Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Berlin, den 16. Oktober 2026

Innovationsfonds 2.0: Vom geförderten Projekt in die Regelversorgung

1. Ausgangslage: Ohne Versorgungsinnovationen keine stabilen Beiträge

Die gesetzliche Krankenversicherung steht unter erheblichem Finanzdruck. Ihre Ausgaben haben 2025 die Marke von 350 Mrd. Euro überschritten, die Leistungsausgaben sind innerhalb eines Jahres um 7,9 Prozent gewachsen und die Krankenkassen haben ihre gesetzliche Mindestreserve unterschritten (BMG 2026). Finanziert wurde dieser Ausgabenanstieg bislang über höhere Zusatzbeiträge. Der vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz stieg von 1,7 % im Jahr 2024 auf 2,9 % im Jahr 2026. Tatsächlich erheben die Krankenkassen seit Anfang 2026 im Durchschnitt 3,13 % (BMG 2023, 2026). Jede weitere Erhöhung steigert die Lohnnebenkosten und belastet den Wirtschaftsstandort. Diesem im internationalen Vergleich sehr hohen Aufwand stehen allenfalls durchschnittliche Ergebnisse gegenüber. Deutschland hat die höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in der Europäischen Union, liegt bezüglich der vermeidbaren Sterblichkeit mit 258 Fällen/100.000 jedoch weit über fast allen Nord- und Westeuropäischen Ländern (z.B. Frankreich: 205; Schweiz: 150).

Die Ursachen dieses Missverhältnisses liegen weniger in einzelnen Leistungen als in der Organisation der Versorgung und an der wenig ausgebauten Prävention. Sektorengrenzen, fehlende Koordination bei der Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung verursachen Kosten und beeinträchtigen zugleich die Versorgungsqualität. Innovationen, die an diesen Strukturen ansetzen, können deshalb beides erreichen: Bessere Ergebnisse und geringere Kosten. Wie groß dieses Potenzial ist, hat Prognos im Auftrag des Bundesverbands der Deutschen Industrie (BDI) geschätzt. Die konsequente Nutzung von Innovationen im Gesundheitswesen könnte rund 21 Mrd. Euro jährlich freisetzen und den Beitragssatz bis 2045 um etwa 1,4 Prozentpunkte senken (Prognos 2025). Die Studie betrachtet Produkt- und Technologieinnovationen (vorrangig in den Bereichen Medizintechnik, Arzneimittel, Biotechnologie und digitale Gesundheitslösungen). Ob Telemedizin, KI-gestützte Diagnostik oder die ambulante Behandlung bislang stationärer Fälle diesen Nutzen entfalten, hängt jedoch davon ab, ob Versorgungsabläufe, Zuständigkeiten und Vergütung entsprechend angepasst werden. Diese Art der Systemoptimierung ist insbesondere der Gegenstand der Förderung „Neuer Versorgungsformen“ im Innovationsfonds.

Das Gesundheitswesen benötigt, wie jedes große Unternehmen, ein festes Budget für Forschung und Entwicklung. Über lange Zeit fehlte ein solches Budget in der gesetzlichen Krankenversicherung. Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V wurden selten ausgewertet und noch seltener veröffentlicht, die Disease-Management-Programme wurden flächendeckend eingeführt, bevor ihr Nutzen in einem kontrollierten Design geprüft werden konnte und die integrierte Versorgung erhielt eine Anschubfinanzierung ohne systematische Nutzenbewertung (Schmacke 2014). Mit dem Innovationsfonds hat der Gesetzgeber diesen Zustand beendet und erstmals einen Mechanismus geschaffen, der die Entwicklung von

Versorgungsinnovationen und deren wissenschaftliche Evaluation im realistischen Setting fördert. Diese Evidenz schafft die Voraussetzung für eine Übernahme erfolgreich erprobter Versorgungskonzepte in die Regelversorgung. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung hat den Innovationsfonds von Beginn an begleitet und in einem Delphi-Verfahren mit Politik, Patientenvertretung, Leistungserbringern und Wissenschaft Kriterien für Förderung, Begutachtung und Evaluation konsentiert, die zu wesentlichen Teilen in die Verfahrensordnung des Innovationsausschusses eingegangen sind (Schmitt et al. 2015).

