

**HANNES ANDROSCH**

**MEDIZIN OHNE ÖKONOMIE?**

**Verband ärztlicher Direktoren und Primärärzte Österreichs**

**Jahrestagung**

**Samstag, 19. November 2005**

**Gesellschaft der Ärzte**

**1096 Wien, Frankgasse 8**

Zunächst einmal möchte ich mich für die ehrenvolle Einladung bedanken, mit einigen Anmerkungen zu dem komplexen Spannungsverhältnis zwischen Medizin und Ökonomie zu Ihrer wichtigen und hochrangigen Tagung beizutragen.

Bei seinem letzten noch nicht allzu lange zurückliegenden Besuch in Wien hat der deutsche Altkanzler Helmut Schmidt im Freundeskreis folgende Begebenheit erzählt: Als er einmal von der Schweiz Richtung Österreich unterwegs war, erlitt er einen körperlichen Zusammenbruch. Er wurde in das nächst gelegene Krankenhaus nach Landeck gebracht, das er in Anlehnung an seine Heimat „Kreiskrankenhaus“ nannte, und dort erfolgreich behandelt. Mit einem Arztbrief versehen hat er nach seiner Rückkehr nach Hause seine behandelnden Klinikärzte in Hamburg aufgesucht, die sich sehr anerkennend über seine vorzügliche medizinische Behandlung in Österreich geäußert haben.

Ein Kompliment im Einzelfall, zugleich aber stellvertretend auch Anerkennung für das gesamte Gesundheits- und Spitalwesen in Österreich sowie der dafür erforderlichen engagierten Leistungen von Ihnen und Ihrer gesamten Kollegenschaft.

#### *Wohlfahrtsstaat*

In Österreich werden rund 11 Prozent von der jährlichen Wirtschaftsleistung und ohne Einrechnung der private Krankenversicherung etwa 9 Prozent für das Gesundheitswesen ausgegeben. Damit hält unser Land einem internationalen Vergleich gut stand.

Insgesamt belaufen sich die Sozialausgaben Österreichs auf über 30 Prozent des Bruttoinlandsproduktes, also der gesamtwirtschaftlichen Leistung unseres Staates. Im europäischen Vergleich erreichen nur Schweden, Frankreich, Deutschland und Dänemark etwas höhere Vergleichswerte.

Die Sozialquote hat sich seit der Verabschiedung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ASVG vor 50 Jahren inzwischen verdoppelt. Diese Feststellung trifft analog auch auf den darin enthaltenen Anteil des Gesundheitswesens zu. Geht man vom Beginn des vorigen Jahrhundert aus, dann liegt gut eine Verzehnfachung vor.

Unsere Sozialquote ist der ökonomische Ausdruck für unsere Wohlfahrt und unseren Wohlfahrtsstaat, von dem der bekannte Liberale Soziologe Rolf Dahrendorf meint, dass er zu den großen Errungenschaften des 20. Jahrhunderts vorigen Jahrhunderts zählt. Durch ihn konnten die von Sir William Henry Beveridge, dem Begründer des Sozialstaates in England, so bezeichneten „fünf bösen Riesen“, nämlich Arbeitslosigkeit, Unwissenheit, Elend, Not und Krankheit.

Zu Beginn des vorigen Jahrhunderts waren sieben Prozent der Bevölkerung unseres Landes krankenversichert, heute sind es 97 Prozent.

Das Gesundheitswesen stellt ein entscheidendes Kernelement des oft berühmten europäischen Sozialmodells dar. Dieses weist allerdings sehr unterschiedliche Ausprägungen auf und seine Einschätzung als Vorbild für die Globalisierung verliert angesichts der wirtschaftlichen Stagnation, der hohen und weiter steigenden Arbeitslosigkeit von mittlerweile 20 Millionen Menschen, des drohenden Bevölkerungsrückganges sowie der Tendenz zu Xenophobie und Protektionismus an Glanz und Bedeutung. Europa wird sich anstrengen müssen, wenn die sozialen Ansprüche in der Welt von morgen gehalten und gleichzeitig den neuen Herausforderungen Rechnung getragen werden sollen, wie etwa der demographischen Entwicklung, die für das bestehende soziale System eine vielfach noch unterschätzte Zeitbombe darstellt.

