

Fragebogen: «Prävention in der Gesundheitsversorgung»

Sehr geehrte Damen und Herren

Willkommen auf dem Fragebogen zur Konsultation des Grundlagendokuments «**Prävention in der Gesundheitsversorgung**», welches das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) gemeinsam im Rahmen des Massnahmenbereichs 2 «Prävention in der Gesundheitsversorgung» des Massnahmenplans zur nationalen Strategie nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) 2017 – 2024 erarbeitet haben.

Jede Organisation hat die Möglichkeit zum beiliegenden Grundlagendokument **bis zum 15. September 2017** Stellung zu nehmen.

Wichtige Bemerkungen:

- Wir bitten Sie um **eine einzige Stellungnahme pro Organisation**.
- **Die Beantwortung der Fragen ist nicht obligatorisch**, Sie können lediglich die von Ihnen gewünschten beantworten.

Für **zusätzliche Auskünfte oder falls Probleme auftauchen, können Sie folgende Adresse kontaktieren**: pgv@promotionsante.ch.

Wir danken Ihnen für Ihr Mitmachen.

«Comité opérationnel» «Prävention in der Gesundheitsversorgung».

1 Persönliche Angaben

1.1 Kontakt:

Name der Organisation: FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Kontaktperson: Barbara Weil, Leiterin Abteilung Public Health
E-mail: barbara.weil@fmh.ch

1.2 Geben Sie bitte an, zu welcher Akteursgruppe Sie sich zählen.

- Leistungserbringer (einschl. Dach- und Berufsverbände, Institutionen, usw.), Ärzteschaft, Apotheker/innen, Pflegepersonal, therapeutische Berufe, andere
- Versicherer (einschl. Verbände)
- Patientenorganisationen
- NGO und Gesundheitsligen
- Kantone
- Gemeinden
- Wirtschaft (z.B. Pharmaindustrie)
- Andere :

2 Einführung, Kontext, Ziele und Massnahmen (Kap. 1-2-3)

2.1 Haben Sie Bemerkungen oder Ergänzungen zu den Kapiteln 1, 2 und 3?

Kapitel 1:

Die engere Verknüpfung der Themen psychische Gesundheit / Sucht mit der NCD-Strategie wird begrüsst

Kapitel 2 :

Eine Einteilung der Akteure in „Public Health“, „Care“ und „Community“ kann nicht gut heissen werden, ist doch „Public Health“ ein integraler Bestandteil von „Care“ und „Community“. Zudem sind viele der angesprochenen Akteure in zwei oder mehreren der erwähnten Felder aktiv tätig (z.B. Schulärzte, Arbeitsmediziner). Diese vorgenommene Unterteilung schafft erneut Silos/Säulen, die so im Alltag nicht bzw. nicht absolut vorzufinden sind.

Die kantonalen Vertreter werden im Zusammenhang mit der Vernetzung und Koordination nicht genannt. Vorschlag zur Umformulierung (ohne Unterteilung): *Eine verbesserte Vernetzung und Koordination zwischen den Akteuren der Gesundheitsversorgung, und der kantonalen Verwaltung ist anzustreben.*

Nebst der in der Realität bereits bestehenden Vernetzung des Massnahmenpaket 2 zu Massnahmenpaket 1, ist auch eine Vernetzung mit dem Massnahmenpaket 3 anzustreben, da die Gesundheitsversorgung der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz stark mit dem Erwerbsleben in Zusammenhang steht.

Angesprochen wird u.a. die Finanzierung (Seite 4) im Satz „Erhöhte Integration und Koordination über traditionelle Systemgrenzen werden begünstigt durch neue Finanzierungsmodelle, beispielsweise hybride Finanzierung und anreizgekoppelte Finanzierung“. Unklar bleibt, was unter „hybrider Finanzierung“ verstanden wird. Gerade weil die Finanzierung grundsätzlich ein heikler Punkt ist, muss dies klar und verständlich ausformuliert werden. Ausserdem muss in diesem Zusammenhang die Schnittstelle innerhalb des BAG zum KUV geklärt und organisiert sein.

