

18.07.2024

2. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“

Resilienz, Innovation und Teilhabe

Ausgangslage

Deutschland ist gegenwärtig in einer sehr herausfordernden demografischen Situation. Der demografische Wandel, der seit vielen Jahren zu Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur Deutschlands beiträgt, bringt mit sich,

dass die Bevölkerung immer älter wird. Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen mit einem medizinischen Versorgungsbedarf wird stark wachsen.

Gleichzeitig gehen rund 30 Prozent der Fachkräfte im Gesundheitssystem in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand. Weder

Einwanderung noch die Flexibilisierung der Anerkennung von Abschlüssen werden absehbar ausreichen, um den Bedarf quantitativ und qualitativ zu decken. Auch eine Vielzahl von anderen Maßnahmen, wie die *Erhöhung des Erwerbsvolumens*, insbesondere bei Frauen, *verstärkte Investitionen in berufliche Bildung*, insbesondere für Menschen ohne Berufsabschluss sowie *technologische Fortschritte* zur Unterstützung, Vereinfachung oder teilweisen Ersetzung von Arbeitsprozessen, werden nur begrenzt dazu beitragen, diese Problematik zu entschärfen. Parallel ist wahrscheinlich, dass der medizinische Fortschritt zu massiven Kostensteigerungen und der demografische Wandel der Gesellschaft zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen führen werden. Entsprechend stehen die im Umlageverfahren finanzierten Sozialversicherungen absehbar vor großen Herausforderungen.

Die Stabilität und Belastbarkeit der Sozialsysteme, die einen niedrigschwelligen Zugang für alle Teile der Bevölkerung bieten und einen hohen gesellschaftlichen Wert haben, hängen wesentlich von einer robusten wirtschaftlichen Lage ab. Der durchschnittliche Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung hat 2024 mit 16,3 Prozent ein Allzeithoch erreicht und steigt weiter an. Dieser Anstieg trägt wesentlich dazu bei, dass die Summe der Beitragssätze zur Sozialversicherung aktuell mit 40,9 Prozent absehbar deutlich jenseits der politisch anvisierten 40-Prozent-Zielmarke liegen wird, die bis 2019 eingehalten werden konnte. Projektionen sehen den Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung – in ungünstigen Szenarien – im Jahr 2035 bei über

20 Prozent. Die Treiber dieses Anstiegs sind teilweise strukturell und fordern daher politisches Handeln.

Situation im deutschen Gesundheitswesen

Diese Entwicklung trifft auf ein Gesundheitssystem, in das zwar sehr viel investiert wird, das aber insgesamt nicht gut auf die Zukunft vorbereitet ist. Das deutsche Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich sehr teuer. Mit 12,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes sind die Gesundheitskosten in Deutschland nach den USA im OECD-Vergleich am höchsten. EU-weit steht Deutschland bei den Gesundheitskosten – absolut und relativ betrachtet – mit deutlichem Abstand an der Spitze, bei weiter steigender Tendenz in den kommenden Jahren durch neue Therapien und ein breitgefächertes Versorgungsangebot im ambulanten und stationären Sektor. Es werden vor allem überdurchschnittlich viele Krankenhausbetten vorgehalten und stark überdurchschnittlich viele Leistungen wie etwa Arzt-Patienten-Kontakte und stationäre Behandlungen erbracht. Dieses sehr hohe Angebot führt zu einer hohen Inanspruchnahme mit der Tendenz zu einer Ausweitung von Indikationen und Übertherapien ohne erkennbaren langfristigen Nutzen.

Trotz – ggf. sogar wegen – des insgesamt intensiven Ressourceneinsatzes fällt Deutschland in den Ergebnissen, etwa gemessen an durch Behandlung vermeidbaren Todesfällen oder auch der Lebenserwartung

und Lebensqualität, im Vergleich zu europäischen Nachbarländern zunehmend zurück. Betrachtet man die über die letzten zehn Jahre erreichte Verbesserung der gesundheitsbezogenen Ergebnisse im Verhältnis zu den zusätzlich getätigten Ausgaben, also die inkrementelle Kosten-Effektivität, dann liegt Deutschland im Vergleich zu seinen Nachbarländern hinten (hinter Dänemark, Belgien, Niederlande, Schweden, der Schweiz, Österreich und Frankreich). Kurz gesagt: Es ist vergleichsweise sehr viel Geld im Gesundheitsversorgungssystem, ohne dass die Gesundheit der Menschen entsprechend besser wird.