2. Deutschland investiert wenig und kürzt weiter

Andere Gesundheitssysteme haben die Forschung und Entwicklung ihrer Gesundheitsversorgung institutionalisiert und finanzieren sie dauerhaft aus öffentlichen Mitteln. Das britische National Institute for Health and Care Research verfügt z.B. über rund 1,9 Mrd. Euro im Jahr, die niederländische Förderorganisation ZonMw über etwa 430 Mio. Euro, der australische Medical Research Future Fund über rund 630 Mio. Euro (NIHR 2025; ZonMw 2026; Australian Government 2025). Diese Programme sind breiter angelegt als der Innovationsfonds und umfassen auch klinische Forschung und Forschungsinfrastruktur, die in Deutschland teilweise durch andere Mittelgeber finanziert werden. Selbst bei konservativer Abgrenzung wenden diese Länder, bezogen auf ihre Gesundheitsausgaben, jedoch deutlich mehr Mittel auf, als der Innovationsfonds in seinen bestausgestatteten Jahren investiert hat.

Während diese Länder ihre Programme ausbauen, reduziert Deutschland die Mittel. Der Innovationsfonds startete 2016 mit 300 Mio. Euro jährlich. Dies entsprach damals knapp einem Promille der GKV-Ausgaben. 2020 wurde er auf 200 Mio. Euro reduziert, 2026 auf 100 Mio. Euro halbiert und das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz schreibt diese Halbierung ab 2027 dauerhaft fest (Innovationsausschuss 2026). Die Mittel für die systematische Weiterentwicklung der Versorgung betragen damit weniger als 0,3 Promille der GKV-Ausgaben. Die Einsparung von 100 Mio. Euro entspricht rund 0,005 Beitragssatzpunkten. Ihr steht der weitgehende Verzicht auf das einzige Instrument gegenüber, mit dem sich Effizienzreserven des Systems wissenschaftlich fundiert erschließen lassen. Kein Unternehmen vergleichbarer Größe würde seine Forschung und Entwicklung in diesem Umfang beschneiden. Dabei mangelt es nicht an fehlenden Ideen oder der Beteiligung der Wissenschaftler:innen, sondern daran, dass sehr gute Projekte mit hohem Verbesserungspotenzial nicht gefördert werden und damit nicht erprobt werden können.

3. Der Innovationsfonds im Bereich „Neue Versorgungsformen“: wirksam in der Entwicklung und Erprobung, zu wenig wirksam im Transfer

Der Innovationsfonds hat seit 2016 insgesamt 861 Projekte gefördert, davon 270 Projekte aus dem Bereich „Neue Versorgungsformen“. Die Mittel werden im Wettbewerb vergeben, die Projekte nach wissenschaftlichen Standards evaluiert, die Ergebnisse veröffentlicht; die Verwaltungskosten liegen bei nur gut drei Prozent (Innovationsausschuss 2026). Erste Ergebnisse geförderter Projekte sind in die Versorgung eingegangen: Z.B. sind aus dem Projekt ERIC (Enhanced Recovery after Intensive Care) telemedizinische Intensivvisiten seit 2023 in den Zentrumsregelungen des GBA verankert, Ergebnisse des Projekts VIPER (Vergleich von Impfstrategien zur Prävention von Erkrankung durch Respiratorische Synzytial-

Viren) sind in Impfempfehlungen der STIKO eingegangen (Hecken 2025) und der Telenotarzt wurde in mehreren Bundesländern eingeführt. Weitere Projektelemente finden sich in Leitlinien, Selektivverträgen und digitalen Anwendungen wieder. Der Fonds hat eine Kultur der Evaluation etabliert, die es in dieser Form vor 2016 in Deutschland nicht gegeben hat.

Dieser Transfer erfolgt bisher jedoch nicht systematisch, nicht vollständig und nicht direkt. Von 146 abgeschlossenen und positiv evaluierten Projekten im Bereich „Neue Versorgungsformen“ hat der Innovationsausschuss für 35 eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen (Innovationsausschuss 2026). Diese Empfehlungen richten sich an im juristischen Sinne regelungskompetente Institutionen, wie u.a. den GBA, den GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, das Bundesgesundheitsministerium und die Länder. Sie entfalten jedoch keine Bindungswirkung. Es fehlt eine Instanz, die über die Übernahme in die Regelversorgung entscheidet, eine Frist für diese Entscheidung und eine verbindliche Regelung trifft, wie eine überführte Versorgungsform vergütet wird.

