

Es gilt das gesprochene Wort!

## **Strategien für Gesundheit – aus Sicht der Ersatzkassen**

Statement von Thomas Ballast,

Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V.

anlässlich des gemeinsamen Gesundheitsforums  
des Verbandes der Ersatzkassen und der Hanns–Seidel–Stiftung

**„Perspektiven der Gesundheitspolitik –**

**Wege zur Sicherung einer patientengerechten Versorgung**

**zu bezahlbaren Preisen“**

München, 2. Juli 2010

Seit Mittwoch haben wir einen neuen Bundespräsidenten, Herrn Christan Wulff. Kurzfristig sah es ja so aus, als ob die Koalitionsregierung in Berlin an der Wahl eines neuen Bundespräsidenten scheitern könnte, aber letztendlich hat dann doch die Koalitionsräson gewonnen. Damit steht der Bundesregierung nun wirklich in diesem Jahr keine Wahl mehr im Weg, um die Herausforderungen anzugehen, die notwendig

sind, um unser Gesundheitswesen zu reformieren. Und Reformen sind zwingend notwendig.

Denn wir stehen vor großen Herausforderungen. 2011 erwarten wir ein GKV-Defizit in Höhe von ca. 11 Milliarden Euro. Dies ist das größte Defizit, was jemals für die Krankenkassen vorhergesagt wurde. Dieses Defizit ist aber keineswegs aus dem Nichts entstanden, sondern es ist vor allem auf politische Entscheidungen der letzten Legislaturperiode zurückzuführen. Lassen Sie mich zunächst noch einmal aufzählen, über welche Entscheidungen ich spreche.

Auf der Leistungserbringerseite sind dies:

- Die Honorarreform für Ärzte, die einem schon vorher insgesamt überdurchschnittlich gut verdienenden Berufsstand eine kräftige Erhöhung der Vergütung beschert hat. Die Ausgabensteigerung in 2009 betrug hier 3,5 Milliarden Euro.
- Die Krankenhausfinanzierungsreform, die die Investitionsdefizite der Länder nicht behoben und Krankenhausüberkapazitäten konserviert hat. Hier betrug die Ausgabensteigerung in 2009 rund 3,4 Milliarden Euro.
- Die seit vielen Jahren versäumten echten Strukturreformen auf der Seite der Leistungserbringung hin zu einer Öffnung zu mehr Vertragswettbewerb und einer echten Überwindung der Sektorengrenze.
- Sowie die bislang verpasste und erst derzeit, unter einem liberalen Gesundheitsminister, angegangene Reform des Arzneimittelmarkts, auf dem es im vergangenen Jahr zu Ausgabensteigerungen von nur 5 Prozent gegenüber 2008 gekommen ist. Ich sage hier „nur“ 5 Prozent, da wir 2008 noch eine Steigerung von 11 Prozent hatten. Aber auch diese 5 Prozent entsprechen Mehrausgaben von immerhin 1,5 Milliarden Euro.

Dazu kommen die Hinterlassenschaften auf der Einnahmenseite:

- Eine sich chronifizierende Einnahmekrise, bewirkt durch den Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse, die Zunahme von Teilzeitjobs und Scheinselbstständigkeiten sowie zunehmende befristete Beschäftigungsverhältnisse.
- Einen Gesundheitsfonds, der den Kassen die Beitragssatzautonomie raubte und schon im ersten Jahr seiner Einführung nur durch erhöhte Steuerzuschüsse ausgeglichen werden konnte.
- Eine Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,6 Beitragspunkte ohne langfristige Gegenfinanzierung.
- Sowie hinzukommend ein nachbesserungsbedürftiger Risikostrukturausgleich, dessen ungenaue Verteilung bereits Anfang des Jahres einige Kassen gezwungen hat, Zusatzbeiträge zu erheben.

Angesichts dieser Situation, die durch die externen Effekte von Wirtschafts- und Eurokrise noch verschärft wurden, sind nun alle Anstrengungen zu unternehmen, die finanzielle Situation in der GKV nachhaltig zu stabilisieren. Ansonsten riskieren wir, dass es schon in naher Zukunft zu massiven Einschnitten bei den Leistungen in der GKV kommt. Es bedarf daher einer sektorübergreifenden Strukturreform auf der Leistungserbringerseite sowie einer dauerhaften und auf langfristige Stabilität ausgelegten Finanzreform.

