
Gesundheitspolitische Lösungswege für Österreich

Andrea Kdolsky

Österreich steht mit all den Herausforderungen an ein funktionierendes Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert nicht alleine da. Vor einiger Zeit habe ich die Gesundheitsminister aller österreichischen Nachbarländer in die Festspielstadt Salzburg eingeladen, um gemeinsame politische Lösungswege bei E-Health und Patientenmobilität zu finden, um bereits zwei wesentliche Themen vorweg zu nehmen. Es stellte sich heraus, dass wir europaweit mit denselben Problemen konfrontiert sind wie andere Länder, obwohl sich unsere Gesundheitssysteme zum Teil erheblich voneinander unterscheiden.

Cross border health care ist das Schlüsselwort für Reformen des 21. Jahrhunderts im Gesundheitswesen.

Lassen sie mich zu Beginn einen Überblick über die Organisation und Finanzierung des Österreichischen Gesundheitssystems geben, um ihnen dann einige Reformvorhaben in Österreich zu schildern:

Das Gesundheitswesen ist in Österreich föderalistisch organisiert. Der Bund hat nur die Grundsatzgesetzgebungskompetenz. Die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung ist Sache der neun Bundesländer bzw. einer weitreichenden Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger. Daher ist es notwendig, dass sich der Bund und die Länder im Rahmen von Vereinbarungen wechselseitig zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten verpflichten.

Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen und die Steuerung des Gesundheitswesens werden in Österreich als eine überwiegend öffentliche Aufgabe betrachtet. Die Gesundheitsleistungen selbst werden von staatlichen, privatgemeinnützigen und privaten Organisationen bzw. von Einzelpersonen erbracht.

In Österreich besteht der Grundkonsens der „gemischten Finanzierung“. Etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben wird über die Krankenversicherungsbeiträge finanziert, rund ein Fünftel wird über Steuereinnahmen aufgebracht, rund drei Zehntel finanzieren die privaten Haushalte [inkl. private Kranken(zusatz)versicherung].

Österreich verfügt über ein – an internationalen Kennziffern gemessen – qualitativ und quantitativ gut ausgebautes System der Gesundheitsversorgung. Nahezu jede Österreicherin und jeder Österreicher kann eine Gesundheitsversorgungseinrichtung innerhalb einer Stunde erreichen.

Mittelpunkt dieses Systems stellt die als *Pflichtversicherung* organisierte soziale Krankenversicherung dar – rund 98 % der österreichischen Bevölkerung sind darin umfasst.

Die soziale Krankenversicherung deckt sämtliche Leistungen, die in Zusammenhang mit einer Krankenbehandlung stehen, ab. Die Inanspruchnahme und der Umfang der Leistungen der sozialen Krankenversicherung sind grundsätzlich beitragsunabhängig. Für alle in der sozialen Krankenversicherung erfassten Personen ist prinzipiell der Bezug von Leistungen unbeschränkt und einkommensunabhängig.

Durch die einkommensabhängigen Beiträge und durch die Garantie, bedarfsorientiert Leistungen in Anspruch nehmen zu können, nimmt die soziale Krankenversicherung Umverteilungen vor. Versicherten haben bei Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen Zuzahlungen bzw. Selbstbehalte zu leisten, wobei Ausnahmen aus sozia-

len Gründen – für einkommensschwache Personen bzw. Personen, die infolge von Krankheit überdurchschnittlich hohe Ausgaben nachweisen – vorgesehen sind (soziale Schutzbedürftigkeit).

Aufgrund des hohen Anteils an Sozialversicherten in der österreichischen Bevölkerung besteht das Motiv für die Inanspruchnahme einer zusätzlichen *privaten Krankenversicherung* hauptsächlich darin, die Kosten einer besseren Unterbringung und Verpflegung (Hotelkomponente) und im Bereich der privaten Krankenanstalten eine freie Arzt- bzw. Ärztinnenwahl im Krankenhaus abzusichern. Etwa ein Drittel der Bevölkerung ist privat kranken(zusatz)versichert.