Kapitel 3:

Massnahme 2.1: Die Zusammensetzung der im Dokument erwähnten Gremien, deren Kompetenzen und Aufgaben sowie die jeweilige organisatorische Anbindung müssen vorgängig klarer definiert sein. In erster Linie sollten hier legitimierte Vertreter der betroffenen Akteure (Leistungserbringer) vertreten sein.

Die Ausführung, dass „ein System zur Anerkennung von Leistungen und Leistungserbringern“ etabliert wird, ist unklar. In der Umsetzung würde dies bedeuten, dass das Expertengremium so besetzt ist, dass die Leistungen bewertet werden können und zwar von allen Leistungserbringern, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind.

Die bestehenden Systeme der Anerkennung von Leistungserbringenden im medizinischen Bereich bei der Umsetzung des Massnahmenpakets 2 zu berücksichtigen.

Massnahme 2.2: Unklar ist, was unter „Innovation“ im Zusammenhang mit der vorgesehenen Projektförderung verstanden wird. Im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung ist primär die Zusammenarbeit und Koordination von Schnittstellen diverser Leistungserbringenden notwendig.

Massnahmen 2.3: Eine nachhaltige Finanzierung evidenzbasierter Präventionsleistungen ist sehr zu begrüssen – dies in Abstimmung mit den Tarifpartnern und deren Bemühungen. Sicherzustellen ist jedoch nicht nur die Finanzierung für die Projektlaufzeit innerhalb der NCD-Strategie sondern die nachhaltige Finanzierung weit über die Projektphase hinaus.

Massnahmen 2.4: Titel ergänzen mit „aus-, weiter- und fortbilden“ (Verwendung der offiziellen Begrifflichkeiten der angesprochenen Berufsgruppen).

Um die Förderung der Prävention in der Gesundheitsversorgung langfristig zu implementieren ist die Anpassung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen unerlässlich. Es wird jedoch nirgends erwähnt, wer für die Inhalte / Umsetzung dieser angepassten Aus-, Weiter- und Fortbildungen zuständig ist. Da verschiedenste Berufsgruppen von der Thematik betroffen sind, müssten deren spezifische Kompetenzziele in die Überlegungen Eingang finden.

Unklar ist, was unter einer koordinativen Unterstützung bei der Umsetzung von Lernzielen verstanden wird. Im Rahmen der Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung sollten bestehende Angebote und Bemühungen integriert, unterstützt und in die weitere Planung einbezogen werden (z.B. Educating Health Professionals in Interprofessional Care).

Massnahme 2.5: Die Angebote im Bereich Selbstmanagement bei (chronischen) Erkrankungen sind bereits bemerkenswert weit entwickelt und ausgebaut. In diesem Zusammenhang unterstützt die FMH die vorgesehene bessere Koordination und den übergreifende Austausch. Sowohl die Finanzierung als auch die Koordination dieser Angebote sind patientenzentriert und unter der Optik der Sicherung der Qualität in der Gesundheitsversorgung anzugehen.

Massnahme 2.6: Präventionsdaten im EPD sind eine interessante Perspektive, ebenso die Nutzung weiterer neuer Technologien; da die Entwicklung solcher Massnahmen sehr kostenintensiv ist, muss eine Gewichtung stattfinden.

3 Prävention in der Gesundheitsversorgung: Konzept und Ansatz (Kap. 4)

3.1 Ist allgemein das Konzept «Prävention in der Gesundheitsversorgung» verständlich definiert?

ja **eher ja** eher nein nein

Es scheint angemessen, dass sich das vorliegende Konzept auf Personen und Personengruppen fokussiert und nicht auf Patienten. Im Gegenzug ist jedoch die Schnittstelle zwischen den unterschiedlichen Massnahmen der Prävention in der Gesundheitsversorgung sowie den Verantwortlichkeiten für diese Koordination nicht ausreichend ausgereift.

Unklar bleibt, bei welchen Personengruppen ein hoher Bedarf bezüglich Prävention von NCDs nachgewiesen ist

Ebenso muss klarer definiert sein, ob mit dem Begriff „Kontakt mit Fachpersonen“ nur Schnittstellen zum Gemeinwesen angesprochen sind oder ob auch Koordination und Interprofessionalität im ambulanten Bereich mitgemeint ist.

