



die *Drei*

Zeitschrift für Anthroposophie in Wissenschaft, Kunst und sozialem Leben

Lieber Leser,

wir haben diesen Artikel für Sie kostenlos zum Download verfügbar gemacht. Das aber heißt nicht, dass er uns nichts gekostet hat. Die Kosten, die bei der Erstellung dieses Artikel anfallen, sind bereits bezahlt. Wir wissen aber noch nicht, wie wir in Zukunft diese Kosten bezahlen können. Wenn Sie häufiger bei uns zu Gast sind, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie bei der Finanzierung unserer Arbeit mithelfen.

Dankbar sind wir für jede kleine Spende!

Die wichtigsten Unterstützer unsere Arbeit sind unsere Abonnenten. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, uns durch Ihr Abonnement dauerhaft zu unterstützen? DIE DREI gibt es sowohl [digital](#) als auch in der [klassischen Druckversion](#) im Jahresabonnement. Wer noch nicht ganz sicher ist, kann auch zunächst unser günstiges [Einstiegsabonnement](#) wählen.

Durch Ihr Abonnement oder Ihre Spende tragen Sie dazu bei, dass Sie auch in Zukunft auf unserer Webseite nach interessanten Artikeln suchen können. Dafür möchten wir Ihnen danken!

Wir wünsche Ihnen beim Lesen viele wichtige Gedankenimpulse!

Die Redaktion

Stefan Schmidt-Troschke

Wider die Entmündigung des Menschen im Gesundheitswesen

Wir leben in einer paradoxen Situation. Die Europäische Integrationsbewegung, der Verfassungsstaat, unsere repräsentative Demokratie, unser Gesundheits- und Sozialsystem und nicht zuletzt die moderne wissenschaftliche Medizin ermöglichen Formen der Selbstbestimmung, wie sie die Menschheit nie zuvor gekannt hat. Auf der anderen Seite sind es eben diese Bedingungen und Instrumente, durch die wir uns um das zu bringen drohen, was sie uns ermöglichen sollen: ein Zusammenleben in und eine menschliche Entwicklung aus Freiheit. Das, was eigentlich erst den Entfaltungsraum für die Entwicklung der menschlichen Freiheit herstellen sollte, wendet sich mit Macht gegen den Menschen selber. Undurchschaubare Verflechtungen zwischen Staat, Wirtschaft und Kulturbereich, mächtige Institutionen, Sicherheitsmaßnahmen, flächendeckende Präventionsprogramme und politisch wie ökonomisch gesetzte Handlungsanreize stehen (um nur einige Beispiele zu nennen) für einen diffus um sich greifenden und subtilen Entzug von Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten.

Im Folgenden soll versucht werden, die Doppelbödigkeit dieser Situation mit einem speziellen Fokus auf das Gesundheitswesen zu betrachten. Sind hier einerseits in den letzten Jahrzehnten kaum je erwartete Handlungsoptionen entstanden, so drohen diese zugleich den Menschen in Zwänge hineinzutreiben, die

den gesamten Ansatz ad absurdum führen. Es werden dazu zunächst die Situation der Medizin und dann die Lage der sozialen Dimension des Gesundheitswesens in den Blick genommen.

Die Rolle der Medizin

Die Medizin hat in den letzten 150 Jahren dazu beigetragen, dass unsere Lebenserwartung deutlich gestiegen ist. Auch wenn sie ihre eigenen Leistungen dabei gern in den Vordergrund stellt, so trägt ihr Anteil an der deutlichen Veränderung der Lebenserwartung in dieser Zeit allerdings nur ca. drei bis vier Jahre. Eigentlich verantwortlich für die Verlängerung der Lebenserwartung um fast 30 Jahre in der westlichen Hemisphäre sind die Modernisierungsbedingungen in den letzten Jahrzehnten.¹ So stolz wir auf den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt sein dürfen – er ist nicht Gegenstand dieser Betrachtung – so greifen viele der Errungenschaften mehr oder weniger ungefragt in die Dispositionen von Menschen, ihre Biographien, ihre Wertsetzungen und Beziehungen ein. Trotz allen Lamentos scheinen wir uns daran gewöhnt zu haben, dass daraus der Entzug von elementaren Selbstbestimmungsrechten resultieren kann.