Neben steigender Krankheitslast nehmen auch gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung zu. Im jetzigen System des Nebeneinanders von Überversorgung und Unter-versorgung und einem zunehmenden relativen Fachkräftemangel mit immer stärkerer Arbeitsverdichtung leiden die Versorgung der Patientinnen und Patienten ebenso wie die Gesundheit und berufliche Zufriedenheit der in Gesundheitsberufen Tätigen. Das Gesundheitspersonal altert im Gleichklang mit der Gesellschaft und viele Menschen der nachrückenden Generationen erwarten eine bessere Work-Life-Balance. Das System ist durch die skizzierten Dysbalancen in einem grenzwertig kompensierten Zustand, der Herausforderungen auch mit Blick auf ethische Prinzipien der Solidarität, Verteilungsgerechtigkeit, Fürsorge und Schadensvermeidung mit sich bringt. Insgesamt entsteht eine problematische Situation, die eine Neubewertung von Innovation erforderlich macht. Eine Veränderung des insgesamt ineffizienten, qualitativ mäßigen Systems

scheint unabdingbar.

Mangelnde Resilienz

Der beschriebene Zustand des Gesundheitssystems bietet keine suffiziente Basis für eine Vorbereitung auf krisenhafte Situationen, Störungen und Schocks. Das bedeutet, dass unser Gesundheitssystem nicht ausreichend resilient ist. Resilienz ist die Fähigkeit des Gesundheitssystems, seine Funktionsweise vor, während und nach Belastungssituationen und Ereignissen so anzupassen, dass es die erforderliche, möglichst optimale Leistung sowohl unter erwarteten als auch unter unerwarteten Bedingungen aufrechterhalten kann, sowie aus den Erfahrungen früherer Ereignisse für die Zukunft zu lernen.

Der aktuelle Zustand des deutschen Gesundheitssystems wirft neben bereits jetzt bestehenden Herausforderungen für die Regelversorgung insbesondere Fragen auf, wie kommende – oft teure – Innovationen finanziert und so zur Verfügung gestellt werden können, dass alle Bevölkerungsgruppen bedarfsgerecht daran teilhaben können. Beispiele sind Gentherapien, neue spezifische onkologische Therapien oder auch Wirkpotenziale, die durch Medikamente wie die sogenannte Abnehmspritze entstehen. Laut Berechnungen des AOK-Bundesverbandes würde die Erstattung solcher Abnehmspritzen die gesetzlichen Krankenkassen bis zu 45,8 Milliarden Euro pro Jahr kosten. Auf Basis der gegenwärtigen Preisgestaltung würde das die Arzneimittelausgaben der GKV praktisch verdoppeln.

Die beschriebene demografische Entwicklung und eine insgesamt relativ hohe Krankheitslast in der Bevölkerung, die u. a. durch eine primär auf Krankheit und weniger auf Gesundheits-erhaltung und Prävention ausgerichtete Versorgung begünstigt wird, werden die Verteilungsgerechtigkeit innerhalb einer solidarischen Versorgung zunehmend erschweren. Die Gefahr, dass immer weniger Menschen in angemessener Weise am medizinischen Fortschritt teilhaben können, würde sich im Zuge häufig auftretender globaler Polykrisen noch verschärfen. Ein Blick in die USA, wo sogenannte medizinische Verschuldung inzwischen individuelle Existenzen in nennenswertem Umfang vernichtet, verdeutlicht das ungünstige Szenario dieser Entwicklungen in einem nicht solidarisch finanzierten System. Solidarisch strukturierte Systeme wie das deutsche stehen jedoch vor der Herausforderung, die breite Teilhabe an Innovationen im Rahmen einer gerechten und dauerhaft finanzierbaren Versorgung zu gewährleisten. Neben einer faireren Preisgestaltung von medizinischen Innovationen sollten Innovationsbedarfe und -potenziale erkannt und genutzt werden, um zur Verbesserung von Prävention und Gesundheitsversorgung und damit der Lebensqualität beizutragen, ohne dass bestimmte Gesundheitsleistungen nur finanziell besser gestellten Bürgerinnen und Bürgern vorbehalten sind, oder die Sozialbeiträge weiter steigen. Es geht also auch um die Verteilungslogik limitierter Ressourcen.

