

„Die deutsche Gesundheitskarte (eGK) und ihre Auswirkungen auf die strategische Positionierung von Krankenanstalten“

Leiter Zentrale Dienste Organisation und IT

Michael Thoss
DRK Kliniken Berlin

(ca 40 Minuten)

Agenda

1. Vorstellungen des Gesetzgebers zur eGK in Deutschland (Pflicht- und Freiwillige Anwendungen)
2. Die Realität 10 Monate nach dem Solltermin 1.1.2006
3. EU-Projektbeispiele (EHIC,NICTIZ)
4. Strategische Konzepte „neben“ der eGK (eFA, Vita-X)
5. Krankenhäuser als Informationsprovider (Pflicht oder Kür?)
6. Strategieoptionen und wer bezahlt das...

Mit den Zahlen geht es los....

- **Beispiel 1**
- 300 Krankenversicherungen
- 2200 Krankenhäuser
- 21000 Apotheken
- 188000 Ärzte / Zahnärzte
- 80 Millionen Versicherte

Mit den Zahlen geht es los....

- **Beispiel 1**
- 300 Krankenversicherungen
- 2200 Krankenhäuser
- 21000 Apotheken
- 188000 Ärzte / Zahnärzte
- 80 Millionen Versicherte
- **Beispiel 2**
- >200 Krankenversicherungen
- >2000 Krankenhäuser
- 21000 Apotheken
- 188000 Ärzte / Zahnärzte
- 80 Millionen Versicherte

Mit den Zahlen geht es los....

- Beispiel 1
- 300 Krankenversicherungen
- 2200 Krankenhäuser
- 21000 Apotheken
- 188000 Ärzte / Zahnärzte
- 80 Millionen Versicherte
- **Beispiel 3 (BMGS)**
- Ca. 260 Krankenversicherungen
- 2 200 Krankenhäuser
- 21 000 Apotheken
- 123 000 Ärzte
- 65 000 Zahnärzte
- 80 Millionen Versicherte
- Beispiel 2
- >200 Krankenversicherungen
- >2000 Krankenhäuser
- 21000 Apotheken
- 188000 Ärzte / Zahnärzte
- 80 Millionen Versicherte

Mit den Zahlen geht es los....

- Beispiel 1
 - 300 Krankenversicherungen
 - 2200 Krankenhäuser
 - 21000 Apotheken
 - 188000 Ärzte / Zahnärzte
 - 80 Millionen Versicherte
 - **BMGS**
 - Ca. 260 Krankenversicherungen
 - 2 200 Krankenhäuser
 - 21 000 Apotheken
 - 123 000 Ärzte
 - 65 000 Zahnärzte
 - 80 Millionen Versicherte
 - Beispiel 2
 - >200 Krankenversicherungen
 - >2000 Krankenhäuser
 - 21000 Apotheken
 - 188000 Ärzte / Zahnärzte
 - 80 Millionen Versicherte
- Grundsätzliche Einigkeit zum Umfang**

Mit den Zahlen geht es los....

- Beispiel 1
 - 300 Krankenversicherungen
 - 2200 Krankenhäuser
 - 21000 Apotheken
 - 188000 Ärzte / Zahnärzte
 - 80 Millionen Versicherte
 - Beispiel 2
 - >200 Krankenversicherungen
 - >2000 Krankenhäuser
 - 21000 Apotheken
 - 188000 Ärzte / Zahnärzte
 - 80 Millionen Versicherte
- BMGS
 - Ca. 260 Krankenversicherungen
 - 2 200 Krankenhäuser
 - 21 000 Apotheken
 - 123 000 Ärzte
 - 65 000 Zahnärzte
 - 80 Millionen Versicherte
- Grundsätzliche Einigkeit zum Umfang**
NICHT zu den Kosten
NICHT zur Art der Umsetzung

Ziel: **Vernetzung**

- „...auf organisatorischer Ebene ist diese Entwicklung gewollt. Integrierte Versorgungsverträge, DMP und damit eben „Vernetzung“ ist eine der wichtigsten Unternehmensstrategien im Krankenhauswesen.“

Ziel: **Vernetzung**

- „...auf der Basis von Papier- und Faxbasierten Organisationsformen unerreichbar...“

„Die deutsche Gesundheitskarte (eGK) und ihre Auswirkungen auf die strategische Positionierung von Krankenanstalten“

1. Vorstellungen des Gesetzgebers zur eGK in Deutschland (Pflicht- und Freiwillige Anwendungen)

Ausgangsbasis der Bundesregierung / Horizont

› „Die Gesundheitskarte kommt“

› „Der Stärkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit des Technologiestandorts Deutschland dienen ausgewählte innovative Leuchtturmprojekte, wie zum Beispiel (...) die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, (...)“