Die Entrechtung des Menschen in der Medizin hat viele Facetten. Von einer übergreifenden Verschreibungspraxis für Antibiotika und psychoaktive Substanzen bis hin zu fragwürdigen, quasi verpflichtenden Impfprogrammen sind viele Menschen kaum gefeit gegen Eingriffe in ihre Integrität. Zwei Beispiele: Der größte medizinische Aufwand wird heute im letzten Lebensjahr vor dem Tod betrieben und zwar unabhängig davon, ob man schließlich mit 50, 65 oder 85 Jahren stirbt. Viele Menschen allerdings haben dem so nie zugestimmt: Eine 2015 von der Bertelsmann-Stiftung veröffentlichte Studie unter Einschluss von 900.000 Todesfällen zeigte, dass nur drei Prozent der Betroffenen dezidiert einen Krankenhausaufenthalt gewünscht hätten.² Heute sterben immer noch rund 50 Prozent aller Deutschen im Krankenhaus. Ein weiteres Beispiel für eine systemische Grenzüberschreitung: Rund 39 Prozent der Chirurgen in Deutschland geben an, dass sie aufgrund des wirtschaftlichen Drucks mehr Operationen durchführen würden, als medizinisch notwendig wäre.³ Zieht man in Betracht, dass letztlich jede Operation das Risiko für einen tödlichen oder komplizierten Verlauf erhöht, dann wird eine schier unfassbare Grenzüberschreitung vorgenommen: Menschen werden nicht nur unnötige Weise sondern wohl auch unter Vorspiegelung falscher Tatsachen in ihrer körperlichen Unversehrtheit verletzt.

1 Janice C. Wright, Ph.D., & Milton C. Weinstein, Ph.D.: ›Gains in Life Expectancy from Medical Interventions – Standardizing Data on Outcomes‹, in: ›New England Journal of Medicine‹ 1998; 339:380-386.

2 www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/november/medizinische-versorgung-am-lebensende-noch-zu-haeufig-im-krankenhaus/; abgerufen am 23. April 2017.

3 Vgl. Antonius Reifferscheid, Natalie Pomorin, Jürgen Wasem: ›Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung‹, in: ›Deutsche Medizinische Wochenschrift‹ 2015; 140: e129-e135.

Diese Befunde sind einer Situation geschuldet, die der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio so charakterisiert:

Hinter dem politisch verordneten Zeitdiktat verkümmert eine Kultur des Heilens, weil die Behandlung von kranken Menschen immer mehr als messbare Handlung begriffen wird. Das ökonomisierte System suggeriert in problematischer Weise, dass mit der Applikation des Richtigen die Behandlung erschöpft sei. Auf diese Weise gerät der sinnstiftende Dienst am Menschen zu einer personennahen Dienstleistung – nach ökonomisch-verwaltungstechnischen Vorgaben.⁴

Von der sinnstiftenden »persönlichen Hilfeleistung«⁵, genuine und eigentliche Aufgabe der Medizin, bleibt demnach heute nicht viel mehr als die quantifizierbare Verrichtung an einem zunehmend vergegenständlichten Menschen. Das, was Maio als »Kultur des Heilens« beschreibt, ist im Hinblick auf den Kulturaspekt seiner Bedeutung nur qualitativ beschreibbar. Medizin und Pflege haben den Weg aus dieser »Kultur« hinaus gewählt und sich den Kodizes der quantitativen Darstellung ihrer »Leistungen« weitgehend unterworfen. Diese Leistungen sind erfassbar geworden für die numerisch skalierbare Effizienz-Logik ökonomischer Verwertung. Der Mensch selber wird »verwertet« und kann in dieser Logik nur noch als Kunde bzw. Marktteilnehmer bestehen. Dort, wo er als Hilfsbedürftiger gar nicht im engeren Sinne freier Marktteilnehmer sein kann, gerät er zur Verfügungsmasse einer ökonomisch dominierten Pseudo-Logik. Die Ärztliche Tätigkeit wird vor diesem Hintergrund zur Ware. Sie wird nach Gebührenordnung bewertet – umso höher, je mehr technische Verrichtungen daran beteiligt sind. Ärztliche Synthese- und Beziehungstätigkeit aber ist geistige Tätigkeit und als solche »nur individuell inhaltlich erfassbar«.⁶