Die private Kranken(zusatz)versicherung finanziert etwa 7 % der Kosten der öffentlichen Krankenanstalten.

Das österreichische Gesundheitswesen zeichnet sich durch einen niederschweligen, grundsätzlich gleichen Zugang zu allen medizinischen und therapeutischen Versorgungsleistungen für alle Personen sowie den Grundsatz, dass keine Rationierungen der Leistungen nach den Kriterien wie Alter, Geschlecht, Einkommen, sozialer Status, Religion, ethnische Minderheiten usw. erfolgen, aus.

Lassen sie mich als ersten und wahrscheinlich wichtigsten Punkt die Finanzierung unseres Gesundheitssystems behandeln:

Im Jahr 1990 betragen die Gesundheitsausgaben rund 11,5 Mrd. Euro. Seit 1990 sind die Gesundheitsausgaben nominell um 14,6 Mrd. Euro gestiegen – das entspricht einer Steigerung von 128 %.

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist zwischen 1990 und 2006 im Vergleich dazu um 89 % gewachsen.

Im Jahr 2006 gaben wir 26,1 Mrd. Euro, das sind 10,1 % des BIP für Gesundheit aus. 75 % davon werden öffentlich finanziert. Von den öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben wurden rund 46,5 % für die stationäre und

24,4 % für die ambulante Gesundheitsversorgung von Bund, Ländern, Gemeinden und der Sozialversicherung aufgewendet. Unter den OECD-Ländern lag Österreich im Jahr 2005 mit 10,3 % des BIP zusammen mit Luxemburg an fünfter Stelle (nach USA, Schweiz, Frankreich und Deutschland).

Für die weitere Entwicklung der Gesundheitsausgaben lässt sich folgende Prognose erstellen:

Basierend auf Annahmen des Ausschusses für Wirtschaftspolitik der EU wurde in verschiedenen Szenarien die Erhöhung der öffentlichen Gesundheitsausgaben – gemessen in Prozent des BIP – beleuchtet. Unter der Annahme, dass der Anteil der Personen in der letzten Lebensphase in jeder Alterskohorte kleiner wird, während sich die durchschnittliche Lebenserwartung weiter erhöht, erhöht sich die Gesundheitsausgabenquote um 1,3 %.

Es ist meiner Meinung nach eine der Hauptaufgaben der Politik, unser hervorragendes Gesundheitssystem ohne weitere finanzielle Belastung der arbeitenden Bevölkerung oder einer Belastung des Faktor Arbeit durch Erhöhung der Lohnnebenkosten zu erhalten. Durch Ausschöpfung vom Optimierungspotentialen und Rationalisierungen, welche nicht zu einem Qualitätsverlust führen müssen, sollte dies auch in Zukunft möglich sein. Nicht primär durch Erhöhen von Beiträgen oder Einführen von neuen Selbsthalten für Patienten soll dies geschehen, sondern durch Effizienzsteigerungen.

Betrachtet man allein die demografischen Effekte, so erhöht sich bis zum Jahr 2050 die Gesundheitsausgabenquote um 1,7 %; bei der Annahme eines sich verbessernden Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung (war in Österreich in der Vergangenheit zu beobachten) erhöht sich die Quote um 1,0 %.

Der österreichische Weg ist „*Rationalisierung statt Rationierung*“.

Zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens sollen daher die vorhandenen Effizienzpotentiale genützt werden und zwar durch:

- Verbesserung der Nahtstellen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich im Sinne einer Optimierung der integrierten Versorgung,
- bessere Integration der Gesundheitsversorgung – Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG),
- Abbau von Akutbetten bzw. Umwandlung in Pflege- und Remobilisationsbetten,
- Entwicklung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen,
- Intensivierung von Prävention bzw. Vorsorgemedizin.

Ineffizienzen gibt es in unserem Gesundheitssystem sicherlich, daher ist die Gesundheitspolitik schon seit Jahren bemüht, mit vielen Projekten und Maßnahmen Effizienzsteigerungen zu erreichen, die auch – jede für sich – jeweils erfolgreich sind.