› 1.7 Clusterbildung und hochinnovative Leuchtturmprojekte

› „Die Arbeiten an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden zielgerichtet fortgeführt. Der Missbrauch der Versichertenkarte muss konsequent bekämpft werden.“

› 7.2.4 Sicherstellung laufender Vorhaben

- › gemeinsame Erklärung von BMG(S) und den Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens zum Ausbau der Telematik vom 3. Mai 2002
- › Beschluss der 75. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 20. Juli 2002
- › Einrichtung der Steuerungsgruppe Telematik im Gesundheitswesen beim BMG(S) zur nationalen Konsensbildung mit allen betroffenen gesellschaftlichen Gruppen am 24. Juni 2002
- › Telematik-Expertise der Deutschen Industrie vom 2. Juni 2003
- › GKV Modernisierungsgesetz 2004

**Blick über die „Grenzen“
riskieren: NICTIZ**

Maßnahmen BMGS Bundesministerium für Gesundheit und Soziales

- › gemeinsame Erklärung von BMG(S) und den Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens zum Ausbau der Telematik vom 3. Mai 2002
- › Beschluss der 75. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 20. Juli 2002
- › Einrichtung der Steuerungsgruppe Telematik im Gesundheitswesen beim BMG(S) zur nationalen Konsensbildung mit allen betroffenen gesellschaftlichen Gruppen am 24. Juni 2002
- › Telematik-Expertise der Deutschen Industrie vom 2. Juni 2003
- › GKV Modernisierungsgesetz 2004

Grundlage ist das **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung**
- GKV-Modernisierungsgesetz – GMG (01.01.2004)

Verwaltungsvereinfachungsgesetz (30.03.2005)

Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen (28.06.2005)

Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (09.11.2005)

Pflicht- und Freiwillige Anwendungen der eGK

Pflicht

- Versichertenangaben inkl. Zuzahlungsstatus
- Berechtigungsnachweis für ärztliche Behandlung im europäischen Ausland **EHIC**
- eRezept
- Notfalldatensatz

Freiwillig (*)

- **eArztbrief**
- **ePatientenakte**
- **Arzneimitteldokumentation**
- Patientenquittung
- Etc.
- ...

Man beachte die Aufwandsdifferenz!

(* kommen wir drauf zurück)

Potentiale (Kosteneinsparungen Arzneimitteldoku)

Modellrechnung zur Abschätzung vermiedener Folgekosten durch eine Arzneimitteldokumentation

Anzahl Rezepte pro Jahr	470.000.000
davon 2% mit AM-Problemen	9.400.000
davon 30% potenziell gesundheitsgefährdend	2.820.000
davon 30% mit KH-Aufenthalt	846.000
davon 30% durch AM-Dokumentation vermeidbar	253.800

Je Fall 7 Tage KH-Aufenthalt	€	908,375
Kosten je Krankenhaustag	€	291

Kosteneinsparung KH-Aufenthalt pro Jahr durch Vermeidung arzneimittelbezogener Probleme € **517,777,380**

Quelle: „Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen. Kosten-Nutzen-Analyse: Neue Versichertenkarte und Elektronisches Rezept, Mai 2001“



„...7 Milliarden Euro Einsparung p.a. im deutschen Gesundheitswesen...“

beispielhafte Einsparungen:

- ca. 150 Mio. € für korrekte Zuzahlung
- ca. 128 Mio. € für Vermeidung von Folgekosten von Arzneimittelunverträglichkeitsreaktionen
- ca. 75 Mio. durch elektronischen Austausch von Rezepten
- ca. 500 Mio. € durch Arzneimitteldokumentation

Potentiale (Kosteneinsparungen Arzneimitteldoku)

Modellrechnung zur Abschätzung vermiedener Folgekosten durch eine Arzneimitteldokumentation

Anzahl Rezepte pro Jahr	470.000.000
davon 2% mit AM-Problemen	9.400.000
davon 30% potenziell gesundheitsgefährdend	2.820.000
davon 30% mit KH-Aufenthalt	846.000
davon 30% durch AM-Dokumentation vermeidbar	253.800

Je Fall 7 Tage KH-Aufenthalt	€	908,375
Kosten je Krankenhaustag	€	291

Kosteneinsparung KH-Aufenthalt pro Jahr durch Vermeidung arzneimittelbezogener Probleme € 517,777,380