Die Umsetzung der Koordination mit weiteren nationalen Strategien (Abschnitt 4.4) wird nicht ausgeführt und bleibt unklar.

3.2 Sind Sie allgemein einverstanden mit:

A. Konzept und Ansatz wie in Kapitel 4 definiert?

ja **eher ja** eher nein nein

Die Koordination der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteuren in der Gesundheitsversorgung sollte stärker gewichtet werden. Viele Herausforderungen liegen in diesem Bereich; entsprechende Projekte sollten gefördert werden können.

Auch wenn die medizinischen Praxisassistentinnen / medizinischen Praxiskoordinatorinnen in der Umsetzung von Verhaltensänderungen eine wichtige Rolle spielen, sind sie hier nicht explizit erwähnt. Ausserdem müssen deren Leistungen auch tarifarisch adäquat abgegolten werden können.

B. Prioritäre Interventionsbereiche gemäss Kapitel 4.5?

ja **eher ja** eher nein nein

Vorab ist der Interprofessionalität / Multiprofessionalität höheres Gewicht einzuräumen. Neue Technologien können dies unterstützen, dienen jedoch lediglich als Hilfsmittel.

Bei neuen Finanzierungsmodellen ist zu präzisieren, was unter „mit Outcome-Daten gekoppelten Modellen“ verstanden wird (pay-for-performance?). Dies wird im Bereich Prävention schwierig umsetzbar sein. Hybride Finanzierung ist ein Ansatz, der jedoch nicht für alle Projekte sinnvoll ist.

In diesem Abschnitt sind erneut die Hinweise betreffend der Verteilung der Verantwortlichkeiten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu erwähnen.

Selbstmanagement von chronischen Krankheiten: In der Präventionsarbeit geht es nicht darum den Patienten zu helfen, ihre Krankheit eigenständig zu bewältigen sondern darum präventive Verhaltensweisen und gesundheitsförderliches Verhalten zu fördern für Personen, welche von chronischen Krankheiten betroffen sind.

Kapitel 4.5 führt aus, dass bereits sechs prioritäre Interventionsbereiche identifiziert wurden. Das hierzu vorgesehene Fachgremium (Massnahme 2.1) scheint jedoch noch nicht definiert zu sein.

Zudem ist es für bestehende oder sich bereits in Erarbeitung befindende Projekte sehr schwierig im Rahmen der engen Definition Eingang in die Projektförderung zu finden. In diesem Sinne sollten die genannten Kriterien nicht als absolute Kriterien bzw. Ausschlusskriterien gelten. In der Bewertung der eingegangenen Projekte sollte vielmehr Wirksamkeit und Durchführbarkeit im Vordergrund stehen. Ausserdem sollten die eingegebenen Projekte

mindestens in irgendeiner Form die Vernetzung berücksichtigen, sei es zwischen Programmen, Berufsgruppen, Krankheitsbildern, etc.

4 Projektförderfonds «Prävention in der Gesundheitsversorgung» (Kap. 5)

4.1 Sind Sie allgemein einverstanden mit:

A. Ziele und Ausrichtung des Projektförderfonds?

ja eher ja eher nein nein

Die FMH kann sich mit dem generellen Ziel des Fonds einverstanden erklären, jedoch ist das vorliegende Konzept nicht unbedingt geeignet, das erwähnte Ziel zu erreichen.

Eine klare Fokussierung auf die Projektumsetzung ist nötig. Kleine innovative Projekte werden Schwierigkeiten bekunden, in den Genuss einer Finanzierung kommen (Ressourcen).

Vorschlag zur Umformulierung von Selbstmanagement: Förderung von präventivem und gesundheitsförderlichem Verhalten für Personen, welche an chronischen, psychischen und/oder Sucht-Erkrankungen leiden.

B. Aufteilung des Projektförderfonds gemäss Kapitel 5.3.?

ja eher ja eher nein nein

Die Vorab-Festlegung der Gelder auf die Art der Projekte ist nicht weiter begründet. Die FMH regt an, die Zuteilung der Gelder zu den vier Förderbereichen nochmals zu überdenken. Der Förderung bestehender Projekte, gekoppelt mit neuen innovativen Ansätzen sollte grösseres Gewicht gegeben werden.