Lassen Sie mich aufgrund der aktuellen Lage und weil das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) sich auch eher als Spargesetz liest, mit der Ausgabe-seite beginnen. Dazu haben wir Vorschläge in die politische Diskussion eingebracht, die sowohl kurz-, mittel- wie auch langfristig zur Steuerung der Ausgabenentwicklung beitragen:

## Kurzfristig möglich wäre ...

- ... zunächst die Wiedereinführung eines Begrenzungsmechanismus, der ein Ausbrechen der Ausgabenentwicklung verhindert. Zum Beispiel über die Verständigung auf einen Indikator, durch den die allgemeine Ausgabenentwicklung an die Entwicklung der Einnahmen geknüpft wird.

Dies trägt zur Konsolidierung der GKV bei und erhält gleichzeitig die notwendige Flexibilität der Akteure im Gesundheitswesen – bis zum Wirksamwerden einer nachhaltigen Finanzierungsreform, sozusagen im Sinne einer Notbremse.

- ... die Reduzierung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel. Keinem Bürger kann mehr erklärt werden, warum Schnittblumen zu Zierzwecken mit 7 Prozent, lebensnotwendige Arzneimittel aber mit 19 Prozent besteuert werden. Eine Änderung würde die Ausgaben für Arzneimittel der GKV um etwa 3 Milliarden Euro senken – daneben auch die Belastungen der Versicherten für Arzneimittel im Selbstmedikationsbereich. Nachdem Österreich im vergangenen Jahr entschieden hat, die volle Umsatzbesteuerung auf Arzneimittel abzuschaffen, sollte Deutschland (neben Bulgarien und Dänemark) nicht das einzige Land in der Europäischen Union sein, das hier das Schlusslicht bildet. Ich weiß, dass die Politik dies nicht hören will, aber werden ermäßigten Mehrwertsteuersatz für das Hotel- und Übernachtungsgewerbe einführt – Kosten 3,5 Milliarden Euro für das Staatssäckel – der sollte auch darüber nachdenken, ob die Gesundheit nicht wichtiger ist.

- ... die **Begrenzung des Ausgabenanstiegs für die ärztliche Vergütung**. Durch eine Nullrunde bei der Preisentwicklung 2011 und einer Überführung der Einzelleistungsvergütung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung würde der rasante Ausgabenanstieg im ambulanten Bereich gebremst und gegenüber der jetzigen Gesetzeslage zu Einsparungen von 1,1 Milliarden führen. Die Wiedereinführung der

Freiwilligkeit von Hausarztverträgen (§ 73b SGB V) würde ebenfalls Zusatzausgaben von 1,5 Milliarden Euro verhindern und uns Raum geben, die ärztliche Versorgung grundsätzlich zu überdenken; Ich weiß, ich bin hier in Bayern, dem Bundesland, welches sozusagen der Geburtsort des § 73b war, aber deshalb muss gerade hier ausgesprochen werden, was zu sagen ist. Der vdek ist nicht gegen Hausarztverträge, nein wir sind sogar Befürworter einer Lotsenfunktion des Hausarztes und einer Stärkung seiner Position im Zusammenspiel mit den übrigen Leistungserbringern im ambulanten wie auch stationären Bereich. Aber Zwangsverträge mit Monopolanbietern, wie sie dem jetzigen § 73b immanent sind, führen nur zu überhöhten Kosten bei zu geringem Leistungs- und Qualitätszuwachs. Auch hinsichtlich ihrer Sicherstellung der Versorgung hätten wir mehr Spielräume. Wir haben nicht zu wenig Ärzte, auch nicht zu wenig Hausärzte. Wir haben ein Verteilungsproblem. Unsere Devise lautet daher: Umsteuern und Überkapazitäten in Regionen umleiten, dorthin, wo Bedarf besteht und wo die Versorgung auch durch Krankenhäuser nicht sichergestellt werden kann.