Quelle: „Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen. Kosten-Nutzen-Analyse: Neue Versichertenkarte und Elektronisches Rezept, Mai 2001

„...7 Milliarden Euro Einsparung p.a. im deutschen Gesundheitswesen...“

Genaue Vorstellungen nicht vorhanden...



beispielhafte Einsparungen:

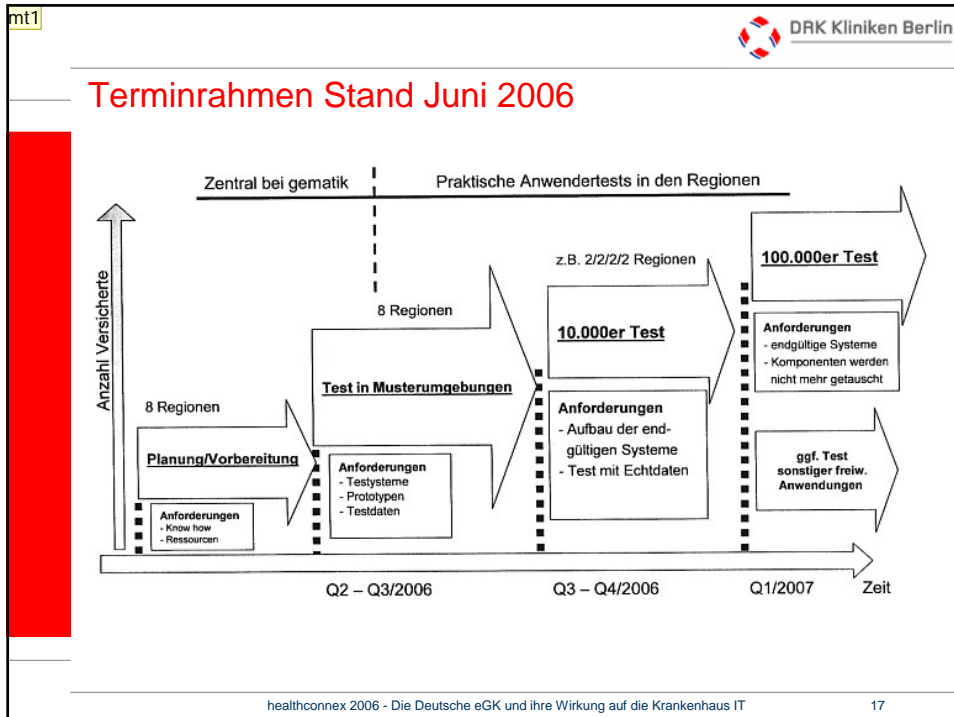
- ca. 150 Mio. € für korrekte Zuzahlung
- ca. 128 Mio. € für Vermeidung von Folgekosten von Arzneimittelunverträglichkeitsreaktionen
- ca. 75 Mio. durch elektronischen Austausch von Rezepten
- ca. 500 Mio. € durch Arzneimitteldokumentation

Terminrahmen (Ist)

- Gründung der Telematik-Betriebsorganisation „gematik“ 11. Januar 2005 (Plantermin Betrieb eGK 01.01.2006!)

Die Gesundheitskarte wird in Abschnitten getestet

	parallele Nutzung von „alter“ KVK und elektronischer Gesundheitskarte ohne Netzzugang
	elektronisches Rezept und Notfalldaten ohne Netzzugang
	parallele Nutzung von „alter“ KVK und elektronischer Gesundheitskarte mit Netzzugang
	elektronisches Rezept mit Netzzugang
	Arzneimitteldokumentation und Notfalldaten sowie weitere Verordnungen (z.B. Hilfsmittel) mit Netzzugang



DRK Kliniken Berlin

Aktueller Status der „Uneinigkeit“

- „Streiterei“
 - Alle Beteiligten der Selbstverwaltung handeln mit nach wie vor unterschiedlichen Vorstellungen (Folge u.a.: mehrmalige „Ersatzvornahme“ des BMG)
 - Ärztammer
 - Apothekervereinigung
 - Länder
 - Krankenversicherungen (Beispiel DAK)
 - andere
 - wenig beteiligt: DKG...

healthconnex 2006 - Die Deutsche eGK und ihre Wirkung auf die Krankenhaus IT 18

mt1

Status Sept.2006:

Testregionen verhalten sich "abwartend"

Anpassungen der Technologie ("Aufweichung") der Standards durch gematik bereits notwendig

thossm; 22.09.2006

Aktueller Status der „Uneinigkeit“

- Themen

Ärztekammer:

„Zu teuer, zu aufwändig in der Praxis“

Apothekervereinigung:

„Falsches Transportmodell“

Länder:

„Unterschiedliche Haltungen“

Krankenversicherungen (Beispiel DAK):

„Augen zu und durch, alles fertig“

Krankenhäuser:

„Kaum Vertretung durch die DKG spürbar,
Organisationsbelastungen immens“

„Die deutsche Gesundheitskarte (eGK) und ihre Auswirkungen auf die strategische Positionierung von Krankenanstalten“

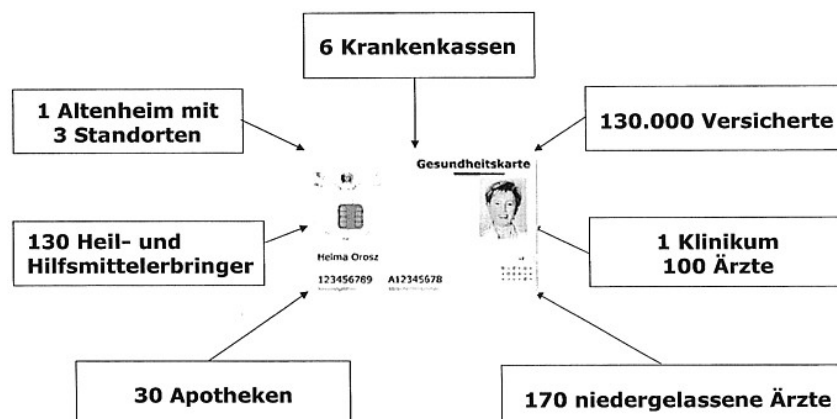
2. Die Realität 10 Monate nach dem Solltermin 1.1.2006

Was ist aktuell

- Testregionen (Start III. Quartal 2006 / 01.01.2006)
- Probleme der Testregionen (Umfang / Vorbereitung)
- Technologien nicht abschließend zertifiziert
- „Reichweite“ der Tests (?)

Beispiel für Testregion Sachsen

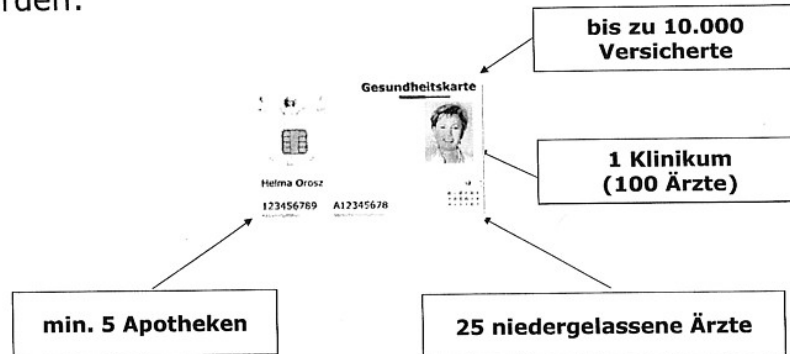
Potentiale der Testregion



Beispiel für Testregion Sachsen

Potentiale der Testregion

In den Feldtest einbezogen werden:



„Testprobleme...“

- 10.000er...
Wie viele der 10.000 werden in der Testzeit krank...
Wer geht dann zum „richtigen“ Arzt...
Wer geht ins „richtige“ Krankenhaus...
Apotheke... usw...
- 100.000er...
Ähnliches Problem mit besserer statistischer Erwartung...

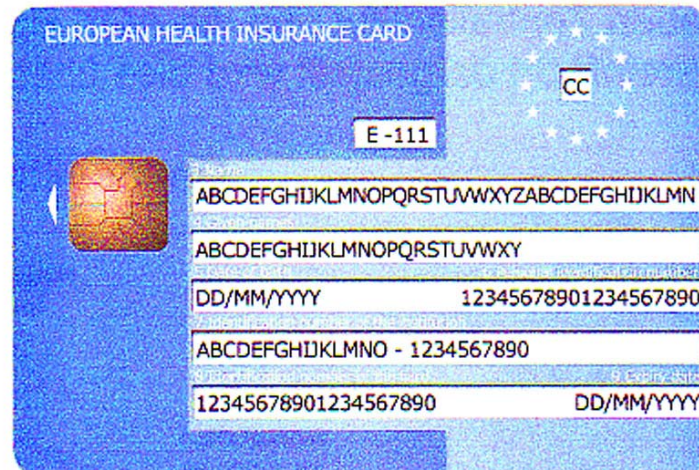
„Die deutsche Gesundheitskarte (eGK) und ihre Auswirkungen auf die strategische Positionierung von Krankenanstalten“