Wenn Deutschland die Resilienz des Gesundheitssystems steigern und den innovativen medizinischen Fortschritt weiter zur

Verfügung stellen will, müssen Optimierungen, Anpassungen sowie teils durchgreifende Veränderungen vorgenommen werden. Dies ist möglich, wenn die vorhandenen – im internationalen Vergleich hohen – Ressourcen sinnvoller und effizienter eingesetzt und zudem Innovationen gezielt zur Steigerung der Resilienz (weiter-)entwickelt und implementiert werden. Dazu sollte einerseits der Blickwinkel auf Innovationen vergrößert werden, und es sollten andererseits die etablierten, überwiegend individual-orientierten Kriterien für die Bewertung von Innovationen um einen kollektiven und systemorientierten Bezug erweitert werden.

Empfehlung 1: Blickwinkel auf Innovationen erweitern

Bisher werden, insbesondere in öffentlichen und politischen Debatten, unter Innovationen ‚Neuheiten‘ im Sinne neu hinzukommender Leistungen oder Produkte verstanden, die gesundheitsbezogene Ergebnisse bei mehr oder weniger angemessenen Kosten verbessern. Dieser Innovationsbegriff sollte einer Differenzierung unterzogen werden.

Innovationen im Gesundheitswesen können unterschiedlichste Formen annehmen. Mit Blick auf Resilienz können im Wesentlichen drei Typen unterschieden werden:

1. Neuheiten, die *additiv hinzukommen*. Diese können Innovationen darstellen, sofern sie gegenüber bisherigen

- Behandlungsmöglichkeiten eine deutliche Verbesserung darstellen. Dazu gehören etwa neue Medikamente mit Zusatznutzen oder präzisere diagnostische Verfahren, welche die individuelle und ggf. auch kollektive Krankheitslast verringern bzw. Gesundheit und Lebensqualität erhalten/erhöhen. Aktuell intensiv diskutierte Beispiele sind hier neue gentherapeutische Verfahren etwa zur Behandlung der Sichelzellanämie oder, falls sich im breiten und dauerhaften Einsatz ein positiver Nutzen zeigen lässt, die erwähnte Abnehmspritze (Ozempic®, Wegovy®).
2. Neuheiten, die das System *subtraktiv verschlanken*: Auch das bewusste Reduzieren oder Weglassen von Leistungen und Maßnahmen kann einer Innovation entsprechen, etwa wenn dadurch unnötige oder gar schädliche Überversorgung abgebaut oder auf individuell unangemessene, belastende und/oder kostenineffektive Maßnahmen verzichtet wird. Beispiele sind etwa die vorausschauende Versorgungsplanung; das sogenannte „Deprescribing“ insbesondere bei älteren Personen mit Polymedikation; die Umstellung des gegenwärtig pauschal für alle Frauen in einem bestimmten Altersbereich angebotenen Mammografie-Screenings auf ein risikoadaptiertes Screening auf Basis einer Nutzen-Risiko-Abwägung; oder die ambulante parenterale Antibiotikatherapie, deren Machbarkeit und Effektivität belegt ist, für die aber geeignete Finanzierungsmodelle fehlen.
 3. Neuheiten, die *höhere Flexibilität* für

oder in das System bringen: Auch bei strukturellen Neuerungen oder Veränderungen, bei denen der Ressourcenverbrauch verändert, verschoben und verbessert werden soll, kann es sich um Innovationen handeln. Das gilt etwa im Bereich einer neuartigen Personalsteuerung oder veränderter Aufgabenverteilung, bei der Digitalisierung in medizinischen Arbeitsbereichen und der sektorübergreifenden Versorgung, bei der Vereinheitlichung von Abläufen, Informationsflüssen und Schnittstellen innerhalb und zwischen verschiedenen Akteursgruppen des Gesundheitssystems sowie beim Einsatz von mHealth-Technologien, die das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten verbessern können. Auch wird z. B bereits seit längerer Zeit diskutiert, ob und welche nicht-ärztlichen Berufsgruppen einzelne, bisher ärztliche Tätigkeiten übernehmen können sollen. Zudem wird untersucht, wie algorithmisch betriebene Systeme der Dokumentation zeitliche Potenziale in der Pflege freisetzen könnten. Aber auch eine Umgestaltung der Krankenhausversorgung kann als Innovation in diesem Sinne betrachtet werden.