Die medizinische Warenwirtschaft ist heute eingebunden in mächtige institutionelle Systeme, innerhalb derer es immer um Selbsterhaltung durch Systemstabilisierung geht. Die Vergegenständlichung des Menschen vollzieht sich so unter industriellen Bedingungen. Diese Bedingungen lassen ein selbst verantwortetes Handeln angesichts der Fülle von sogenannten SOPs (Standard Operating Procedures) kaum noch zu. Digital integrierte Algorithmen leiten die Beteiligten durch die Abläufe, die so unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten optimiert werden.

4 Giovanni Maio: »Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell. Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin«, in: »Deutsches Ärzteblatt« 16/2012, A 804ff.

5 Gerhard Kienle: »Neue Wege in der Ausbildung zum Arzt von morgen – »Das Modell Herdecke«, in Peter Selg: »Gerhard Kienle – Leben und Werk. Band II: Ausgewählte Aufsätze und Vorträge«, Dornach 2003, S. 347.

6 Gerhard Kienle: »Die Karzinomatose des sozialen Netzes«, in: »Münchener Medizinische Wochenschrift« 123 (1981), S. 1684ff.

Spiegelung auf der systemischen Ebene

Im Sozialsystem lassen sich analoge Formen der Entfremdung feststellen. Auch hier sind in den letzten 150 Jahren Entwicklungen möglich geworden, die seit Menschengedenken wohl so noch nie existiert haben. In Mitteleuropa leben wir heute in und mit einem System, das – wie es heißt – Sicherheit ermöglicht gegenüber Krankheit und sozialer Verelendung. Mit den Bismarckschen Sozialreformen waren 1883 erstmals Arbeiter verpflichtet worden sich krankenzuversichern. Die Reform stellt einen Meilenstein in für die Sozialgeschichte der Menschheit dar und hat eine breite Nachahmung gefunden, gelten doch ihre wesentlichen Elemente der kollektivierten Solidarität auch heute noch als vorbildlich. Das neu eingeführte Solidarprinzip ermöglichte, dass Beiträge der Versicherten nach Leistungsfähigkeit und Leistungen durch die Versicherung nach Bedürftigkeit erfolgen können. Vieles mehr dazu lässt sich aufzeigen: Die Verabschiedung der Reichsversicherungsordnung 1911 mit der Zusammenfassenden Regelung der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung) und die allmähliche Absicherung weiterer Bereiche, wie zuletzt in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts die Einführung einer verbindlichen Pflegeversicherung in Deutschland.

Diese Schilderung der Verhältnisse entspricht weitgehend der offiziellen Selbstwahrnehmung von Menschen, die für dieses System Verantwortung tragen. Mit der Selbstbestimmung der Menschen in diesem System allerdings ist es nicht weit her. Annähernd die gesamte Bevölkerung in Deutschland ist auf irgendeine Weise sozialversichert. Ein Zustand, der quasi – wie die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlich verankerten Glaubensgemeinschaft – geerbt wird. Die Sozialversicherung ist in der Regel solange selbstverständlich und kaum hinterfragt, wie sie Leistungen gewährt. Sozialwahlen, wie sie in diesem Jahr stattfinden haben für die Mitbestimmung durch die Bürger so gut wie keine Relevanz, da es sich um Listenwahlen von Gewerkschaften und anderen Interessenverbänden handelt, deren Absichten intransparent und deren Kandidaten kaum jemandem bekannt und letztlich auch nicht rechenschaftspflichtig sind. Im Bereich des Gesundheitswesens wurde im heutigen Sozialgesetzbuch festgelegt, dass die gewährten Leistungen »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« sein sollen und das »Maß des Notwendigen« nicht überschreiten sollen.⁷ Dieses »Maß des Notwendigen« wird festgelegt durch den sogenannten gemeinsamen Bundesausschuss, ein Gremium aus Vertretern