3. EU-Projektbeispiele (EHIC,NICTIZ)

EHIC steht für

- Die elektronisch lesbare europäische KV-Karte (EHIC, European Health Insurance Card)
- Elektronisch lesbar bedeutet in erster Linie: Scanner-lesbar – nicht Chipkartenbasiert
- Netc@rds ersetzt das Prinzip des Auslandskrankenscheines durch die so genannte: EHIC – „European Health Insurance Card“
- Die Karte ersetzt den bisher papiergebundenen Anspruchsnachweis E111 bzw. die Formulare 80 und 81
- EHIC ist (s.o.) ein reiner Sichtausweis
- Das Projekt / die aktuelle Anfrage ist in erster Linie (Fifa 06 Deutschland) politisch motiviert

EHIC European Health Insurance Card



EHIC - Rahmenbedingungen

- EU-weit vorgesehen (300 Mio Versicherte)
- Ausgabe in einigen EU-Länder bereits begonnen
- Teilweise separate Karte, teilweise als Rückseite der vorhandenen KV-Karte oder zukünftig der eGK
- Unterschiede in der Handhabung in den EU-Länder
- Keine Lösung für die unterschiedlichen Zeichensätze der EU-Mitgliedsstaaten (Frankreich, Skandinavien, Griechenland, Ost-Europa) führt in jedem Fall zu Datenverarbeitungsproblemen (Sonderzeichen)
- Deutsche eGK: Aufdruck auf eGK / Daten vorhanden

EHIC Beteiligte EU-Nationen

EHIC (10)

Non-EHIC (15)

- Deutschland (*)
- Frankreich (*)
- Österreich (*)
- Italien (tw. *)
- Slowenien (*)
- Griechenland
- Finnland
- Slowakei
- Ungarn
- Tschechische Republik

- Rest der EU, z.B.:
- Großbritannien (keine Karte)
- Niederlande
- Belgien
- Italien (größter Teil)
- Skandinavien
- usw.

Langfristig kein Vorteil aus den Daten auf der Karte zu sehen. Krankenhausorganisation wird manuell organisiert bleiben müssen. (Scannervorschlag)

(*) KV-Karte mit Chip (Stand 06 in BRD nicht lesbar wegen dt. Spezifikationen der vorhandenen Lesegeräte)

NICTIZ – „...aus Erfahrung gelernt“ die NL

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niederlande ▪ 100 Krankenhäuser ▪ 22000 Haus- u. Fachärzte ▪ 16,3 Millionen Einwohner ▪ Ärzte 1 : 740 ▪ Krankenhäuser 1 : 163 000 ▪ KHS 2010 1 : 181 111 (Base 80) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutschland ▪ 2200 Krankenhäuser ▪ 188000 Ärzte / Zahnärzte ▪ 80 Millionen Einwohner ▪ Ärzte 1 : 425 ▪ Krankenhäuser 1 : 36 363 ▪ KHS 2010 1 : ? (Base ?) |
|---|--|

NICTIZ (www.nictiz.nl)

- Niederlande:
 - Kartenmodell getestet und aus Kostengründen (!) verworfen
 - nictiz analog gematik aber anderes Konzept
 - Identifikation über Personalausweis
 - Datenhaltung und –transfer ohne Medium (Karte)



Konzept (eGK) eventuell Zweifelhaf?
Aber wir (D) haben ja auch Toll Collect geschafft...



Weltweit Projekte mit den gleichen Zielen

- Dänemark:
www.medcom.dk
ca. 2,5 Mio Nachrichten p.a., 81% Verschreibungen,
97% Laborbefunde, 95% NL Ärzte am System,
>3000 Benutzer (= fast alle)
- Spanien:
1% des Gesundheitsbudgets für eHealth
- USA:
RHIOs – Regional Health Information Organisation
UHIN – Utah Health Information Network (20%)
- Kanada:
Canada Health Infoway
- Österreich:
ELGA – Elektronischer Gesundheitsakt (10/2006)

„Die deutsche Gesundheitskarte (eGK) und ihre Auswirkungen auf die strategische Positionierung von Krankenanstalten“