Die Einführung und Bewertung von Innovationen konzentriert sich in Deutschland zumeist auf Typ 1, insbesondere auf die Einführung von neuen Medikamenten, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf ihren „Zusatznutzen“ im Vergleich zu bestehenden Alternativen bewertet werden. Auch der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss fördert nur die Untersuchung von

gegenüber der Regelversorgung zusätzlichen Leistungen.

Innovationen der Typen 2 und 3 werden zu oft nicht explizit als Innovationen begriffen und in diesem Sinne im Hinblick auf die Effizienzsteigerung und Resilienzförderung des Gesundheitssystems nicht mit ausreichend Nachdruck weiterverfolgt. Dies insbesondere auch, weil sie die vorherrschenden gesellschaftlichen und politischen Normen und Wertungen infrage stellen können, eine Veränderungsbereitschaft erfordern, oder den vom Status Quo Profitierenden auch ökonomisch unattraktiv oder gar bedrohlich erscheinen mögen. So wird das „Wegnehmen“ von Leistungen eher negativ als Verzicht verstanden, obwohl für manche Leistungen in unserem Gesundheitssystem nie ein Nutzen belegt wurde („low value care“) bzw. Leistungen zu oft erbracht werden. Dadurch kann sogar ein Schaden entstehen, beispielsweise durch nicht erforderliche Eingriffe oder Verordnung von Arzneimitteln, die im Einzelfall nicht benötigt werden und ggf. schädliche Nebenwirkungen oder, wie etwa bei Antibiotika, Resistenzen hervorrufen können. Das Weglassen solcher Leistungen zieht Einnahmeverluste bei den Anbietern dieser Leistungen nach sich (Industrie, Ärzteschaft, Krankenhäuser, andere Versorger). Patientinnen und Patienten wiederum gewinnen ggf. den Eindruck, dass ihnen eine gewohnte Leistung vorenthalten wird.

Die Arbeitsteilung im deutschen Gesundheitswesen ist von den aktuellen bzw. historisch gewachsenen berufsständischen Vorstellungen und Interessen und damit

verbundenen finanziellen Rahmenbedingungen gekennzeichnet. Eine Umverteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten der Gesundheitsakteure, beispielsweise die Möglichkeit des Verordnens bestimmter Medikamente durch Apothekerinnen und Apotheker, der Einsatz von Pflegekräften mit erweiterten Kompetenzen u. ä. verlangt nicht in jedem Fall eine erweiterte Ausbildung der verschiedenen Gesundheitsprofessionen. Sie verlangt allerdings gute Evidenz hinsichtlich Patientensicherheit und Effektivität sowie eine Offenheit für andere Aufgaben- und Rollenverteilungen im Gesundheitswesen. Verständlicherweise rüttelt dies auch am Verständnis, das Bürgerinnen und Bürger von den Professionen im Gesundheitssystem haben, denen es kommunikativ zu begegnen gilt. International gibt es jedoch zahlreiche positive Beispiele für die Praktikabilität solcher Ansätze, die auch aufgrund des Fachkräftemangels in Erwägung gezogen werden müssen.

Wenn den skizzierten Herausforderungen für die langfristige Resilienz des deutschen Gesundheitswesens nachhaltig, aber auch gerechter im Rahmen der solidarischen Finanzierung begegnet werden soll, dann reicht eine Konzentration auf die Bewertung von Innovationen des Typ 1- der Neuheiten – nicht aus. Vielmehr müssen zukünftig – unter wissenschaftlicher Begleitung – deutlich stärker und vermehrt die Innovationen vom Typ 2 und 3 gefördert, (weiter-)entwickelt, pilotiert, evaluiert und eingeführt werden.

Empfehlung 2: Innovationen multikriterial bewerten

Bisher werden Innovationen – wie erwähnt, vornehmlich vom Typ 1 – ganz überwiegend nach ihrem individuellen (Zusatz-)Nutzen, etwa der gesundheitsbezogenen Verbesserung betrachtet. Die jeweils pro Kopf einzusetzenden Kosten werden hingegen erst nachrangig und auch nicht systematisch (im Sinne von akzeptablen Kosten pro Zusatznutzen-Einheit) betrachtet. Aktuell ist es rechtlich vorgegeben sowie gesellschaftlich akzeptiert und politischer Wille, dass Kosten-Nutzen-Analysen nicht für die Bewertung von Innovationen im Gesundheitssystem herangezogen werden. Darüber hinaus wird die kollektive Ebene, die auch Fragen der Verteilung – also Verteilungsprinzipien und -gerechtigkeit – einbezieht, bislang nicht hinreichend berücksichtigt, wodurch der Fokus auf das Individuum beschränkt ist.