Die bestehende hohe Sozialquote in Österreich ist Ausdruck der Verwirklichung von „equality of opportunity“ und das ihr zu Grunde gelegte Finanzierungsmodell ist Ausdruck des „principle of solidarity“, also Ausdruck gelebter humanistischer Werte.

In der Tat hat das Gesundheitswesen und der Fortschritt der Medizin ganz wesentlich dazu beigetragen, dass sich die Lebensverhältnisse in unseren Breiten dramatisch verbessert haben. Der aus Wien stammende bedeutende Historiker Eric Hobsbawm hat daher nicht von ungefähr einmal angemerkt, dass ein Durchschnittsbürger bei uns heute besser lebt als vor zweihundert Jahren ein Monarch.

Der medizinische Fortschritt und ein immer größeres ärztliches Leistungsangebot ermöglichen die Heilung vieler Krankheiten die früher unweigerlich zum Tod geführt haben. Allerdings sind durch Motorisierung, Sport, opulente Lebensführung, aber auch Alkohol, Nikotin und Drogen neue kostenaufwändige Risikobereiche entstanden.

Es überrascht nicht, dass das Gesundheitswesen bei den Menschen einen besonders hohen Stellenwert einnimmt. Im akuten Einzelfall erlangt es höchste Prioritätsstufe, für die der bekannte Aphorismus von Arthur Schopenhauer steht „Ohne Gesundheit ist alles nichts“. Die WHO verbindet ihre Zielvorstellungen mit dem Slogan „health for all“. In ethischer Hinsicht bedeutet dies, dass der Arzt im Einzelfall bemüht sein muss, für den Patienten alles zu tun, was möglich ist.

Der vor wenigen Tagen im Alter von 95 Jahren in Kalifornien verstorbene Vater der Managementlehre Peter F. Drucker, der ebenfalls aus Wien stammte, hob immer wieder hervor, dass der Mensch in erster Linie nicht als Kostenfaktor gesehen werden darf, sondern eine wertvolle Ressource ist, dessen Rechte und Würde besonders zu achten sind. Übertragen auf die Medizin bedeutet dies, dass der Patient nicht nur als Ausgabengröße betrachtet werden darf.

Zu Drucker möchte ich noch anekdotenhaft anmerken, dass er als Kind auf dem Schoß von Joseph Alois Schumpeter zu sitzen pflegte, wenn er mit seinen Eltern die Familie Drucker besuchte. Schumpeter, einer der bedeutendsten Ökonomen des vorigen Jahrhunderts, der auf Vorschlag des damaligen Außenministers Otto Bauer von März bis Oktober 1919 kurzfristig sogar österreichischer Finanzminister war, hatte

Lehrstühle in Czernowitz, Graz, Bonn und schließlich in Harvard inne. Ein Ruf der Universität Wien hat ihn, so wie viele international renommierte österreichische Wissenschaftler, allerdings nie erreicht.

Mit Hinweis auf diesen berühmten Ökonomen möchte ich zu der Tatsache überleiten, dass wir grundsätzlich in einer Welt der Knappheit und nicht in einem Schlaraffenland leben, weil die Mittel begrenzt sind. Daraus ergibt sich in Konsequenz ein Spannungsverhältnis zwischen den Bedürfnissen einerseits und der Ermöglichung ihrer Erfüllung andererseits. Dies schließt auch die Fragestellung der Beschaffung bzw. Bereitstellung von Mittel ein, sind doch neben Gesundheit auch andere Bereiche wie Bildung oder Sicherheit unverzichtbare gesellschaftliche Anliegen.

Wer hingegen den Anspruch erhebt, die Gesundheitsausgaben auf bis zu 25% des Bruttoinlandsproduktes anzuheben, verkennt die gesellschaftliche Sprengkraft dieser Forderung, die letztlich zum Nachteil unseres Landes wäre.

### *Reformbedarf*

Ungeachtete der Zuerkennung hoher bzw. höchster Priorität ist auch der Gesundheitssektor mit der Problematik der Begrenzung von Kosten konfrontiert, wodurch sich die Notwendigkeit der Optimierung, der Organisationseffizienz, der Kostenschlankheit und der Abwägung von Leistungen ergibt.