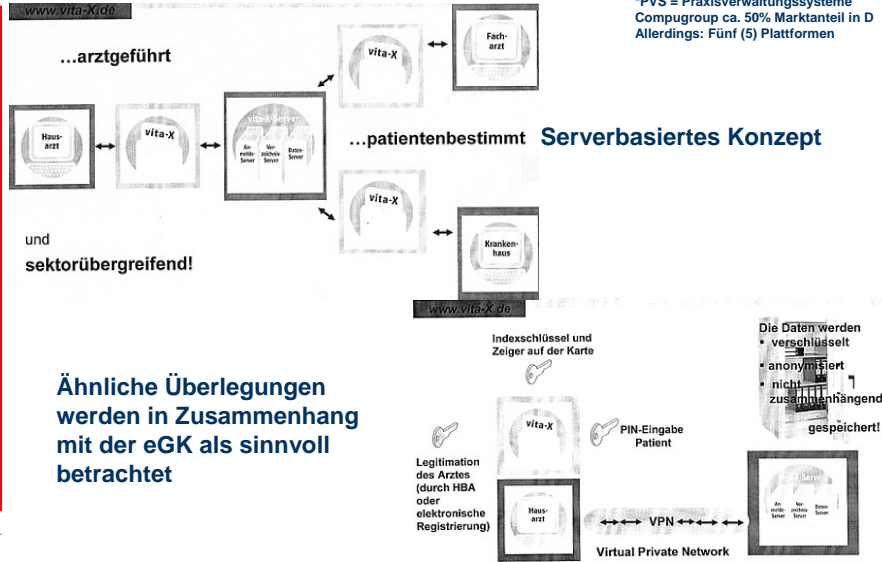
4. Strategische Konzepte „neben“ der eGK (eFA, Vita-X)

Privatwirtschaft (1) PVS-Ansatz

- **Vita-X der Compugroup**
(ca. 50% Marktanteil bei PVS – in mehreren Produkten)
„Patientenkarte“
Modellversuch in einer Region
Hoffnung auf „Standard“
- Gesundheitskarte Schleswig-Holstein (Flensburg)
- Testregion

Vita-x der Compugroup (PVS Hersteller*)

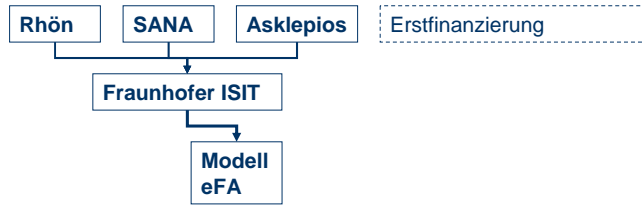
*PVS = Praxisverwaltungssysteme
Compugroup ca. 50% Marktanteil in D
Allerdings: Fünf (5) Plattformen



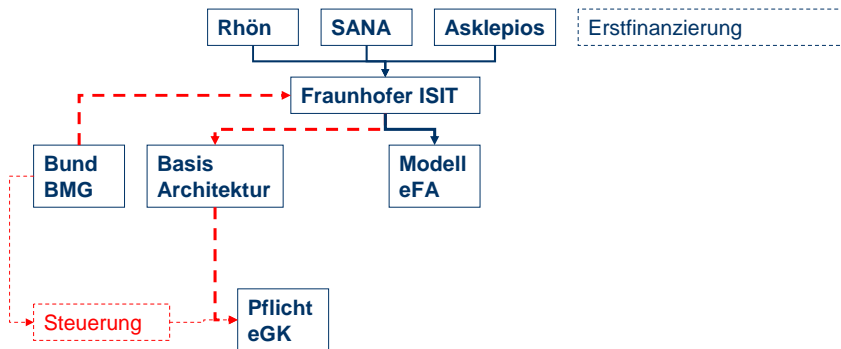
Privatwirtschaft (2) Kommunikations/KIS-Ansatz

- Zum Thema: „freiwillige Anwendungen“ vom Einstieg
- eFA
Modellversuch Daten- und Kommunikationsmodell
Privatklinikverbände: Rhön, SANA, Asklepios
(Fresenius inkl. Helios nach Übernahme nicht beteiligt in erster Stufe)
- Beteiligung Fraunhofer (Basisstandards für eGK)
Institut SIT (Sicherheit in der Informationstechnik)
- Fraunhofer ISIT lieferte den ersten Entwurf für die eGK-Technologiebasis