Um besser erfassen zu können, inwieweit verschiedene Innovationen auf das Ziel der gesteigerten Resilienz im Gesundheitswesen einzahlen, scheint es dringend notwendig, (1) das Spektrum der bewerteten Maßnahmen – wie in Abbildung 1 dargestellt – zu erweitern und ebenso (2) das Spektrum der Kriterien, anhand derer diese bewertet werden.

So sollte im Rahmen einer multikriterialen Bewertung neben etablierten Analysen auch erfasst werden, welche bevölkerungs-, umwelt- und verteilungsbezogenen sowie ethischen Implikationen eine Innovation haben kann.

Dabei sollte die bisherige Bewertung des Zusatznutzens beim einzelnen betroffenen Individuum (Kriterium 1) systematisch um die Betrachtung der gegenüber der bisherigen Regelversorgung veränderten Kosten (Kriterium 2) ergänzt werden. Des Weiteren sollten die Auswirkungen der durch die Innovation möglichen oder ausgelösten Veränderungen auf die Krankheitslast der Bevölkerung und die systemweiten Gesamtausgaben (Kriterium 3) betrachtet werden, ebenso wie Fragen des Zugangs und der Verteilungsgerechtigkeit relevanter und insbesondere vulnerabler Bevölkerungsgruppen (Kriterium 4). Auch könnten der Beitrag zur Entfaltung des Innovationspotenzials durch individuelle Verantwortungsübernahme, etwa durch Verhaltensänderung (Kriterium 5) ebenso wie durch kollektive Verantwortungsübernahme, etwa durch sozialstrukturelle Veränderungen oder Verhältnisprävention (Kriterium 6) einbezogen werden. Überdies sollte eine umfassende vergleichende Einschätzung zu Diskussionen über internationale Standards und Erfahrungen mit vergleichbaren Innovationen in anderen Gesundheitssystemen Teil einer Innovationsentscheidung vorausgehen (Kriterium 7).

Dabei zeigt sich, dass insbesondere hinsichtlich struktureller/flexibilisierender (Typ 3) und subtraktiver (Typ 2) Innovationen die etablierten Bewertungskriterien und -verfahren nicht oder nur teilweise vorliegen und ergänzt werden sollten. Hier besteht Forschungs- und Entwicklungsbedarf.

Verschiedene Gesundheitssysteme, auch in Europa, haben in den letzten Jahrzehnten

ähnliche multikriteriale Bewertungsverfahren in ihren Gesundheitssystemen eingeführt (etwa Schweden oder die Niederlande). In Deutschland würde ein solches Verfahren neben verbesserter Transparenz und einem umfassenderen Verständnis der Resilienzstärkenden Potenziale von Innovationen auch eine systematische Steuerung bei der Einführung künftiger Innovationen ermöglichen.

Empfehlung 3: Akzeptanz und Partizipation bei Innovationsentscheidungen fordern und fördern

Innovationsentscheidungen sind sinnvoll und notwendig, wenn trotz der sich weiter verschärfenden wirtschaftlichen, sozialen und versorgungsstrukturellen Dynamik die Resilienz des Gesundheitssystems gestärkt werden soll. Die Entwicklung und Umsetzung von Innovationen ist jedoch stets ein Prozess, für den entsprechende Rahmenbedingungen gegeben oder geschaffen werden müssen und der eine Akzeptanz der Beteiligten voraussetzt. Die dritte Empfehlung zielt daher darauf, Innovationen auch prozessual zu denken und dabei insbesondere den politischen Rahmen in den Blick zu nehmen, Akzeptanzbarrieren bestimmter Akteursgruppen zu identifizieren, kommunikativ zu adressieren und durch partizipative Formate zu überwinden.