Der Innovationsausschuss selbst benennt als Haupthindernisse die fehlende Abbildung im Vergütungssystem, Zuständigkeitskonflikte und föderale Unterschiede (Hecken 2025). Dauerhaft und für alle Versicherten in die Regelversorgung überführt wurden bislang nur wenige Projekte (s.o.). Selektivverträge einzelner Krankenkassen können diese Überführung nicht ersetzen. Sie dienen primär dem Wettbewerb zwischen den Kassen und stehen nicht allen Versicherten offen.

Wie ein vollständig geregelter Weg in die Versorgung aussieht, zeigt u.a. der Arzneimittelbereich. Ein neues Arzneimittel durchläuft die Zulassung durch BfArM oder EMA, anschließend die Nutzenbewertung durch GBA und IQWiG innerhalb von sechs Monaten, dann erfolgt die Verhandlung eines Erstattungsbetrags. Ab dem Markteintritt haben alle Versicherten Anspruch auf das Arzneimittel. Jeder dieser Schritte hat eine zuständige Instanz, definierte Kriterien, eine Frist und eine Rechtsfolge. Für „Neue Versorgungsformen“ existiert nach der Transferempfehlung des Innovationsausschusses kein so klar vorgegebener Weg. Der Unterausschuss Methodenbewertung prüft neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) auf ihren medizinischen Nutzen, ihre Notwendigkeit und ihre Wirtschaftlichkeit und entscheidet über die Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Dieser Unterausschuss prüft bisher jedoch nicht die „Neuen Versorgungsformen“ aus dem Innovationsfonds.

„Neue Versorgungsformen“ sind komplexe Interventionen (Skivington et al. 2021). Ihre Wirkung hängt von der Qualität der zugrundeliegenden Wirkkomponenten, der Qualität der Umsetzung, von Qualifikation und Anreizen der beteiligten Akteure und von der Anpassung an regionale Bedingungen ab. Meist berühren komplexe Interventionen mehrere Sektoren und Vergütungssysteme zugleich. Transferpfade für Versorgungsformen sollten Implementierung deshalb als Teil der Evidenz behandeln und nicht als separaten nachgelagerten Schritt. Der Transfer für unterschiedliche Versorgungskonzepte, von Arzneimitteltherapiesicherheit, komplexen Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen bis zu Telemonitoring bei Krebserkrankungen etc., benötigt zudem unterschiedliche Transferpfade. Hinsichtlich Verbindlichkeit, Fristen und Rechtsfolgen können und sollten diese Pfade dem Arzneimittelpfad jedoch so ähnlich wie möglich sein. Vorstellbar wären nach einer positiven Empfehlung durch den Innovationsausschuss z.B. ein Transfer des Projektes aus der evaluierten Modellregion in

andere Regionen und ein begleitendes Monitoring der Effekte. Hierzu könnte eine vorläufige Regelung, z.B. durch den GBA, erfolgen, die möglichst den Bedingungen der Regelversorgung in der Zukunft bereits entspricht.

Drei weitere Schwachstellen mindern die Wirkung des Fonds: (1) Zwischen Antragstellung und finalem Förderbescheid bzw. Projektbeginn vergehen derzeit regelhaft mindestens 15 Monate. Angesichts der Dynamik von Versorgung und Technologie ist dieser Zeitraum zu lang. (2) Erschwerend hierzu werden die Förderthemen nicht konsequent nach Krankheitslast, Versorgungsdefiziten und Effizienzreserven priorisiert, sodass die Mittel nicht dort konzentriert werden, wo sie die größte Hebelwirkung entfalten. (3) Die Evaluation endet mit dem geförderten Projekt. Die Entwicklung nach einer Überführung wird nicht weiter beobachtet. Ein Monitoring sollte jedoch Teil eines umfassenden Transferprozesses sein.

4. Eckpunkte für einen Innovationsfonds 2.0

Der Innovationsfonds 2.0 im Bereich „Neue Versorgungsformen“ soll den gesamten Prozess von der Themenwahl bis zur Verstetigung in der Regelversorgung regeln. Jede Phase ist auf das Ziel der Überführung in die Regelversorgung ausgerichtet. Projekte in der Förderlinie Versorgungsforschung und von Leitlinien sollten im besten Falle die Grundlagen für die „Neuen Versorgungsformen“ erarbeiten, z. B. Bedarfe aufdecken, neue Versorgungskonzepte bzw. Komponenten auf deren Wirkung evaluieren usw. Erfolgreiche Projekte könnten dann mit einer Förderung in den „Neuen Versorgungsformen“ in einer Region praxisnah getestet werden. Dann folgt der Transfer in weitere Regionen (bspw. auf der Basis eines vorläufigen GBA-Beschlusses für die zeitlich begrenzte Überführung), begleitet von Kosten- und Erfolgs-Monitoring – danach erfolgt die finale Überführung in die Regelversorgung.