- ... das **Einfrieren der Preise im Krankenhaus**. Durch eine Nullrunde im Krankenhausbereich ließen sich 1,1 Milliarden Euro einsparen.

Weitere 750 Millionen Euro wären zu heben, wenn die Vergütungen für die außerhalb der Krankenhausbudgets produzierten Mehrleistungen gesenkt würden. Eine solche Regelung hatten wir schon einmal, sie ist fälschlicherweise aufgehoben worden. Der stationäre Bereich ist der mit Abstand größte Ausgabenblock in der Krankenversicherung. Die Ausgaben der GKV sind im letzten Jahr nochmals um 6,7 Prozent gestiegen. Eine wirksame Kostenbegrenzung ohne die Krankenhäuser ist nicht zu machen. Heute noch konkurrieren zu viele Krankenhäuser um eine begrenzte Patientenzahl. Das ist weder für die Patienten noch für die Krankenhäuser, noch für die Kassen gut. In Verantwortung aller – insbesondere auch der Länder – müssen wir

erreichen, dass überkommene Strukturen, die Anreize für Fehlbelegungen geben, zurückgeführt werden. Die Kassen aber brauchen die Möglichkeit, für bestimmte festzulegende Leistungen, individuelle Versorgungsverträge abschließen zu können. Damit sind weder radikale Einkaufsmodelle im Krankenhausbereich gemeint noch eine Einschränkung der freien Krankenhauswahl. Wir wollen damit vielmehr die sektorübergreifende Versorgung stärken und eine Anpassung des lokalen und regionalen Angebotes an den tatsächlichen Bedarf fördern.

- ...im Arzneimittelbereich den pharmazeutischen Herstellern einen gerechtfertigten Sparbeitrag abzuverlangen. Hierzu begrüßen wir die ehrliche Absicht der Bundesregierung. Das **Anheben des Herstellerabschlags** für patentgeschützte, festbetragsfreie Arzneimittel von 6 auf 16 Prozent und das Preismoratorium sind richtige Schritte. Was noch fehlt ist eine **Stabilisierung des Apothekenabschlags** (ca. 330 Millionen Euro) auf 2,30 Euro – nicht 2,10 Euro, wie derzeit im Sparpaket vorgeschlagen – sowie die **Weitergabe der Großhandelsrabatte** (derzeit angeblich 40 Prozent an Apotheken) an die GKV. Bei den weitergehenden Plänen des Gesetzgebers, nachzulesen in dem Referentenentwurf zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, allen voran die Nutzenbewertung für neue Arzneimittel, bin ich noch skeptisch. Zwar hat die Bundesregierung mit der schnellen Nutzenbewertung und den Preisverhandlungen zwischen Kassen und Herstellern grundsätzlich unsere Anregungen aufgegriffen, viele Detailregelungen sorgen aber dafür, dass hinsichtlich einer schnellen Umsetzbarkeit und der Realisierung von Effizienzreserven erhebliche Zweifel angebracht sind. Nennenswerte Effizienzgewinne sind hier in den nächsten Jahren nicht zu erwarten.

Mit unseren ergänzenden Sparvorschlägen und dem Rösler'schen Arzneimittelsparpaket könnte die GKV bereits im nächsten Jahr **über 5,3 Milliarden Euro** einsparen und nicht nur vier Milliarden Euro, so wie es die Bundesregierung möchte. Und da

sind Einsparungen über eine reduzierte Mehrwertsteuer auf Arzneimittel nicht mit eingerechnet, weil auch ich nicht damit rechne, dass diese Idee im Moment auch nur geringste Realisierungschancen hat.

Aber ich kann noch weitere **400 Millionen Euro Einsparpotenzial von den gesetzlichen Krankenversicherungen** selbst beisteuern. Dazu müsste nur der bereits kritisierte Zusatzbeitrag – sofern er nicht gestrichen wird – im **Quellenabzugsverfahren** erhoben werden dürfen. Unterm Strich könnte, durch unsere Vorschläge, die **Belastung der Versicherten um 5,7 Milliarden Euro deutlich geringer** gehalten werden, als dies die Bundesregierung beabsichtigt. Das wäre m. E. ein richtiges und wichtiges Zeichen.