Auch scheinen die Zahlen nicht übereinzustimmen (Aufstellung stimmt nicht mit der in der Einleitung erwähnten Fördersumme von 5 Millionen überein. Mit den Mitteln für die Evaluation sind es gemäss Kapitel 5.3 insgesamt 5.25 Millionen).

Der Unterschied zwischen Anträgen von Akteuren / Ausschreibungen und Seed-Finanzierung / Verbreitung bestehender Angebote ist ungewöhnlich gross. Eine Seed-Finanzierung von 42'000 / Jahr (inkl. Selbst-Evaluation) erscheint unattraktiv.

Expertenpool für Ausschreibungen: hier fehlen Pflichten und Kompetenzen des Gremiums sowie wer Einsitz haben wird (Auswahl der richtigen Experten für vordefinierte Aufgaben).

5.5: Die Koordination mit den kantonalen Verantwortlichen in Bezug auf die Entwicklung von Projekten ist unumgänglich, sei es um die Anpassungen in Abstimmung mit den Bedürfnissen der vulnerablen Bevölkerung und in Übereinstimmung mit den kantonalen Public Health Schwerpunkten zu entwickeln. Oder um die Vernetzung mit bereits bestehenden Projekten sicherzustellen sowie letztlich auch um die längerfristige Finanzierung sicherzustellen.

Die Zusammenarbeit mit kantonalen Stellen sollte jedoch nicht prinzipiell gefordert werden, sondern nur wo möglich oder sinnvoll aufgezeigt werden.

5.6: Die langfristige Finanzierung eines Projektes muss bereits bei der Konzeption des Projekts evaluiert werden. Ein Projekt, welches im Rahmen der NCD Strategie entwickelt wurde, wird nach Abschluss der Strategie nicht zwingend vom Kanton oder von anderen Institutionen weiterfinanziert, auch wenn das Projekt erfolgreich ist. Deshalb sind bereits während der Laufzeit Überlegungen zur künftigen Integration in kantonale oder andere Strukturen anzugehen. Dies bedingt eine Offenheit für die Zusammenarbeit sowie eine gemeinsame Stossrichtung, damit gute Ideen nicht blockiert werden.

Es ist darauf zu achten, dass nicht zu viele Ressourcen durch Formalitäten verbraucht werden. Und am Ende auch Finanzen für die Umsetzung zur Verfügung stehen. D.h. für den Bereich Ärzteschaft sind die aktuellen gesundheitspolitischen Gegebenheiten zu beachten (Stichwort Tarifeingriff).

C. Bewertungskriterien gemäss Kapitel 5.8.?

ja eher ja eher nein nein

Unter 5.2 ist erwähnt, dass für kleine und grosse Projekte verschiedene Bewertungskriterien gelten. Dies erscheint wichtig (wird aber unter 5.8 nicht ersichtlich). Des Weiteren ist nicht klar, wer diese Kriterien festlegt; Es wäre wünschenswert, wenn die Leistungserbringer dies ebenfalls prüfen können.

Bei einem Beitrag Dritter, vor allem wenn es sich um Partner mit möglichen Interessenkonflikten handelt (Krankenkassen, Industrie, Unternehmen, usw.) müssen die Rahmenbedingungen vor der Beitragsleistung geklärt sein, ausserdem muss vollständige Transparenz gegeben sein.

Bei den Förderkriterien sollte entweder gut begründet werden, warum ausschliesslich in Kombinationen der festgelegten Förderbereiche Projekte nötig sind – oder man sollte diese einschränkenden Kriterien weglassen. Die Antragsteller sind ohnehin aufgefordert in Bezug auf ihr Projekt den Handlungsbedarf zu belegen. Ausserdem wird sehr stark auf innovative Projekte fokussiert. Es ist jedoch nirgends definiert, was konkret unter Innovation verstanden wird. Sollten nicht auch bewährte Projekte finanziert werden können – insofern sie nicht bereits in einer Struktur verankert und finanziell gesichert sind? Der Vorteil einer Finanzierung von bereits erarbeiteten Projekten ist auch, dass diese einerseits direkt umgesetzt werden können, andererseits ihre Wirksamkeit bereits dargelegt haben. Der Schritt vom Pilotprojekt zum Programm bzw. die geographische Disseminierung und nachhaltige Implementation sind oft mit grossen – auch finanziellen - Schwierigkeiten verbunden; kann dieser Schritt aus den genannten Gründen nicht vollzogen werden, bedeutet dies meist das Verschwinden guter Projekte.