Ohne politische Vorgaben bzw. entsprechende regulierende Rahmenseetzungen, die nationale wie föderale Besonderheiten des deutschen Systems berücksichtigen, wird dies kaum möglich sein. Insbesondere sind die rechtlichen Voraussetzungen zu prüfen und ggf. anzupassen, die in Deutschland bisher Vorhaben wie Kosteneffektivitätsanalysen u. ä. entgegenstehen. Das System verfügt über relativ neue Instrumente zur Förderung der wissenschaftlichen Entwicklung und Bewertung von Innovationen, etwa über den Innovationsfonds. Die skizzierten unterschiedlichen Innovationstypen werden in diesen Strukturen aber nicht systematisch berücksichtigt. Es ist notwendig, neben der individuellen Wirkung von Innovationen („Zusatznutzen“) auch die kollektive Wirkung von Innovationen systematisch zu adressieren. Dies ist nicht nur eine wissenschaftliche Frage und diese Entscheidung sollte nicht allein von den etablierten Interessengruppen des Systems getroffen werden. Vielmehr handelt es sich um politische Entscheidungen, die vor dem Hintergrund konkurrierender Werte und Bewertungen in der Gesamtbevölkerung diskutiert werden müssen. Unabhängig von dem für solche Entscheidungen geltenden formalen Verfahren, braucht es zusätzlich, neben einer wissenschaftlichen Expertise, auch den Input repräsentativer Vertretungen der Gesamtbevölkerung. Es gibt in skandinavischen Ländern, insbesondere in Schweden, Erfahrungen mit einer Erweiterung öffentlicher Beteiligung durch eine systematische Einbindung der Bevölkerung. Wir fordern dazu auf, diese Erfahrungen systematisch im Hinblick auf deren Potential für Deutschland zu untersuchen und

entsprechend geeignete Formen der Teilhabe repräsentativer Vertretungen der Bevölkerung bei der Formulierung von Entscheidungen über die Entwicklung und Einführung von Innovationen (insbesondere der Typen 2 und 3) zu etablieren.

Darüber hinaus hängt der Innovationserfolg maßgeblich von der Bereitschaft und Fähigkeit aller Beteiligten oder Betroffenen zu einem flexibleren Denken und Handeln ab, beispielsweise wenn Zuständigkeiten oder Abläufe anders geregelt, verinnerlichte Vorstellungen hinterfragt oder Routinen und Rollenverständnisse aufgebrochen werden müssen. Neues und Ungewohntes kann verunsichern oder Reaktanz, also innere Widerstände, hervorrufen, muss offen und flexibel eingeübt und ggf. nachjustiert werden. Gleichzeitig muss das Vertrauen dafür erst aufgebaut werden. In den Prozess der Innovationsentwicklung und -entscheidung sollten daher möglichst unterschiedliche Akteure sehr früh eingebunden werden. So können etwaige Akzeptanzbarrieren frühzeitig erkannt werden. Außerdem hat ein partizipativer Ansatz das Potenzial, dass die Innovation passgenauer auf die Alltagsrealitäten und die Versorgungspraxis zugeschnitten ist. Dies sollte zugleich die

Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Innovation auch im Krisenfall ihr Potenzial entfalten kann.

Schließlich muss die Innovationsentscheidung bzw. müssen die Implikationen dieser Entscheidung ziel- und zielgruppengerecht vermittelt werden, um auch über die am Entwicklungsprozess Beteiligten hinaus verstanden, akzeptiert, unterstützt bzw. genutzt zu werden. Im Vordergrund kann gerade bei Innovationen des Typs 2 und 3 das Identifizieren und Überwinden von Akzeptanzbarrieren stehen. Im Idealfall können die Innovationen in einem Dialog- und Vermittlungsprozess hinsichtlich ihrer Kosten-Nutzen-Relation sowie in ihrem dem Schadenspotenzial überlegenen Nutzen verstehbar und erfahrbar oder zumindest anschaulich nachvollziehbar gemacht werden. So kann Vertrauen in die Maßnahme und die handelnden Akteure aufgebaut werden. Eine interaktiv-dialogorientierte Kommunikation, die auch im sozialen Setting verortet ist und an motivationalen sowie emotionalen Barrieren ansetzt, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Botschaften ankommen und das Risiko von Reaktanz reduziert wird.

Abbildung 1: Matrix Innovationstyp/Bewertungskriterien

Bewertungskriterien							
Innovationstyp	Kriterium 1: individueller Zusatznutzen	Kriterium 2: Kostenveränderung pro betroffener Person	Kriterium 3: Veränderung von Krankheitslast der Bevölkerung und Gesamtausgaben	Kriterium 4: Verteilungs- prinzipien und - gerechtigkeit	Kriterium 5: individuelle Verantwortung	Kriterium 6: kollektive Verantwortung	Kriterium 7: Vergleichende Analyse
Typ 1: additiv							
Typ 2: subtraktiv							
Typ 3: flexibilisierend							

Zustimmung im ExpertInnenrat: 19/19