Mittelfristig müssen wir in der Krankenversicherung endlich echten Wettbewerb leben dürfen...

- Die mit dem GKV-WSG erweiterten Vertragsmöglichkeiten enthalten bereits viele Instrumente für einen Wettbewerb für eine verbesserte Versorgung im Interesse der Versicherten. Dabei bilden die Kollektivverträge die Grundlage und Basis einer flächendeckenden Versorgung. Perspektivisch ist eine weitere Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten, insbesondere in den stationären Sektor hinein erforderlich, um besondere Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanstrengungen zu fördern. Voraussetzung dafür sind flankierende gesetzliche Rahmenbedingungen (Budgetbereinigung etc.), die die Anreize für die Wettbewerbsteilnehmer setzen. Dabei darf es aber nicht, wie in der hausarztzentrierten Versorgung dazu kommen, dass ein Monopol gegen ein anderes ausgetauscht wird. Mit Monopolisten lassen sich keine Qualitätsverbesserungen erzielen – weder regional noch überregional.
- Der **Qualität der Versorgung** muss aber mittelfristig ein höherer Stellenwert zukommen. Grundvoraussetzung dafür ist **Transparenz**. Ohne Transparenz kein Wett-

bewerb, ohne Wettbewerb kein Anreiz für gute Leistungen. Mit der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) und Veröffentlichungspflicht der Krankenhausberichte sind vor einigen Jahren erste Schritte unternommen worden. Noch weigern sich aber die meisten Krankenhäuser, ihre individuellen Ergebnisse zu veröffentlichen. Hier sind wir bei den Pflegeeinrichtungen deutlich weiter. Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde ein weiterer wichtiger Schritt getan, indem die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität im Internet veröffentlicht werden. Die Ersatzkassen tun dies mit dem **Pflegelotsen** – einem Portal, das bei den Versicherten offenbar sehr gut ankommt. Mittlerweile greifen jeden Tag mehr als 100.000 Nutzer darauf zu. In der konkreten Vorbereitung ist ein weiterer "Lotse", mit dem wir auf geeignete Weise versuchen, zu mehr Angebotstransparenz im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich beizutragen.

- **Wettbewerb** braucht auch **gleichlange Spieße**. Mit der Honorarreform der Ärzte zum 01.01.2009 wurden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen beseitigt und der Grundsatz gleiches Geld für gleiche Leistung umgesetzt. Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds sind gleiche und faire Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen unabdingbar. Daher müssen auch für den **vertragszahnärztlichen Bereich** die historisch bedingten **Honorarunterschiede** zwischen den Kassenarten beseitigt werden. Die derzeitige Schieflage steht einem funktionalen Wettbewerb entgegen und muss ausgeglichen werden. Hierzu haben wir gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einen tauglichen Vorschlag gemacht.

- Die gleichlangen Spieße braucht es aber auch im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. Dazu bedarf es einer Reform des Morbi-RSA, der in seiner jetzigen Ausgestaltung zu unverhältnismäßigen Verwerfungen geführt hat. Durch die Prävalenzgewichtung des BVA wurden weit verbreitete Volkskrankheiten in den Vordergrund gerückt, eng abgrenzbare, schwere und teure Krankheiten hingegen vernach-

lässigt. Die Erfahrungen aus dem ersten Jahr des morbiditätsorientierten RSA haben gezeigt, dass hierdurch finanzielle Verwerfungen entstehen können, die allein schon die Notwendigkeit der Erhebung von Zusatzbeiträgen nach sich ziehen können. Die Ersatzkassen schlagen daher eine Reform des Morbi-RSA mit dem Ziel vor, diesen auf das notwendige Maß zu reduzieren, ihn zu vereinfachen und manipulationsunanfälliger zu gestalten. Dazu ist es notwendig, die Krankheitsauswahl für den Morbi-RSA auf die 50 teuersten Krankheiten, gemessen an den mittleren Leistungsausgaben je betroffenen Versicherten, zu begrenzen. Zur besseren Abdeckung der Kosten von Hochrisikofällen ist ein flankierender Hochrisikopool mit einem Schwellenwert von 50 Tsd. Euro und einem Selbstbehalt von 20 Prozent einzuführen. Der RSA kann mit diesem Vorschlag auf das notwendige Maß reduziert werden. Gleichzeitig kann damit ein Beitrag zur Verringerung der Komplexität des Verfahrens geleistet werden.