4.1 Ausschreibung: Themen priorisieren

Die Förderthemen sollten nach Krankheitslast, nachgewiesenen Versorgungsdefiziten, Effizienzreserven und gesundheitlicher Chancengleichheit priorisiert werden, mit Vorrang für Bereiche, in denen die Versorgung besser, leichter zugänglich für möglichst viele oder besonders schwer betroffene Bevölkerungsgruppen bzw. Patient:innen und zugleich wirtschaftlicher werden kann. Ausgewählte Leuchtturmprojekte sollten an diesen priorisierten Stellen ansetzen und auf Breitenwirkung angelegt sein. Angesichts der Kürzungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung, die von der Bundesregierung beschlossen worden sind, ist noch nicht klar, welche Effekte diese auf die Versorgungsqualität haben werden. Der Innovationsfonds könnte ganz konkret dazu beitragen, dass die Effekte auf Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit besser beurteilt werden können. Besondere Beachtung sollte bei der Implementierung neuer und verbesserter Versorgungskonzepte auch dem Abbau von Leistungen oder Routinen ohne nachgewiesenen Nutzen (bzw. einem ungünstigen Schaden-Nutzen-Verhältnis) geschenkt werden (sog. De-Implementierung). Solche Projekte tragen unmittelbar zur Beitragsstabilität bei. Die Priorisierung der Themen sollte ein unabhängiges wissenschaftliches Gremium unter Beteiligung von Patient:innen und rechtlicher Expertise im Zusammenspiel mit dem Innovationsausschuss vornehmen. Das vom DNVF moderierte Delphi-Verfahren hat gezeigt, dass sich solche Prioritäten über alle Interessengruppen hinweg konsentieren lassen (Schmitt 2015).

4.2 Antragstellung: Transfer von Anfang an mitdenken

Evidenz und Implementierungskonzept. Der Antrag sollte darlegen, welche Evidenz die Erwartung an Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der „Neuen Versorgungsformen" im deutschen Versorgungssystem stützt, z.B. auf der Grundlage systematischer Übersichtsarbeiten oder pilotierter und evaluierter (Vor-)Projekte aus der Förderlinie Versorgungsforschung. Gleichrangig mit diesem Nachweis steht die Überführbarkeit in die Regelversorgung. Zukünftige AntragstellerInnen sollten Überlegungen zu den konkreten Implementierungsstrategien anstellen, die daran beteiligten Akteure benennen, deren Verantwortlichkeiten und Rollen spezifizieren, Anforderungen an die Qualifizierung der umsetzenden Partner beschreiben und relevante Kontextfaktoren sowie mögliche Anpassungen der Intervention benennen, die bei einer Überführung in die Regelversorgung zu erwarten sind.

Gesundheitsökonomische Evaluation. Jeder Antrag soll eine gesundheitsökonomische Evaluation vorsehen, die die Kosten der Implementierungsprozesse einschließt und konkrete Einsparungs- und Effizienzpotenziale ausweist. Wo angemessen, bezieht sie die De-Implementierung bestehender Leistungen gleichrangig ein.

Regelungskompetente Partner. Bereits im Antrag sollten die beteiligten Partner mit Regelungskompetenz verbindlich darlegen, auf welchem Weg sie bei nachgewiesenem Erfolg die Überführung der „Neuen Versorgungsform" in die Regelversorgung unterstützen. An einem Antrag beteiligte Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausträger oder Länder können bspw. in einer verbindlichen Absichtserklärung zusagen, die Überführung zu unterstützen, sofern das Projekt positiv evaluiert wird und der Innovationsausschuss den Transfer empfiehlt. Die Überführung in Selektivverträge einzelner Kassen gilt dabei nicht als Überführung in die Regelversorgung, da Selektivverträge wettbewerbliche Instrumente sind, der Nutzen der „Neuen Versorgungsform" damit nicht für alle Versicherten zugänglich ist und so das Potenzial der Beitragsstabilisation oder Versorgungsverbesserung für alle Versicherten in der Konsequenz nicht vollumfänglich gehoben werden kann.