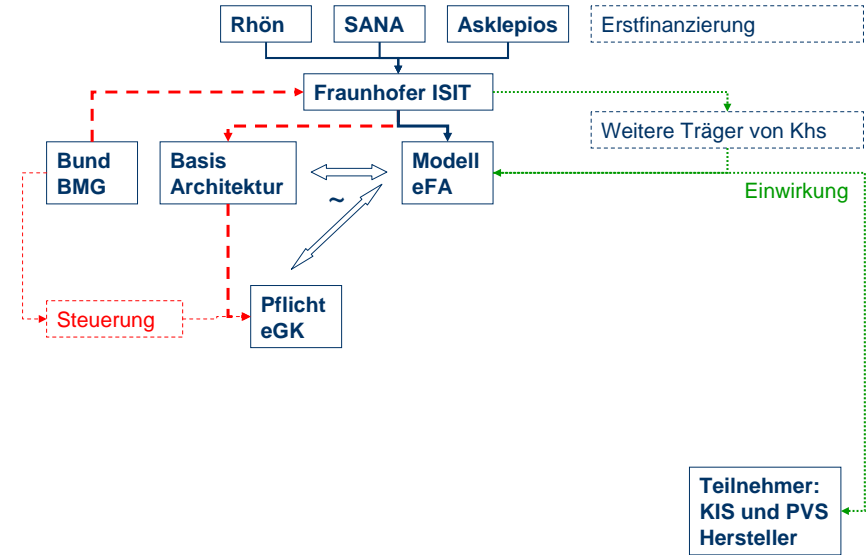
eFA (elektronische FallAkte) strategischer Ansatz



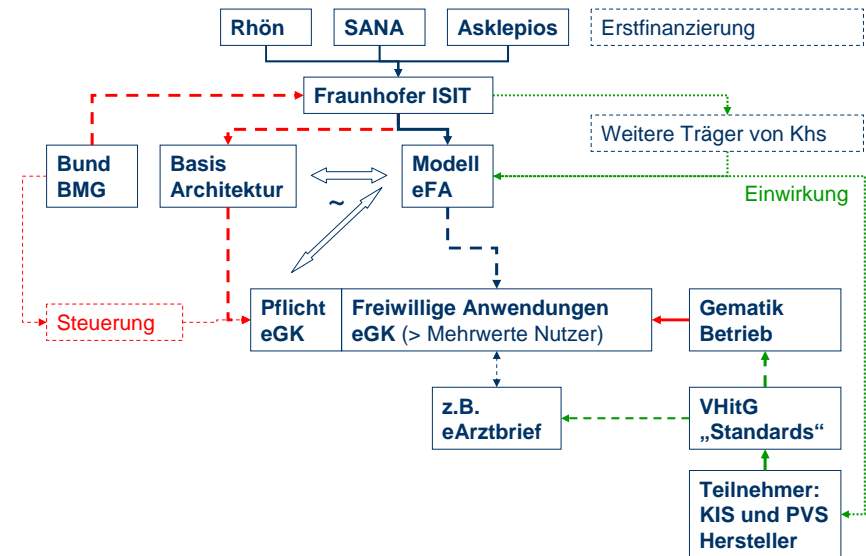
eFA (elektronische FallAkte) strategischer Ansatz



eFA (elektronische FallAkte) strategischer Ansatz



eFA (elektronische FallAkte) strategischer Ansatz



Freiwillige Anwendungen (mit Prozessbezug)

- Bemühen um Standards für Arztbrief u.a. VHitG (Verband der Hersteller von IT für das Gesundheitswesen)



Freiwillige Anwendungen (mit Prozessbezug)

.3 AG Arztbrief



- Beschleunigt die Erstellung eines nationalen Implementierungsleitfadens zu HL7 v3 CDA R2 → einheitliches Vorgehen wie in allen anderen Ländern
- Zusammenarbeit mit dt. HL7 Benutzergruppe und SCIPHox
- Basis für strukturierte, XML-basierte Kommunikation (HL7 v3)
- Universeller Ansatz: stationärer Entlassbrief und ambulanter Brief, Inter- und Intra-sektoral
- Nutzung von Vorarbeiten international und national (Kanada, NL, Frankreich)
- Dokumentenmanagement (Versionierung, Referenzierung, Bilddaten, DigSig)
- Voraussetzung für weitere Dokumentationsformen (durch Fachgesellschaften u.a.)
- gemeinsames Testlabor im Mai
- Livedemo auf ITeG 2006
- Implementierungsleitfaden nach öffentlicher Kommentierung fertig gestellt: www.vhitg.de oder www.sciphox.de

„Die deutsche Gesundheitskarte (eGK) und ihre Auswirkungen auf die strategische Positionierung von Krankenanstalten“

5. Krankenhäuser als Informationsprovider (Pflicht oder Kür?)

Strategische Anforderungen

- Ausweitung der „Flächenkommunikation“
(Ziel: weniger Krankenhäuser...)
- Kommunikation mit Dritten (Partner / andere Khs.)
- Leistungskooperationen mit anderen Khs.
- Service für Partner (Einweiser, Beleger)
- (Zwangs-) Service für Dritte (Kostenträger, MdK)
- Dienstleistungsangebote an Dritte (Fremdversorger)
- „Integrierte Versorgung“
(Weg wohin, je Region ein Modell?)
- eGK – aber was...?
- ...