⁷ Sozialgesetzbuch V, § 12: »Wirtschaftlichkeitsgebot«.

der Krankenkassen, der Ärztekammern und der Krankenhäusern. Seit 2004 sind Vertreter von Patienteninteressen berechtigt, die Beratungen zu begleiten. Ein Mitbestimmungsrecht besitzen sie nicht. In der jüngsten Vergangenheit wird daher immer mehr daran gezweifelt, ob dieses Gremium über die verfassungsmäßige demokratische Legitimation verfügt.⁸

Auf der systemischen Ebene spiegelt sich noch heute, dass die eigentlich betroffenen Bürger, also Versicherte und Patienten, nicht als Mitgestaltende in Betracht gezogen wurden. Die Deutungshoheit und Definitionsmacht für zentrale Fragen des Lebens und der Gesundheit hatte über Jahrhunderte hinweg bei den Fachleuten gelegen und noch bis in die späten 80er Jahre hinein wurde der Umgang mit Krankheiten überwiegend aus dem Blickwinkel der Gesundheitsberufe thematisiert.⁹ Seit Ende der 60er Jahre leisteten Selbsthilfegruppen Widerstand und definierten ihren Hilfebedarf aus eigener Perspektive. Sie erlebten und formulierten schließlich den Grad der Entfremdung und Verplanung, den sie durch Gesundheits- und Sozialdienste erfahren hatten. Doch erst ab 1991 wurden allmählich Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Mitwirkung der Patienten/Nutzer als Rechte festgeschrieben und als Vorgaben für die Gesundheits- und Sozialberufe gesetzlich geregelt. Es ist bezeichnend, dass die Bundesregierung diese im Sinne unserer Verfassung eigentlich selbstverständlichen Rechte der Bürger erst so spät begonnen hat aktiver zu berücksichtigen. Das ist wohl der »Machtstellung und Interessenvertretung der Professionen, den Bedenken zum Urteilsvermögen der Betroffenen, dem befürchteten Kontrollverlust«¹⁰ zuzuschreiben.

Diese Emanzipationsbewegung ist eindrucksvoll. Nichtsdestotrotz hat sie es bisher nicht vermocht, den Nutzern eine angemessene Mitgestaltung zu ermöglichen.

Die Soziale Frage heute stellt sich anders als vor 100 Jahren. Die Unfreiheit der Beteiligten besteht weniger in der Verelendung der Massen als darin, dass Menschen sich einer subtilen Systemlogik überantworten, die ihnen als fortschrittlich vorgegaukelt wird. Im Rahmen der Dreigliederungsbewegung wurden bereits vor 100 Jahren ein neues Verhältnis zwischen Geistes- Wirtschafts- und Rechtsleben ins Spiel gebracht und aktiv vorgeschlagen. Eine systemische Verwirklichung ist aber nicht in Sicht. Allerdings: Jede Praxisgründung, jedes neue Therapeutikum, jede neue Gesundheitsinitiative, die durch Men-

8 www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/02/17/groehe-prueft-reform-des-gemeinsamen-bundesausschusses; abgerufen am 14. April 2017

9 Vgl. Hans Dietrich Engelhardt: »Patienten als ethische Instanz und Korrektiv im Gesundheitswesen«, in Inken Emrich, Leyla Fröhlich-Güzelsoy & Andreas Frewer: »Ethik in der Medizin aus Patientensicht«, Frankfurt a.M. 2014, S. 54ff.

10 Ebd.

Perspektiven für den Wandel

schen gemeinsam verantwortet wird, ist ein erster Schritt in diese Richtung. In diesem Zusammenhang hat es in den letzten 100 Jahren viele fruchtbringende Impulse gegeben. Patienteninitiativen ermöglichten z.B. Therapeutika. Sogar größere anthroposophische Krankenhäuser konnten aus bürgerschaftlicher Initiative heraus gegründet werden und völlig neue Impulse in das Gesundheitswesen hineingeben. Einer der sicherlich großen Verdienste der Gruppe um Gerhard Kienle war es, die Würde des Patienten neu bewusst zu machen und praktisch zu leben. Beginnend mit der Geburt der Patienten bis zu seinem Scheiden aus dem irdischen Leben wurde unter den Mitarbeitern des 1968 gegründeten Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke eine geistig begründete und bis in das Soziale wirksame, neuartige Atmosphäre geschaffen. Lasierte Farben an den Wänden und der Geruch von ätherischen Ölen waren sinnlicher Ausdruck eines neuen bewussten und geistig durchdrungenen gemeinschaftlichen Arbeitens mit dem Patienten.