Wir haben aber allein auf der Seite der Finanziere im Gesundheitswesen rund 100 maßgebende Akteurinnen und Akteure. Die Verrechnung des gesamten Systems baut auf rund 4.000 Zahlungsströmen auf, was natürlich dazu führt, dass in einem solchen System kaum jemand den Gesamtüberblick hat, geschweige denn die Gesamtverantwortung für das trägt, was Leistungskontrolle oder Steuerung der medizinischen Versorgung betrifft. Man bedenke auch die über Jahrzehnte aufgebauten Machtstrukturen im System, die nicht einfach mit einer „Gesundheitsreform“ über Bord geworfen werden können.

Daher verfolge ich das Ziel der „Planung, Steuerung und Finanzierung aus einer Hand“.

Ein solches Ziel ist angesichts der komplexen Gegebenheiten des Finanzierungssystems natürlich nicht sofort umsetzbar, auch nicht innerhalb einer einzigen Legislatur-

oder Finanzausgleichsperiode, dazu sind auch die einzelnen Interessen zu stark.

Ich habe aber zwei prioritäre Projekte vor Augen:

- Erstens müssen wir methodisch saubere Ausgleichs- und Verteilungskriterien entwickeln, um die gesamten Steuer- und Beitragsmittel zu bündeln und neu zu verteilen.
- Zweitens ist in einem ersten Schritt zumindest die Finanzierung des gesamten ambulanten Bereichs aus einer Hand anzudenken.

Ein weiteres Problem ist die Tatsache, dass es in Österreich zu viele Spitalsbehandlungen im ambulanten aber auch im stationären Bereich gibt. Wir sind zweifellos Weltmeister, was etwa die Zahl der Spitalsbetten oder die Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte betrifft. Die österreichischen Krankenhäuser verzeichneten im Jahr 2005 rund 2,6 Millionen stationäre Aufenthalte, davon 96 % in Akutkrankenhäusern. Die Krankenhaushäufigkeit (Aufenthalte je 100 Einwohnerinnen und Einwohner) betrug damit beinahe 32 %.

Aber: Wir treiben unsere Statistiken auch künstlich hinauf, weil wir viele Aufenthalte als stationär dokumentieren, die nicht stationär im klassischen Sinn sind bzw. sein müssten, und dies geschieht ausschließlich aus Finanzierungsgründen. Daher sind unsere Zahlen nicht unmittelbar international vergleichbar, weil in der österreichischen Krankenanstaltenstatistik z. B.

- tagesklinische Aufenthalte (Eintagspflegen) und teilweise auch ambulante Behandlungen (z. B. ambulantes Operieren) aus abrechnungstechnischen Gründen dem stationären Bereich zuzurechnen und entsprechend zu dokumentieren sind;
- Eintagspflegen für stationäre Nach- und Folgebehandlungen (z. B. bei Chemotherapien) jedes Mal aufzuneh-

men und zu entlassen und daher als „neuer“ Fall zu dokumentieren sind, wodurch sich die Anzahl der stationären Aufenthalte statistisch erhöht;

- Sonderregelungen in der LKF-Abrechnung (z.B. im halbstationären Psychatriebereich, im Bereich der medizinischen Geriatrie, bei Wechsel zwischen landesgesundheitsfondsrelevanten und anderen Kostenträgern) mitunter eine getrennte Darstellung einzelner Krankenhausaufenthalte und damit eine (statistische) Vermehrung der stationären Aufenthalte bedingen.

Viele dieser Leistungen können zur Gänze auch im niedergelassenen Bereich erfüllt werden. Dafür brauchen wir aber leistungsstarke Organisationseinheiten. Wir haben sicher nicht zu wenige Fachärzte im niedergelassenen Bereich, aber sie sind sehr oft am falschen Platz und zeitlich nicht dann erreichbar, wenn sie die Patientinnen akut brauchen.

Für viele junge Mediziner ist auch der Weg in die Selbstständigkeit sehr steinig geworden und nicht jeder nimmt mehr die finanziellen Belastungen durch Anschaffung teurer Geräte in Kauf. Daher bin ich überzeugt, dass Einzelordinationen von Fachärzten nicht die Leistungen erbringen können, die ein gemeinsamer Standort von mehreren Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsberufen erbringen könnte.