Portale und „Zusatzleistungen“

- Das Krankenhaus als Informationsprovider im Eigeninteresse (Einweiserbindung, regionale Vernetzung, etc.)
- Bedarf nach „eigenen“ Portalen für Telematikdienste
- Tele-PACS, Telekonsile, Telekonferenzen...
- Europa-Projekt: „eHealth for Regions“
- Hoffnung auf Integration „eigener“ Portale (via Hersteller) in „großes ganzes“ durch Beteiligung an Initiativen
- Einwirkung großer Kundenvolumen auf KIS und PVS-Hersteller um „Quasi“-Standards zu Standards für die eGK zu machen

„Die deutsche Gesundheitskarte (eGK) und ihre Auswirkungen auf die strategische Positionierung von Krankenanstalten“

6. Strategieoptionen und wer bezahlt das...

Vorneweg...

- **Strategische Erfolgsfaktoren der Wirtschaft**
 1. Die Wirtschaftswissenschaften beschäftigen sich mit der Erfolgsfaktorenforschung seit:

44 Jahren

Vorneweg...

- **Strategische Erfolgsfaktoren der Wirtschaft**
 1. Die Wirtschaftswissenschaften beschäftigen sich mit der Erfolgsfaktorenforschung seit:

44 Jahren
 2. Anzahl der bisher als gesichert geltenden Erfolgsfaktoren:

0

Chancen und Risiken der eGK

- Fehlende „eindeutige“ Konzepte
Initiativen setzen (derzeit) alle auf Prinzip Hoffnung
- Bisher keine Lösungsansätze für „freiwillige“
Anwendungen von „offizieller“ Seite (gematik)
- Initiativen unterschiedlichster Art aus dem Bereich
der Leistungserbringer und der Industrie für
„freiwillige“ Anwendungen z.T. getrieben unter
Investitionsschutzgesichtspunkten
- Prinzip „Hoffnung“ bei Entscheidung für einzelne
Varianten bei den aktuellen „freiwilligen“
Modellvorhaben, da die gematik vermutlich die
Industriestandards weitgehend übernehmen wird
- **Vorteile erst aus den freiwilligen Anwendungen**

Strategieplattformen

- Umfrage im Rahmen „eHealth for Regions“: „...Die Mehrzahl der
Leistungserbringer geht von einer „umfassenden“ Vernetzung
innerhalb der nächsten fünf Jahre aus...“
- Interne Organisation (Aufbau/Ablauf) optimieren
- Interne KIS optimieren
- („Echte“) ePA schaffen
- Prozessbasierte Systeme schaffen
- Telematik aufbauen
- Mobile Dienste (eGK, eFA)
- (82% der deutschen Krankenhäuser ohne
ausreichende Infrastruktur für „eHealth“ – aktuelle Umfrage)

Finanzierung

- Liegt im Schwerpunkt bei den Leistungserbringern:
 - Krankenhäuser im Rahmen der eigenen strategischen Entwicklung durch Investitionen in Lösungen und deren Pflege
 - Krankenhäuser durch „strategische“ Beteiligung an „Initiativen“ wie z.B. eFA
- „Überschaubare“ Zuschüsse sind im Rahmen der eGK und nur für die Umsetzung der eGK zu erwarten

Fazit

- Beobachten der unterschiedlichen Aktivitäten notwendig (Analyse)
- Unterstützung ausgewählter Initiativen (Strategie) (eigenes Risiko und Chance...)
- Einwirkung auf die KIS-Hersteller zur Etablierung „übergreifender“ Standards in der Kommunikation
- Anwenderforen entsprechend nutzen
- Kooperationen mit Kliniken aufnehmen (vorerst regional) auch im Sinne der Portfolios
- Strategischer Nutzen der eGK frühestens ab Entscheidung im Bereich „freiwillige Anwendungen“
- IT-Budgets (D: 2006 ca. 2,5% dabei KHs < 2%) müssen erweitert werden

Modellvorhaben Integrierte Versorgung

- Übersicht Modellvorhaben in Deutschland
als Grundlage strategischer Überlegungen

Anlage als Ausdruck in den Unterlagen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

- „Prognosen sind schwierig, vor allem, wenn sie die
Zukunft betreffen.“

(Niels Bohr)

...wer noch wach ist kann Fragen stellen 😊