Die österreichische Bevölkerung weiß sich medizinisch gut versorgt. Unser Land gehört weltweit zu den Staaten mit den geringsten Kindersterblichkeitsraten und der längsten Lebenserwartung. Bei der Befragung der Bevölkerung nach der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen erreicht Österreich einen Spitzenplatz.

Dennoch ist die Zukunft unseres Gesundheitswesens ein äußerst sensibles und stark emotional besetztes Thema.

Die Notwendigkeit von Einsparungen ist bekannt, bei konkreten Vorschlägen wird in der Öffentlichkeit in populistischer Manier von einzelnen Interessensgruppen die Angst vor einer Zwei-Klassen-Gesellschaft und die Gefahr von einer ungenügenden medizinischen Betreuung geschürt, wodurch notwendige Reformen oftmals unterbleiben oder nur bruchstückhaft umgesetzt werden.

Wir werden trotzdem Wege finden müssen, um unser im Ansatz sehr gutes Gesundheitssystem durch grundlegende Reformen zukunftstauglich zu machen.

Diese Notwendigkeit stellt sich vor allem auch aus der sich immer deutlicher abzeichnenden Veränderung der Altersstrukturen in unserer Gesellschaft. Die Alterspyramide formt sich zur Altersbirne.

### *Überalterung*

In den nächsten 45 Jahren wird sich die Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung dramatisch ändern: Derzeit ist in Österreich jeder fünfte über 60 Jahre alt, 2030 wird jeder dritte Bewohner unseres Landes über 60 Jahre zählen, das entspricht gegenüber heute einer Zunahme von 50 Prozent. Einen enormen Anstieg wird bei der Anzahl der über 75-Jährigen prognostiziert. Diese Bevölkerungsgruppe umfasst derzeit 621.000 Personen, bis 2030 wird diese Zahl um mehr als die Hälfte auf fast eine Million Menschen angestiegen sein. Bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts werden in unserem Land 1,44 Millionen betagte Menschen erwartet, was einem Plus von 132 Prozent entspricht.

Bis 2050 steigt die Lebenserwartung bei Frauen von derzeit 82 Jahren auf 89 Jahre und bei Männern von derzeit 76 Jahre auf 84 Jahre.

Gleichzeitig wird die Zahl der Erwerbstätigen dramatisch schrumpfen. Ab 2020 werden deutlich mehr Personen ins Pensionsalter übertreten als Jugendliche und Zuwanderer hinzukommen. Der Anteil der Erwerbsfähigen an der Gesamtbevölkerung wird bis dahin von derzeit 62 Prozent auf 53 Prozent sinken. Im Klartext: Nur noch jeder Zweite ist dann im erwerbsfähigen Alter.

Der Generationen-Konflikt über die Krankenkassenprämien ist damit vorprogrammiert. Größere Adjustierungen in unserem Sozialsystem sind damit unumgänglich, werden aber umso schwieriger, je länger sie hinausgezögert werden.

Ich halte nichts von Schreckensszenarien zur Überalterung. Bei der heutigen Wahrnehmung des Alters geht man immer noch von veralterten Bildern aus: Alte Menschen gelten als unkreativ, reaktionär und stur. Diese Bilder stammen aus einer Zeit, als Alter selten war, teuer und elend. Diese archaischen Bilder tragen wir als kulturelles Erbe mit uns mit und bauen sie zu wahren Schreckgespenstern auf: Rentenkatastrophe, Krieg der Generationen, Methusalem-Komplott. Wenn ich in mein Umfeld schaue, mich in nicht ganz uneitler Selbstbetrachtung nicht ausgenommen, stellt sich die Realität anders dar.

Wir wollen ja nicht älter werden, um dann unweigerlich krank zu sein, sondern entwickeln durch die Aussicht auf ein hohes Alter auch ganz andere Lebensperspektiven. Also active aging without endlife crisis.

Im historischen Rückblick war das Leben der Menschen von Kürze geprägt – mit 21 wurde geheiratet, mit 45 war man alt. Das Leben war, wie der Philosoph Thomas Hobbes formuliert hat, „nasty, brutish and short“ und ließ den Menschen keine Zeit, sich zu entfalten.