Wichtig ist sicherlich, dass wir dabei

- eine *Vielzahl an Organisationsformen* zulassen,
- strenge Maßstäbe bei der *Bedarfsprüfung* anlegen, damit keine Verdoppelungen des Leistungsangebots passieren,
- und wir zu *neuen und modernen leistungsorientierten Vertragsformen* kommen.

Der Nutzen einer solchen Maßnahme liegt auf der Hand:

- Das zeitliche und fachliche Leistungsangebot größerer ambulanter Gesundheitszentren im Vergleich zu einer Einzelordination ist ungemein größer.

- Das Leistungsangebot wird durch die Möglichkeit der Kooperation mehrerer Fächer oder anderer Gesundheitsberufe interdisziplinärer und damit ebenfalls für die Patienten breiter.
- Und wenn das ganze in Abstimmung mit einem benachbarten Krankenhaus passiert, haben wir wirklich einen Struktureffekt erreicht und zusätzlich wirtschaftliche Synergien ermöglicht.

Leider bin ich beim ersten Anlauf, solche Gesundheitszentren in Österreich zu etablieren, am Widerstand der Ärztekammer gescheitert. Ich bin aber zuversichtlich, dass die laufenden Gespräche bald diesen wichtigen Reformschritt ermöglichen.

Lassen sie mich noch im niedergelassenen Bereich bleiben:

Die hausärztliche Versorgung weist in Österreich eine bewährte Struktur auf („Landärztinnen und Landärzte“) und müsste nicht neu erfunden und entwickelt werden. Vielmehr können in Zukunft bisher ungenutzte Potentiale ausgeschöpft werden, um die Rolle der Hausärzte zu stärken. Die reale Stellung und Situation der Hausärzte in Österreich entspricht oft nicht der „Soll“-Vorstellung eines Rollenbildes für diese Berufsgruppe, welche in zahlreichen Studien und Berichten von nationalen und internationalen Fachgesellschaften thematisiert wurde.

In Österreich besteht zunehmend noch die Tendenz, die Hausärzte zu umgehen und direkt ein Krankenhaus aufzusuchen. Eine Analyse im Bundesland Burgenland hat gezeigt, dass ca. 30 % der Patientinnen und Patienten inadäquaterweise ohne Überweisung eines Allgemeinmediziners eine Krankenhausambulanz aufsuchen. Für die restlichen Bundesländer können vergleichbare Zahlen nur vermutet werden.

Wie auch in vielen anderen europäischen Ländern ist

deshalb die Diskussion des „Hausarztmodells“ zentrales Thema im gesundheitspolitischen Dialog.

In einer Analyse wurden die Kernkompetenzen eines Hausarztes herausgearbeitet, die Vor- und Nachteile kommentiert und auch auf die Frage eingegangen, welche Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Etablierung eines geänderten Rollenbildes eines Hausarztes in Österreich notwendig wären:

- Hausärzte sind in ihrer Funktion als Lotse bzw. Navigator die ersten Ansprechpartner für Patienten.
- In der Regel besteht zu den Hausärzten ein langjähriges Vertrauensverhältnis. Aus diesem Grund kennen sie die Probleme und Anliegen der Patientinnen und Patienten und können den Bedarf an individuellen Gesundheitsleistungen – wie und wo diese qualitativ am Besten erfüllt werden – abschätzen.
- Hausärzte sorgen für einen unmittelbaren kontinuierlichen Kontakt zu ihren Patientinnen und Patienten und für eine gesicherte Qualität unter ökonomisch vernünftigen Rahmenbedingungen.
- Sie tragen durch vermehrte Beratung zur Selbstvorsorge und präventiven Maßnahmen zur verstärkten Verankerung der Gesundheitsförderung bei.
- Hausärzte sind in der Lage, die Koordination der Behandlungskette zu übernehmen, den weiteren Behandlungsverlauf zu steuern und dafür zu sorgen, dass der Eintritt in das Gesundheitssystem an der adäquaten aber niedrigst möglichen Ebene der Versorgungspyramide erfolgt.
- Hausärzte fungieren zugleich auch als Drehscheibe der Kommunikation zwischen intra- und extramuralem Bereich und wandeln somit Schnittstellen in effiziente Nahtstellen um.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist E-Health. Der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien stellt einen weiteren Schwerpunkt der Arbeiten zur Gesundheitsreform dar. Große Hoffnung wird in den Einsatz neuer Technologien, wie z. B. der „Elektronischen Gesundheitsakte“, gesetzt, an der in meinem Ministerium mit Druck gearbeitet wird. Die E-Card wurde im Jahre 2005 flächendeckend in Österreich eingeführt und soll in den nächsten Jahren neben der Speicherung von Patienten- und Versicherungsdaten neue sinnvolle Tools bekommen. Viele Länder stehen in Fragen von E-Health vor den gleichen Herausforderungen und Problemen: Datenschutz, Vernetzbarkeit und Kompatibilität, Akzeptanz bei den Dienstleistern und Patienten usw.