- Darüber hinaus erfordert der Wettbewerb um neue Versorgungsformen auch, dass die Krankenkassen einem **vergleichbaren Wettbewerbsrahmen** unterliegen. Bereits in der Vergangenheit hat die unterschiedliche Zuständigkeit der Länderaufsichten für landesunmittelbare Kassen und des Bundesversicherungsamtes für bundesunmittelbare Kassen zu divergierenden Entscheidungen geführt. Mit einem zunehmenden Vertragswettbewerb könnte sich dieses Problem verschärfen und im Zweifel zu Klärungs- und Zuständigkeitsdiskussionen zwischen den Aufsichtsbehörden führen.

### **Langfristig ...**

- ... müssen wir in den Blick nehmen, dass unsere Gesellschaft ein **verändertes Versorgungsspektrum** benötigt. Schon heute sprechen wir von "einer Gesellschaft des längeren Lebens". Heute werden demografische Fragen häufig unter Kostengesichtspunkten diskutiert. Da werden Ausgabensteigerungen in der GKV unkritisch

mit dem demografischen Wandel begründet, um ein im Ergebnis dramatisches Zukunftsbild zu entwerfen. Ein Bild, das im Zweifel dazu dienen soll, monetäre oder berufsständische Gegenwartsinteressen zu generieren. Richtig ist: Seit den 70er Jahren übersteigt die Sterbeziffer in Deutschland die Geburtenziffer. Seit Beginn der 90er Jahre steigt zudem die Lebenserwartung kontinuierlich an. Zurzeit sind in Deutschland 16 Millionen Menschen 65 Jahre und älter. 2030 werden es 22 Millionen sein; bei insgesamt schrumpfender Bevölkerung. Häufig werden die Menschen gleichzeitig mehrere Erkrankungen haben. Das erfordert eine stärker **geriatrisch ausgerichtete Versorgung**. Deshalb gilt es, rechtzeitig geeignete Versorgungskonzepte zu entwickeln, die Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen und auch **Prävention im Alter** neu zu denken. Alte Menschen brauchen daneben aber auch eine andere Ansprache. Demenzerkrankungen, eingeschränkte Beweglichkeit und verlängerte Reaktionszeiten der Patienten müssen von Ärzten wie Pflegekräften berücksichtigt werden und stellen insofern neue Herausforderungen an das medizinisch-pflegerische Personal. Auf Seiten der Pflegeversicherung bedeutet dies aber auch eine entsprechende Anpassung des Pflegebegriffes. Bereits bei einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und nicht erst beim Erreichen einer somatisch bedingten Einschränkung muss den Pflegebedürftigen geholfen werden. Wir müssen heute die Weichen stellen, um den Herausforderungen von morgen Rechnung tragen zu können. Dieser Verantwortung können wir uns nicht entziehen.

Die Reformen dürfen aber nicht mit der **Ausgabenseite** enden. Wir brauchen auch und vor allem eine sozial gerechte Reform auf der **Finanzierungsseite**.

In Zeiten, in denen jede Woche ein neuer Finanzierungsvorschlag verkündet wird, ist es schwierig, von einem aktuellen Vorschlag zu sprechen. Ein Vorschlag scheint, nicht zuletzt dank Ihnen, Herr Minister Söder, vom Tisch zu sein. Die Kopfpauschale oder genauer gesagt die einkommensunabhängige Prämie mit „automatischem“ So-