4.3 Begutachtung und Förderentscheidung: schneller und unabhängiger

Die Förderentscheidung sollte innerhalb von maximal sechs Monaten nach Antragstellung getroffen werden. Ein unabhängiges wissenschaftliches Gremium sollte unter Einbeziehung von Patient:innen und rechtlicher Expertise in Zusammenarbeit mit dem Innovationsausschuss an der Auswahl der Projekte mitwirken. Wesentliches Entscheidungskriterium sollte sein, ob ein priorisiertes Thema nachhaltig, wirksam und effizient adressiert wird und ob die Kontextfaktoren für eine dauerhafte Implementierung sowie eine Implementierungsstrategie berücksichtigt sind.

4.4 Durchführung und Evaluation: Wirkung und Umsetzung gemeinsam messen

Die Evaluation sollte Ergebnisse auf drei Ebenen erfassen: patientenbezogene Ergebnisse, Ergebnisse auf Versorgungs- und Systemebene einschließlich der Kosten sowie Implementierungsergebnisse wie Reichweite, Akzeptanz, Umsetzungstreue, Anpassungen und Nachhaltigkeit. Nur auf dieser Grundlage lässt sich beurteilen, ob eine Versorgungsform sehr wahrscheinlich auch unter Alltagsbedingungen wirkt und welche Voraussetzungen ihre Übertragung erfordert. Ab etwa der Projektmitte sollte ein zu begutachtender Zwischenbericht das Überführungspotenzial intern und extern bewerten und die Vorbereitung des Transfers

einleiten. Ein Umsetzungskonzept für die Regelversorgung ist damit Bestandteil der Evaluation und nicht ein nachgelagerter Schritt.

4.5 Transfer: ein verbindlicher Pfad in die Regelversorgung

Verfahren mit Rechtsfolge. Ein Transferbeschluss des Innovationsausschusses sollte ein geregeltes Verfahren auslösen, das innerhalb einer festen Frist, d.h. nach maximal sechs Monaten, zu einer Entscheidung führt. Gegenstand dieser Entscheidung ist die Finanzierungspflicht aller Krankenkassen, die Abbildung in der Vergütung des ambulanten und des stationären Bereichs sowie erforderliche Anpassungen in Richtlinien des GBA. Die Entscheidung folgt verbindlichen und veröffentlichten Kriterien, zu denen ausdrücklich gesundheitsökonomische Kriterien wie die zu erwartenden Mehr- oder Minderkosten und das Verhältnis von Kosten und Nutzen gehören. Vorläufige Erprobungs-Richtlinien und vorläufige Entgelte mit festem Ablaufdatum und verbindlichem wissenschaftlichen Ergebnismonitoring sollten nachfolgend in einem festgelegten Erprobungszeitraum an die Erkenntnisse aus dem Einführungsprozess stetig angepasst werden, bis sich herausstellt, ob sich die „Neue Versorgungsform“ etabliert.

Stufenweise Einführung. Die Überführung kann zunächst regional begrenzt werden, etwa über regionale Kollektivverträge, und in der Regel zeitlich befristet erfolgen. Es kann aber auch eine überregionale Übertragung bzw. stufenweise Einführung und ggf. notwendige Anpassung erfolgen. Ein begleitendes Monitoring liefert die Grundlage für die Entscheidung über Verstetigung, Anpassung oder Beendigung. Bei der Dokumentation, der Ausgestaltung von Vergütung und dem Monitoring sollte die Versorgungsforschung beteiligt werden, denn Fehlanreize in der Vergütungs- und Dokumentationssystematik können die Wirkung einer „Neuen Versorgungsform“ abschwächen oder gänzlich aufheben.

Zuständige Institution. Nach Transferempfehlungen durch den Innovationsausschuss des GBA verläuft der Transferprozess in zwei Stufen:

- **Stufe 1:** In Fällen, in denen ein Unterausschuss des GBA über die entsprechende Zuständigkeit und Kompetenz verfügt, entscheidet dieser über die Überführung. Er nutzt Legitimation und Infrastruktur der Selbstverwaltung. Die Beteiligung der Versorgungsforschung und der Patientenvertretung wird in seiner Verfahrensordnung festgeschrieben.
- **Stufe 2:** Immer dann, wenn innerhalb der festgelegten Frist eine Einigung im zuständigen Unterausschuss nicht erfolgreich gelingt, entscheidet eine eigenständige Transferinstitution nach gesetzlich festgelegten Kriterien untergesetzlich über die Implementierung, vergleichbar mit der Rolle des BfArM bei der Arzneimittelzulassung. Die Transferinstitution entscheidet unabhängig von den Akteuren der Selbstverwaltung und verantwortet auch Monitoring und Verstetigung.