Prävention in der Gesundheitsversorgung nimmt eine globale Perspektive ein, was zu unterstützen ist. Damit verbunden ist jedoch auch, dass allfällige Projekte übergreifend eingesetzt werden und mehrere Themen beinhalten. Aus diesem Grund erscheint es zentral, dass auch die Finanzierung durchlässig ist und nicht thematisch segmentiert wird. Ist die Finanzierung in Segmente eingeteilt, fördert dies erneut den eindimensionalen Blick auf ein bestimmtes Krankheitsbild oder eine Alterskohorte. Genau das sollte jedoch im Rahmen der Strategie vermieden werden. Konkret heisst dies, dass die Gelder mit einer gewissen Flexibilität verteilt werden, damit beispielsweise Querschnittprojekte im Bereich psych. Gesundheit aus beiden Töpfen (psych. Gesundheit und Gesundheitsversorgung) finanziert werden, d.h. übergreifend über Massnahmenpaket 1 und 2. Dasselbe gilt für Querschnittprojekte im Bereich Alter. Sollen künftig Interventionen in den Bereichen Sucht, NCD und psychische Gesundheit finanziert werden, müssen die Schnittstellen zu bestehenden Finanzierungsgefässen wie z.B. Tabakpräventionsfonds, Finanzierungsmöglichkeiten im Bereich Alkohol etc. unbedingt bearbeitet und geklärt werden.

D. Evaluationsprozess gemäss 5.9.2.?

ja eher ja eher nein nein

Ein fixer Prozentsatz des globalen Budgets ist für die externe Evaluation zu reservieren. Die Selbstevaluation betrifft generell nur eine Prozessevaluation.

Aus dem Dokument geht jedoch nicht hervor, was von wem evaluiert wird.

Nicht ausformuliert ist ebenfalls die Art und Weise der Gesamtevaluation des Fonds und deren Finanzierung.

Allgemein

5.1 Sind Sie, respektive Ihre Organisation, allgemein einverstanden mit dem Inhalt des Dokumentes «Grundlagen und Konzept Projektförderfonds PGV»?

ja eher ja eher nein nein

Die FMH begrüsst die Grundidee, jedoch wird die Schwierigkeit der Interprofessionalität im ambulanten Bereich zu wenig berücksichtigt. Dies ist viel schwieriger umzusetzen als im stationären Setting. Hinzu kommt, dass diese koordinativen Leistungen nicht abgegolten und entsprechend unattraktiv sind. Es geht nicht klar hervor, ob der Fonds dazu dient, diese Leistungen zu finanzieren.

Eine der Hauptfragen, die nach der Lektüre des Dokuments bleibt ist diejenige der Definition von Gesundheitsversorgung. Es scheint fast, als ob nur klinische Aspekte Berücksichtigung finden, die Rolle von Bildungsinstitutionen wird zwar erwähnt. Deren Beitrag ist relevant in Bezug auf die zukünftigen Fachpersonen. Es bleibt aber unklar, wie man diese Aus-, Weiter- und Fortbildung angehen will und in wessen Verantwortung die Umsetzung der Kompetenzziele liegen soll.

Forschung ist ebenfalls sehr zentral und wichtig im Zusammenhang mit der Implementierung von neuen Projekten. Evaluationen, welche mit nicht wissenschaftlichen Mitteln und nicht nach klar wissenschaftlichen Kriterien erfolgen oder nicht publiziert werden, sind nicht hilfreich. Zumindest die Sicherstellung der Publikation der Ergebnisse müsste gewährleistet sein.

Das Konzept muss noch einmal überdacht werden hinsichtlich der grundsätzlichen Zielerreichung.