Wie eingangs schon erwähnt haben die Gespräche mit den Gesundheitsministern der Nachbarländer Österreichs dazu beigetragen, in dieser Thematik an einem Strang zu ziehen. Vielleicht gelingt es uns, im Rahmen der nächsten E-Health-Konferenz, die 2009 in Tschechien stattfindet, eine gemeinsame Lösung zu präsentieren.

Mein Herzstück der laufenden Gesundheitsreform ist die Qualitätssicherung. Wir haben in den letzten Jahren Anstrengungen unternommen, den Bereich der *Qualitätssicherung* verstärkt auszubauen. Auf Bundesebene wurden während der letzten Jahre Verordnungen und Regelungen erlassen, die ausschließlichen oder teilweise qualitätsspezifischen Vorgaben enthalten. Diese beziehen sich unter anderem auf Dokumentationspflichten, auf Arzneimittel und Medizinprodukte, auf Gesundheitsberufe, auf die Rechte der Patientinnen und Patienten und Qualitätsarbeit im Krankenanstaltenbereich.

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 wurde ein bedeutender Schritt mit einem „Gesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ gesetzt. Der Bund versucht damit, die Vielzahl der in den letzten Jahren in Angriff genom-

menen Qualitätsthemen strukturiert weiter zu entwickeln, eine bundesweite Koordinationsfunktion wahrzunehmen und damit eine gezielte Qualitätsstrategie unter Einbindung aller wesentlichen Akteure zu verfolgen.

Die inhaltlichen Kernpunkte des Gesetzes beziehen sich auf Standardentwicklung, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Qualitätsberichterstattung, Anreizmechanismen und Kontrollmechanismen zur Qualitätsarbeit.

Überdies wurde ein Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) eingerichtet. Dieses Institut leistet bei der Umsetzung aller im Gesetz genannten Herausforderungen eine bedeutende Unterstützung. Auf der Basis des nunmehr geltenden Gesetzes sollen zukünftig auch Verordnungen erlassen und Leitlinien empfohlen werden.

Bund und Länder haben sich im Rahmen der oben genannten Vereinbarung dem gemeinsamen Ziel verschrieben, jeweils in ihrem Zuständigkeitsbereich die Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen voranzutreiben.

Wie bereits erwähnt, haben sich in Österreich in den letzten Jahren Initiativen zum Einsatz von „Evidence Based Medicine“ und „Health Technology Assessment“-Methoden verstärkt. Diese Arbeiten werden u. a. seitens des Bundes, der Sozialversicherung, einiger Krankenanstalten-träger und wissenschaftlicher Institute unterstützt.

Der Rahmen für verbindliche Qualitätsarbeit wurde durch die oben beschriebenen rechtlichen Normen gestärkt. Die zukünftigen Herausforderungen liegen in der Umsetzung und Implementierung der vereinbarten Inhalte.

Lassen sie mich als letzten Punkt auf die *Prävention* näher eingehen, die eigentlich immer als Stiefkind behandelt wird, wenn es um Reformen im Gesundheitswesen geht. Der Grund dafür liegt auf der Hand: Prävention kostet anfangs viel Geld und der Benefit wird erst weit über eine Legislaturperiode hinaus sichtbar!