Die heutige Aussicht, alt zu werden, entwirft einen ganz anderen und viel größeren biographischen Bogen. Die bisher dreiteilige Biographie mit Jugend, Familie und Erwerbsleben sowie Ruhezeit wird sich um neue Phasen erweitern: Vor allem um eine Phase auch der beruflichen Neuorientierung um die 50 und eine längere Phase der Erwerbstätigkeit.

Man kann heute davon ausgehen, dass 80 Prozent der Menschen erfolgreich altern werden. Allerdings: Eine Gesellschaft, die nicht zu einer vergreisten Pflegegesellschaft werden soll, muss vor allem ihr körperliches Gesundheitsverhalten ändern. Alterung fängt bekanntlich sehr früh an, und gesundheitsschädigendes Verhalten wirkt sich oft erst im Alter aus. Es muss den Menschen daher noch viel stärker als bisher vermittelt werden, dass sie für ihren Alterungsprozess eine hohe gesundheitliche Verantwortung tragen. Prävention wird immer wichtiger.

Unbestritten erfordert die Perspektive einer Aging Society jedenfalls auch eine neue Ausrichtung unseres Sozial- und Gesundheitsmodells auch unter Einbeziehung der Tendenz, dass immer weniger Menschen nicht mehr in funktionierende familiäre Strukturen eingebunden sind.

### *Ökonomisierung*

Bei einer Reform unseres Gesundheitswesens, das ich grundsätzlich für ausgezeichnet halte, muss vor allem verstärkt auf Kostenoptimierung, Steigerung der Effizienz und Rationalisierung geachtet werden. Sonst droht der Gesundheitssektor tatsächlich „zum Schwarzen Loch der Volkswirtschaft“ zu werden, wie Milton Friedman in seinem 1992 erschienenen Buch „input of medical care“ prophezeit hat.

Der Rechnungshof hat in seinem jüngsten Bericht das Einsparungspotential im österreichischen Gesundheitswesen mit 2,9 Mrd. Euro beziffert. Das sind 10% der Gesamtaufwendungen für gesundheitliche Leistungen in unserem Land. Dieser Einsparungseffekt ergibt sich nicht aus reduzierten gesundheitlichen Leistungen, sondern daraus, dass Schnittstellen im gesundheitlichen Bereich nicht optimal funktionieren, etwa im organisierten Prozessablauf eines Spitals oder im Zusammenwirken zwischen Spitalern und dem extramuralen Bereich (niedergelassene Ärzte, Ambulatorien).

Dazu kommen Konflikte zwischen den Fachgesellschaften, der Ärztekammer und den Gebietskörperschaften, eine undurchschaubare und immer weiter wuchernde Bürokratie, aber auch kurzsichtige Einsparungsmaßnahmen: Wenn man aus Kostengründen eine Schreibkraft einspart und statt dessen Ärzten die Arztbriefe und sonstige immer mehr werdende bürokratische Erledigungen aufbürdet, so geht dies zu Lasten der medizinischen Arbeitszeit der Ärzte, der Ausbildung des Nachwuchses, vor allem aber der Betreuung der Patienten.

Vorrangig aber mangelt es unserem Gesundheitssystem an der Bündelung der Kompetenzen, der Personal- und Kostenhoheit sowie vermehrter Kostenkonkurrenz.

Faktum jedenfalls ist, dass die bisherigen Reformbemühungen in unserem Gesundheitswesen, deren Vor- und Nachteile Sie besser kennen als ich, bei weitem nicht ausreichend sind. Nicht wenige Regelungen haben sich als kontraproduktiv herausgestellt, wobei ich nur als ein Beispiel unter vielen die Deckelung der Einkommen der Spitalsärzte erwähnen möchte. Oder umgekehrt das Manko, dass innovative Leistungen, etwa die Umsetzung neuer Verfahren, die in weiterer Folge auch eine raschere Heilung und kürzere Krankenstände zur Konsequenz haben, häufig zu wenig gefördert werden.

Auch wenn es das optimale Gesundheitswesen in der Realität niemals geben wird, müssen das Ideal, dass jeder die bestmögliche und zugleich effizienteste medizinische Versorgung unabhängig von seinem sozialen Status und vom Alter erhält, aufrecht bleiben.

Ungeachtet dessen wird sich die Gesellschaft vermehrt dem Problemkreis der ethischen, aber auch ökonomischen Grenzziehungen im Gesundheitswesen stellen müssen. Ich möchte dazu auf die heurige Jahrestagung des Vereines für Socialpolitik in Deutschland verweisen, der die Perspektiven für das Gesundheitswesen zum Thema hatte.