5.2 Andere Bemerkungen

Im Rahmen des Dokuments bleibt bis zum Schluss unklar, wie die Vorstellungen betreffend Rollenteilung zwischen Grundversorgern, weiteren Akteuren des Gesundheitswesens, Gesundheitsligen, Kantonen usw. angedacht ist. Auf ebendiese Schnittstellen müsste das Augenmerk liegen. Zudem ist zu beachten, dass im Rahmen der Prävention in der Gesundheitsversorgung nicht zusätzlich neue Berufsprofile geschaffen werden, sondern dass die bisherigen Fachpersonen ihre Verantwortung in der präventiven Gesundheitsversorgung wahrnehmen (können).

Es entsteht weiter der Eindruck, dass den Ligen und Verbänden, welche sich ausschliesslich auf ein Thema (pathologische Perspektive), z.B. Krebs, Diabetes etc. konzentrieren, viel Freiraum gewährt wird. Die oben angesprochenen Schnittstellen werden dabei aber bei Weitem nicht angegangen.

Es erscheint zudem utopisch, dass im Rahmen von 5 Millionen gleichzeitig Projekte der angesprochenen Akteure im Bereich personalisierte Medizin (wie z.B. anlässlich einer SAMW-Veranstaltung erwähnt), Sucht, psychische Gesundheit, Prävention in der Gesundheitsversorgung allgemein usw. über die vorhandenen Gelder finanziert werden kann. Es wird ebenfalls nicht möglich sein, die im Konzeptbeschrieb enthaltenen Ziele mit einer Gesamtsumme von 5 Millionen zu erreichen, geschweige denn, den Erwartungen der Bevölkerung nach entsprechenden qualitativ hochstehenden Projekten gerecht zu werden und gleichzeitig die nachhaltige Weiterführung erfolgreicher qualitativ den Vorgaben entsprechender Projekte zu sichern. Nachhaltigkeit bedeutet auch, dass sichergestellt werden muss, dass die wirkungsvollen Projekte auch nach der Laufzeit der Strategie weitergeführt werden können, was im Rahmen der anstehenden Sparrunden bzw. der allgemeinen Polemik um steigende Gesundheitskosten schwierig sicherzustellen sein wird.

Die Nachhaltigkeit einer solchen Strategie sollte im Zentrum stehen. Über den bundesrätlichen Tarifeingriff wurde jedoch genau an den für die Umsetzung der Prävention wichtigen Schnittstellen eingegriffen (z.B. interprofessionelle Zusammenarbeit in Abwesenheit des Patienten limitiert) bzw. Entschädigungen dort erodiert, wo eben genau diese für die Prävention

wichtige Qualitätsarbeit geleistet wird. Für die Finanzierung der Schnittstellen scheint sich niemand zuständig zu fühlen und trotzdem sollen genau diese aufgebaut und gepflegt werden für die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung. Es darf nicht sein, dass Partikularinteressen ausschlaggebend sind für die Verteilung von Geldern und damit letztendlich die Bestrebungen der NCD-Strategie verunmöglichen. Konkret heisst dies: werden die präventiven Leistungen nicht entsprechend abgegolten, wird sich die Prävention erneut schwerpunktmässig auf die Krankheit fokussieren und nicht im frühen Stadium ansetzen. Grundsätzlich muss in diesem Zusammenhang auch diskutiert werden, dass es nicht möglich sein wird eine Konsultation um präventive Aspekte zu erweitern, ohne dafür mehr Zeit einzusetzen, welche wiederum abgegolten werden muss. Diese zeitliche Ausweitung von Konsultationen steht jedoch im Kontrast zu den derzeitigen Sparbemühungen von allen Seiten. Präventive Leistungen und deren Sparpotenzial werden sich erst zukünftig auszahlen. Das heisst, dass sich die heutigen Investitionen ‚erst‘ zukünftig rechnen werden. Der return on invest ist nicht im gleichen Zug der Investition sichtbar.

Weiter ist ein Augenmerk auf die Definition der Begrifflichkeiten zu legen. Es sollte sichergestellt sein, dass die Verhaltensprävention nicht vermischt wird mit dem Terminus Gesundheitsförderung, auch im Wissen um die spärliche Finanzierung der Prävention.

Generell vertieft diskutiert werden müssten im Rahmen des vorliegenden Konzepts die strategische Koordination, deren Finanzierung, die Rolle der Kantone und die Rollenverteilung unter den unterschiedlichen Akteuren.