4.6 Finanzierung des Innovationsfonds: ein Promille für die Zukunft des Systems

Der Innovationsfonds sollte mit mindestens einem Promille der GKV-Ausgaben ausgestattet (derzeit rund 350 Mio. Euro jährlich), gesetzlich verankert und mit der Ausgabenentwicklung dynamisiert werden. Dieses Volumen entspricht in etwa dem Ausgangsniveau des Fonds im Jahr 2016 und bleibt deutlich unter den Mitteln, die vergleichbare Länder für die Weiterentwicklung ihrer Gesundheitsversorgung aufwenden. Für Überführung und Monitoring sollen zusätzliche Mittel vorgesehen werden. Ohne eigene Finanzierung bliebe der

Transferpfad sonst ohne Wirkung. Die ab 2027 beschlossene dauerhafte Halbierung muss zurückgenommen werden. Ihr Beitrag zur Konsolidierung der GKV-Finanzen ist marginal, ihr Schaden für die Innovationsfähigkeit des Systems erheblich.

5. Was jetzt zu tun ist

Der Gesetzgeber soll die §§ 92a und 92b SGB V so weiterentwickeln, dass sie den Transferpfad, seine Fristen und seine Finanzierung regeln und das Fördervolumen auf mindestens ein Promille der GKV-Ausgaben festschreiben. Der Innovationsausschuss soll seine Verfahrensordnung auf Themenpriorisierung, kürzere Entscheidungsfristen und die Erfassung von Implementierungsergebnissen ausrichten. Die Partner der Selbstverwaltung sollen die Abbildung erfolgreicher Versorgungsformen im EBM und DRG-System als dauerhafte Aufgabe wahrnehmen. Gleichfalls sollen unwirksame oder schädliche Versorgungsmaßnahmen konsequent deimplementiert werden.

Das DNVF bietet an, diesen Prozess mit seiner wissenschaftlichen Expertise zu begleiten: bei der Priorisierung von Förderthemen, in einem unabhängigen Gremium für Auswahl und Transfer sowie durch eine systematische Erforschung der Wirkung des Innovationsfonds selbst. Der Innovationsfonds war 2016 der Einstieg in eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Versorgung. Der Innovationsfonds 2.0 stellt sicher, dass diese Evidenz in der Versorgung tatsächlich und direkt wirksam wird.

Literatur

Australian Government, Department of Health, Disability and Ageing (2025): Medical Research Future Fund. 3rd 10-year Investment Plan 2024-25 to 2033-34. Canberra.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2023): Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2024. Bundesanzeiger, BAnz AT 31.10.2023 B3.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2026): Finanzentwicklung der GKV im 1. bis 4. Quartal 2025. Meldung, Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzentwicklung-gkv-2025

Hecken, J. (2025): Ergebnisse und Neuausrichtung des Innovationsfonds. Vortrag beim Versorgungs- und Forschungskongress des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung. https://www.bifg.de/media/dl/versorgungs-und-forschungskongress/2025/Kongressfolien-Hecken-2025.pdf

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2026): Der Innovationsfonds. Stand der Dinge, 25.09.2026. Berlin. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/2026-09-25_Der-Innovationsfonds_Stand-der-Dinge.pdf

NIHR, National Institute for Health and Care Research (2025): Annual Report 2024/25. London.

OECD (2025): Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Country Note Germany. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2025. State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris.

Prognos (2025): Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen. Studie im Auftrag des Bundesverbands der Deutschen Industrie (BDI). Berlin.

Schmacke, N. (2014): Forschung und Entwicklung: eine unverhoffte Chance für die GKV. Grundsätzliche Bemerkungen zu einem ambitionierten Projekt der Politik. G+S Gesundheits- und Sozialpolitik 68(2): 16-19.

Schmitt, J., Petzold, T., Nellessen-Martens, G., Pfaff, H. (2015): Priorisierung und Konsentierung von Begutachtungs-, Förder- und Evaluationskriterien für Projekte aus dem Innovationsfonds: Eine multiperspektivische Delphi-Studie. Das Gesundheitswesen 77(8-9): 570-579. https://doi.org/10.1055/s-0035-1555898

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., ... & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ, 374, n2061

ZonMw (2026): Jaarverslag 2025. Den Haag.