Eine um die Wahrheitsfrage ringende Medizin trat hier eine Verbindung ein mit einem neuartigen Sozialimpuls.¹¹ In Anfängen konnte aufleuchten, was es bedeuten kann, wenn Menschen gemeinschaftlich tätig werden, auf der Basis einer lebendigen geistigen Arbeit und im Bezug auf das Bedürfnis der ihnen anvertrauten Menschen – Dreigliederung, immer wieder in Anfängen gelungen, punktuell verwirklicht. Auch viele dieser Einrichtungen leiden gegenwärtig – nachdem die Gründerjahre vorbei sind – an den oben geschilderten Systemzwängen. Sie stehen mehr denn je vor der Herausforderung die notwendige geistige Kraft, soziale Integration und wirtschaftliche Solidität zu entwickeln. Dennoch bleiben sie bis heute Beispiele für den Mut von engagierten Mitgliedern der Zivilgesellschaft, das Schicksal des Gesundheitswesens selber in die Hand zu nehmen.

Die vorhandenen Ansätze bieten viele Anknüpfungsmöglichkeiten in die Zukunft:

11 Hier wird insbesondere Bezug genommen auf die seit den 1960er Jahren gegründeten Gemeinschaftskrankenhäuser in Herdecke und Berlin sowie auf die Filderklinik in Stuttgart. Diese Kliniken hatten und haben den Anspruch, Anthroposophische Medizin und Pflege innerhalb der Regelversorgung als Akutkrankenhäuser erweiternd zu ermöglichen.

1. Der Medizin selber wird die Erkenntnisfrage neu stellen müssen. Das, was heute als »Schulmedizin« etabliert ist, beruht auf Modellen und wird statistisch beschrieben, die mit Wahrheitsfindung im engeren Sinne wenig zu tun haben. Die Anthroposophische Medizin stellt diese Erkenntnisfrage drängend. Sie muss sich allerdings auch selber messen lassen am methodischen Umgang mit der Wahrheitsfrage und kann zugleich schöpferische Anstöße geben für einen not-

wendigen neuen Diskurs darüber, wie Medizin heute neu humanisiert werden kann.¹² Je weniger sie für sich selbst will und je mehr sie sich bereitfindet, die Medizin selber kultivierend zu inspirieren, umso mehr wird sie dem selbst gesetzten Anspruch gerecht werden können. Wesentliche Anstöße werden auch dadurch gegeben werden können, dass komplementäre Ansätze integrativ einbezogen werden – innerhalb des Konzeptes einer Medizin, die sich nicht aufsplittet zwischen »alternativen« und konventionellen Verfahren. In diesem Sinne wird es auch und neu darum gehen, die Präferenzen und die zugrundeliegenden Werte von Patienten zu berücksichtigen und einzubeziehen in eine individualmedizinische Konzeption.