Im Bereich der Gesundheitsförderung wurden während der letzten Jahre in Österreich bundesweite Initiativen gesetzt, mit dem Ziel, der Gesundheitsförderung im Vergleich zur kurativen Medizin generell einen größeren Stellenwert zu verleihen. Wichtige Schritte zur nachhaltigen Verankerung der diesbezüglichen Arbeiten waren die Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetzes sowie die Einrichtung des Fonds Gesundes Österreich, dem jährlich 7,25 Mio. Euro zur Verfügung stehen. Darüber hinaus hat das Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend eine breit angelegte Kampagne zur Bewusstseinsbildung im Bereich „Gesunder Lebensstil“ gestartet.

Gesundheitsförderung und Prävention sollen verhindern, dass Gesundheit, körperliche Leistungsfähigkeit und Anpassungsvermögen eines Menschen abrupt abnehmen. Es ist der Versuch, die Altersmorbidity hinauszuschieben. Man spricht hier von der so genannten „*compression of morbidity*“.

Um die Gesundheit der Menschen zu fördern, erscheinen spezifische Maßnahmen zu den folgenden Themenbereichen von besonderer Bedeutung:

- körperliche Aktivität,
- angemessenes Ernährungsverhalten,
- Unfallschutz,
- kognitive Aktivität,
- Abbau sozialer Ungleichheit und
- Impfungen.

Ein weiterer fixer Bestandteil der Präventionsmaßnahmen in Österreich ist die Vorsorgeuntersuchung. Seit dem 1. Oktober 2005 wird die Vorsorgeuntersuchung flächendeckend in Österreich angeboten. Die Vorsorgeuntersuchung basiert auf den besten und renommiertesten internationalen Vorsorge- und Früherkennungsprogrammen unter Prüfung der lokalen Anwendbarkeit. Es wurden nur

jene Untersuchungen und Verfahren aufgenommen, die den Bürgerinnen und Bürgern einen echten Gesundheitsnutzen bringen.

Der Zugang zur Vorsorgeuntersuchung wurde so niederschwellig wie möglich angesetzt: Sie steht allen Personen ab 18 Jahren kostenlos zur Verfügung, die ihren Wohnsitz in Österreich haben, also auch jenen, die nicht versichert sind. Es besteht eine freie Arztwahl. Trotz der bisher hohen Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchung von ca. 40 % der Bevölkerung in Österreich, geht es auch darum, noch mehr Menschen mit diesem modernen Vorsorgeinstrument zu erreichen. Deshalb wird zurzeit ein spezielles Einladungssystem zur Vorsorgeuntersuchung (Call-Recall-System) erarbeitet, so wie es auch derzeit beim Projekt „Mamma-Screening“ erfolgt.

Ich stelle die Gesundheitsförderung auf 3 Säulen, die die Lebensabschnitte umfassen:

- Gesundheitserziehung in der Ausbildung („Gesunde Schule“),
- betriebliche Gesundheitsförderung,
- gesünder älter werden.

„Health in all policies“ ist die Grundvoraussetzung, dass Prävention gelebt wird!

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Zukunft unseres Gesundheitswesens nimmt seit Jahren einen breiten Platz in Diskussionen ein, sei es in der Politik, in den Medien oder in der Öffentlichkeit. Im Vordergrund stehen Fragen der Finanzierbarkeit eines immer größeren werdenden Leistungsangebotes in der Gesundheitsversorgung. Aber auch neue Technologien, die zum Teil mit ethischen Problemstellungen verbunden sind, und die gesundheitspolitischen Konsequenzen aus der immer noch fortschreitenden Überalterung der Bevölkerung werfen Fragen nach der Aus-

gestaltung einer zukünftigen Gesundheitspolitik auf. Gerade in einer Zeit, in der für viele Einzelaspekte kurzfristig Lösungen gefunden werden müssen, ist es notwendig, den Blick auch wieder in einer längerfristigen Perspektive auf das Ganze zu richten.