltweit sichtbar zu machen.

KONTAKT

WifOR Institute Berlin

Joseph-Haydn-Straße 1

D-10557 Berlin

Germany | Greece | Latin America | USA

www.wifor.com