2. Je mehr es gelingt, die Bedingungen einer Gesundheitsversorgung regional zu etablieren und aufeinander (assoziativ!) abzustimmen, desto eher wird es möglich sein eine dem Menschen gemäße und ihn nicht entmündigende Form der Betreuung zu ermöglichen. Erste Versuche in diese Richtung wurden in Form des sogenannten »Modell Herdecke« unternommen, wo es wenigstens ansatzweise gelang, Ärzte, Pflegedienste und ein Krankenhaus aufeinander abgestimmt in eine sinnvolle Beziehung zu bringen. Größere Versuche zu einer regionalen integrierten Versorgung werden derzeit in Hamburg und im Kinzigtal (Schwarzwald) unternommen.¹³ Wesentlich erscheint es, auf regionaler Ebene nach Sozialformen zu suchen, die es Professionellen ermöglichen ihrer Arbeit nachzugehen ohne sie primär nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausrichten zu müssen. Hier bietet sich der Aufbau von Genossenschaften an, an denen – je nach Situation – Bürger und Professionelle beteiligt sein können. Auch international zeigt sich, dass Regionalisierung erst ermöglicht, Bedarf und Bedürfnisse zu erspüren, zu erfassen und innerhalb des vorhandenen Sozialraumes abgestimmt zu befriedigen. Mittelfristig wird es an den Bürgern selber liegen, solche Entwicklungen regional einzufordern bzw. selber zu initiieren.
3. Der soziale Raum, innerhalb dessen Gesundheit durch Medizin ermöglicht wird, muss durch die Betroffenen (Bürger, Versicherte, Patienten) selber mit gestaltet werden. Die Konzepte der Solidargemeinschaften (z.B. »Samarita« oder »Artabana«) haben Prototypen dafür hervorgebracht, wie Bürger selber ihr Solidarsystem aktiv hervorbringen können.

12 Vgl. Peter Heusser: »Der Ruf nach »Rehumanisierung« von Medizin und Wissenschaft und die Aufgabe der Universität Witten/Herdecke«, in: »Der Merkurstab« 2/2017, S. 133-138.

13 Vgl. die von Helmut Hildebrandt entwickelten Strukturen für regionale Netzwerke, einsehbar unter <http://optimedis.de/netzwerke>; abgerufen am 24. April 2017.

DR. STEFAN SCHMIDT-TROSCHKE studierte an der Universität Witten/Herdecke und absolvierte an der Universität Münster und an der Vestischen Kinderklinik in Datteln die Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Von 1997 bis 2013 war er am Gemeinschafts Krankenhaus Herdecke tätig, zuletzt als dessen Vorstand und Ärztlicher Direktor. Seit 2014 ist er Geschäftsführender Vorstand des Bürger- und Patientenverbandes ›Gesundheit aktiv‹.

Diese Modelle sind nicht systemisch direkt übertragbar, zeigen aber, in welche Richtung sich auch die Sozialversicherung längerfristig weiter entwickeln könnte: Viele kleine Solidargemeinschaften könnte es geben, die sich innerhalb gemeinsam verabredeter Grenzen untereinander über die Leistungen abstimmen und im Hinblick auf Großrisiken in einem größeren Zusammenhang abgesichert sind. Interessant sind in diesem Zusammenhang auch sogenannte Peer-to-Peer-Konzepte, wie sie derzeit an vielen Stellen in Europa entstehen.¹⁴ Letztlich könnte es hier zu einer Graswurzel-Bewegung kommen, durch die ein regionales Gesundheitswesen (siehe Punkt 2) und mittelbar auch die Medizin selber durch Bürger ko-kreativ weiter entwickelt und neu angestoßen wird. Solidargemeinschaften könnten sich mit regionalen Gesundheitsinitiativen vernetzen und sie mit ermöglichen.

Es ist bezeichnend, dass Gesundheit und die Fähigkeit zur Gesundheit in der Ottawa-Charter erstmals mit der Möglichkeit zur Selbstbestimmung des Menschen gleichgesetzt worden ist.¹⁵ Im Umkehrschluss kann die in modernen Gesellschaften oft nur teilbewusste Fremdbestimmung durch Menschen verachtende Systemlogik selber zu einer ernsthaften Bedrohung unserer Gesundheit werden. Die Spielräume allerdings sind vorhanden – und sie sind größer als wir denken. Dann, wenn wir unser Bewusstsein für sie öffnen.

14 Vgl. z.B. Armin Steuernagel: ›Die Zukunft der sozialen Sicherung. Von Misstrauen zu Vertrauens-Systemen‹, in Börries Hornemann & Armin Steuernagel (Hrsg.): ›Sozialrevolution!‹, Frankfurt a.M. 2017, S. 144ff. und www.neopolis.network/projects/future-of-social-security/; abgerufen am 24. April 2017.

15 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf; abgerufen am 24. April 2017.