### *Gebündeltes Reformpaket*

In Österreich besteht nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in vielen Bereichen die Notwendigkeit radikaler struktureller und organisatorischer Änderungen im Sinne von Modernisierung und Steigerung der Effizienz. Diese Forderung gilt nicht nur für die staatliche Verwaltung, sondern auch für viele weitere Bereiche der Wirtschaft, wie etwa der Elektrizitätswirtschaft

Ein gravierendes Manko unseres Gesundheitswesens ist dessen Aufsplitterung. Unser kleines Land hat zu viele Versicherungsträger (24), zu viele Krankenkassen (21), zu viele Krankenhausträger (141), zu viele Krankenanstalten (272) sowie zu viele Betten in den Standardkrankenhäusern und zu wenige Betten in den Schwerpunktspitalern bzw. in den Pflegeeinrichtungen.

In den Spitälern selbst sind die Kompetenzen zu sehr aufgespalten, es mangelt an zentraler Personal- und Kostenstellenhoheit sowie an Bettenflexibilität. Eine leistungsanstatt belegsbezogene Abgeltung gibt es allenfalls erst in Ansätzen. Extramural besteht eine Atomisierung seitens der Leistungsträger. Dies wirkt einer Verdichtung durch räumlich sinnvoll zusammen gefasste Arztpraxen entgegen, die ungleich patientengerechter und patientenfreundlicher wären.

Die ärztlichen Einzelleistungen sind in Österreich unterdotiert und werden zudem sehr unterschiedlich honoriert. Damit fehlen aber oftmals die notwendigen Anreize, sodass in der Folge oftmals unnötigerweise kostenaufwändige Leistungserbringungen in die Spitäler verlagert werden.

In den Ambulanzen der Krankenhäuser werden wiederum nur 17 Prozent der anfallenden Kosten versicherungsseitig abgedeckt, von den Spitalskosten insgesamt nur 50 Prozent.

Grundlegendes Manko für durchgängige Reformen ist das Fehlen einer gebündelten und die Aktivitäten straffenden Bundeskompetenz. Überstülpenden Maßnahmen kommt daher immer nur eine unzulängliche Brückenfunktion zu.

Was im Finanzbereich, also der Steuereinhebung, selbstverständlich ist, müsste auch im Gesundheitsbereich, aber auch in anderen Bereichen wie etwa die E-Wirtschaft oder im Verwaltungssektor, insbesondere bei den Ländern, ebenfalls möglich sein.

Alleine durch diese primär organisations- und reformstaatlichen Maßnahmen könnte ein Einsparungspotenzial von mindestens 4-5% des Bruttoinlandproduktes realisiert werden, was, um nur einen Vergleich anzustellen, dem fünf- bis sechsfachen Budget aller österreichischen Universitäten entsprechen würde.

Natürlich bin ich mir bewusst, dass solch radikalen Änderungen die Überwindung des „Terrors des status quo“ und aller möglichen angeblich „wohlerworbenen Recht“ zur Voraussetzung haben. Hier bedarf es des Mutes zur Politik.

#### *Öffentlich/Privat*

Was das Verhältnis von privaten Spitälern oder Gesundheitseinrichtungen zu öffentlichen betrifft, so möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass ich gemeinsam mit weiteren Partnern ein Gesundheitshotel in Maria Wörth in Kärnten betreibe. Wir beabsichtigen zudem, die Halbinsel Maria Wörth am Wörther See zu einem Gesundheitszentrum und einem Ort der Gesundheit, der Ruhe und der Prävention auszubauen.

Das österreichische Gesundheitswesen ist ein gemischtes System von öffentlichen und privat erbrachten Leistungen. Rund eine Million Österreicher verfügen neben der öffentlichen Krankenversicherung auch über eine private Zusatzversicherung. Die Diskussion über die zukünftige Gestaltung des Gesundheitssektors darf aber nicht auf die Entscheidung Privat oder Staat reduziert werden. Politisches Postulat muss bleiben, dass die allgemeine medizinische Versorgung sichergestellt ist und es nicht zu einer einseitigen Risikoverteilung kommen darf, indem die aufwändigen und verlustbringenden medizinischen Behandlungen und Eingriffe im öffentlichen Bereich und die gewinnbringenden im privaten Bereich erfolgen, also die Verluste sozialisiert und Gewinne privatisiert werden oder, volkstümlich ausgedrückt, die guten ins Töpfchen die schlechten ins Kröpfchen kommen.