zialausgleich. Mir ist noch nicht im Detail mitgeteilt worden, was gestern auf der Klausurtagung der Gesundheitsexperten von CDU/CSU und FDP besprochen worden ist – ich bin aber sicher, Herr Minister Söder wird uns gleich noch Näheres dazu berichten – aber derzeit sieht der sich aktuell abzeichnende Kompromiss zur Finanzreform der GKV danach aus, dass die **pauschalen Zusatzbeiträge „weiterentwickelt“** werden – was in der Praxis nichts anderes bedeutet, als dass die 1-prozentige Belastungsgrenze auf 2 Prozent angehoben oder ganz gestrichen wird. Daneben soll der **Arbeitgeberbeitrag festgeschrieben** werden. Als „Trostpflaster“ erhält die GKV einmalig weitere 2 Milliarden Euro aus dem Steuertopf. Damit würde sich das prognostizierte Defizit von 11 Milliarden Euro auf 9 Milliarden Euro verringern. Weitere 4 Milliarden Euro will der Bundesgesundheitsminister durch diverse Einzelsparmaßnahmen erreichen, wovon der Arzneimittelbereich mit erhofften 2 Milliarden Euro (1,5 Milliarden Euro Herstellerabschlag, Erhöhung des Apothekenabschlages auf 2,10 Euro ergibt 100 Millionen Euro sowie Absenkung der Großhandelsmarge 400 Millionen Euro) den größten Teil besteuern soll. Bleibt noch ein Defizit von 5 Milliarden Euro, welches durch Zusatzbeiträge – die nichts anderes sind als die von Herrn Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler geforderte kleine Kopfpauschale – von den Versicherten alleine zu tragen ist. Denn 5 Milliarden Euro bedeuten durchschnittlich rund 8 Euro Zusatzbeitrag für jedes Mitglied. Wir haben Kopfpauschalen immer abgelehnt, da sind wir ganz auf Ihrer Linie, Herr Minister Söder. Aber es ist auch sozial nicht ausgewogen, die Arbeitgeber außen vor zu lassen. In Röslers Ursprungskonzept von vor gut vier Wochen war das fairer geregelt. Da sollten auch die Arbeitgeber ihren Beitrag in Form eines um 0,3 Prozentpunkte höheren Beitragsatzes leisten. Jetzt sollen die **Arbeitgeberbeiträge auf 7 Prozent eingefroren** werden. Das halten wir nicht für sozial gerecht und auch für die zukünftige Entwicklung der Ausgaben in der GKV fatal.

Denn damit wird die Verantwortung der Arbeitgeber für ein effizientes Versorgungssystem schwinden. Darüber hinaus bedeutet das Einfrieren des Arbeitgeberanteils nichts anderes als einen weiteren Schritt zu einem Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung und einem Nachgeben der alten Arbeitgeberforderung nach Auszahlung der Sozialbeiträge an den Arbeitnehmer. Langfristig stellt dies aber eine Gefahr für den gesellschaftlichen Zusammenhalt dar. Deshalb fordern die Ersatzkassen schon immer, dass die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst weitgehend wiederhergestellt werden muss. Wir bevorzugen ein einkommensbezogenes System, bei dem auch gewährleistet sein muss, dass der Arbeitgeberanteil nicht ein für allemal auf diesem Niveau bleibt. Es muss einen Anpassungsmechanismus geben, damit bei entsprechender wirtschaftlicher Entwicklung und Kostensteigerungen nicht ausschließlich der Versicherte derjenige ist, der die Kosten trägt.

Daneben müssen sich die Krankenkassen und ihre Versicherten auf die Finanzmittel des Staates verlassen können. Auch wenn sich momentan abzeichnet, dass die GKV im nächsten Jahr, wie auch schon in diesem Jahr, einmalig wieder mehr Geld als ursprünglich geplant durch den Staat bekommt – so hätte dies auch genauso gut anders ausgehen können.

Wir haben das in der Vergangenheit erlebt und mit der verfassungsrechtlich gebotenen Konsolidierung des Bundeshaushaltes – ich sage nur das Stichwort Schuldenbremse – können wir nicht auf weitere Einmalzuweisungen hoffen. Deshalb brauchen wir eine verbindliche Zusage, dass sich der Zuschuss verstetigt und für uns verlässlich ist.