#### *Finanzierung*

Was die Finanzierung des Gesundheitswesens betrifft, so wird diese in einem Mischsystem durch Beiträge von den Krankenkassen, durch steuerbezogene Teile der

öffentliche Hand, durch Kostenbeiträge und Selbstbehalte sowie Zahlungen aus privaten Zusatzversicherungen finanziert.

Selbst wenn man alle Einsparungsmöglichkeiten ausschöpfen würde, würden die Aufwendungen für den Gesundheitsbereich dennoch steigen und zusätzliche Finanzierungsmittel erforderlich werden. Auf welchem Weg diese zusätzlich erforderlichen Mittel im Rahmen der bestehenden Finanzierungs-Elemente aufgebracht werden, ist letztlich eine politische Entscheidung, wobei die soziale Dimension und die soziale Verantwortung den Schwächeren einer Gesellschaft gegenüber nicht außer Betrachtungen gelassen werden darf.

Unter diesem Aspekt ist sicherlich auch überlegenswert, die Höchstbemessungsgrundlage anzuheben, obwohl dies nicht dem Versicherungsprinzip entspricht. Andererseits dürfen in einer Gesellschaft mit Massenwohlstand auch höhere Kostenbeteiligungen bzw. Selbstbehalte nicht tabu sein.

Zu überlegen ist weiters auch, das Versicherungssystem stärker nach Risikogerechtigkeit auszurichten. Es ist nicht einzusehen, warum Eigenverantwortung und Prävention, etwa mit Blick auf Tabak, Alkohol oder gesunde Ernährung, nicht mit einem Prämiensystem belohnt werden oder umgekehrt etwa bei Risikosportarten höhere Prämien eingefordert werden sollten.

Risikogerechtigkeit ist noch immer ein Reizwort. Die Abkehr von der Einheitsprämie weckt die Furcht vor der Entsolidarisierung. Wenn die Versicherten aber in Risiko-Klassen eingeteilt werden und unterschiedliche Prämien bezahlt werden, kommt dies der Effizienz zugute, auch weil die Versicherten in ihrem eigenen Interesse Prävention betreiben und Bagatellen selbst bezahlen würden. Natürlich müssten unverschuldete höhere Krankheitsrisiken anders eingestuft werden als nachweislich selbst verschuldete Beeinträchtigungen.

Gesundheit darf aber keinesfalls ein Luxusgut werden, sondern muss auf Grundlage des Prinzipes der gemeinschaftlicher Solidarität weiterhin allen Bürgern unseres Landes mit einem bestmöglichen Leistungsspektrum zur Verfügung stehen.

Ich möchte bei der Umsetzung dieser Aufgabenstellung an den von Ambrosio Lorenza im 14. Jahrhundert gemalten Freskenzyklus über die gute und die schlechte Regiment verweisen, der bis heute im Rathaus von Siena zu bewundern ist. Eine schlechte Regierung wird dort in der Folgewirkung von Grausamkeit, Zerstörung und Krieg verdeutlicht. Die gute Regierung hingegen zeigt in der Allegorie einer blühenden Stadt, wo Handel, Bildung und Spiel dominieren, die Unterordnung aller, der Mächtigen wie der Kleinen, unter das öffentliche Wohl.

Gerade dieser Gesichtspunkt einer klugen Austarierung der Ansprüche aller an ein hochleistungsfähiges, aber gleichzeitig möglichst effizienten und kostenbewussten Gesundheitssystems darf bei der anstehenden Debatte über die Reformierung unseres Gesundheitswesens unter den Teppich gekehrt werden.

Und was die dafür erforderlichen Maßnahmen betrifft, so sei an die Worte des legendären Schatzkanzler von Maria Theresia, Fürst Kaunitz, erinnert, der einmal gemeint hat: „Vieles wird nicht gewagt, weil es schwer erscheint. Vieles erscheint nur darum schwer, weil es nicht gewagt wird.“