



Spitzenverband



Informiert und selbstbestimmt entscheiden

Positionen für ein Patientenrechtegesetz

Beschlossen vom Verwaltungsrat am 07. September 2011



Die gesundheitliche Versorgung hat in Deutschland ein hohes Niveau. Es bestehen jedoch Defizite bei der Ausgestaltung und Durchsetzung von Patientenrechten. Patienten benötigen Rechtssicherheit, umfassende Informationen und vollständige Transparenz über ihre Rechte und über die Angebote von Gesundheitsleistungen. Sie haben Anspruch darauf, dass die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Ein Patientenrechtegesetz muss im gesamten Rechtssystem durchgängig Patientenautonomie sicherstellen. Bei den Krankenkassen stellt die soziale Selbstverwaltung mit ihren in Sozialwahlen demokratisch legitimierten Verwaltungsräten die Vertretung der Patienteninteressen sicher. Die Mitglieder der Selbstverwaltung stehen im direkten Kontakt zur Basis und lösen die Probleme sachgerecht und lebensnah. Gleichzeitig wird ein Ausgleich zwischen den Interessen der Patienten und denen der Beitragszahler garantiert.

1. Mehr Informationsrechte für Patienten

Ein Patientenrechtegesetz muss den umfassenden Informationsanspruch von Patienten gegenüber Ärzten und anderen Leistungserbringern statuieren. Im Behandlungsverhältnis ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Patient vom Arzt alle erforderlichen Informationen erhält, um auf dieser Basis selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Hierbei ist auch der Situation Rechnung zu tragen, dass sich Patient und Arzt in der Regel nicht auf „Augenhöhe“ begegnen. Patienten haben nicht nur einen rein fachlichen (medizinischen) Wissensnachteil, sie sind zusätzlich noch unmittelbar betroffen und befinden sich durch die Krankheit unter Umständen in einer persönlichen Krisen- und Notsituation.

Die Aufklärungspflichten gegenüber dem Patienten sind im Hinblick auf die Erfolgsaussichten, die Art, den Umfang, die Risiken der Behandlung und bestehende standardmäßige Alternativen auch im Vergleich zur Nichtbehandlung gesetzlich zu präzisieren. Ein unterzeichnetes Aufklärungsformular ist dem Patienten vor der Behandlung in Kopie auszuhändigen, damit klar dokumentiert ist, wann die Aufklärung erfolgt ist. So kann auch sichergestellt werden, dass dem Patienten genügend Zeit verbleibt, um sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden. Die Beweislast für die ordnungsgemäße Aufklärung muss beim Behandler liegen. Bei Notfallindikationen ist sie gegebenenfalls nachzuholen.

Informationsdefizite sind auch die erste Hürde, an der die Patienten ihre Rechte nicht wahrnehmen, scheitern bzw. aufgeben. Damit der Patient seine Rechte kennt, sind Aufklärungs- und Informationspflichten festzulegen. Neben den Aufklärungspflichten des Arztes und anderer Leistungserbringer ist es für die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten von Bedeutung über die Qualität von Leistungen informiert zu werden. Hier sind die rechtlichen Möglichkeiten der Kranken- und Pflegekassen zu stärken.

2. Klarheit über Patientenrechte schaffen

Die Rechte von Patienten sind bisher weder abschließend noch zentral geregelt. Dies führt dazu, dass sich die Patienten nicht „mit einem Blick“ über ihre Rechte informieren können. Der GKV-Spitzenverband unterstützt daher die Forderung nach einem Patientenrechtegesetz, das die zersplitterte Gesetzgebung im Bereich der Patientenrechte so weit wie möglich bündelt, Rechte verbessert, Vollzugsdefizite verringert und Intransparenz beseitigt.

Bei vermuteten Behandlungs- und Pflegefehlern müssen Patienten so früh und schnell wie möglich an die erforderlichen Informationen, insbesondere ihre Krankenakte, gelangen. Werden die Unterlagen nicht, unvollständig oder nicht innerhalb einer angemessenen Frist herausgegeben, ist sicherzustellen, dass dies nicht zu Lasten der Patienten geht. Hierzu gehören Beweiserleichterungen für Patienten bei Dokumentationsmängeln und eine Beweislastumkehr, wenn Dokumentationen nicht oder nicht vollständig vorhanden sind bzw. herausgegeben werden. Darüber hinaus sollten Patienten das Recht erhalten, Fehler in ihren Behandlungsunterlagen korrigieren zu lassen.

3. Anforderungen an den Behandlungsvertrag

Die am Behandlungsvertrag Beteiligten müssen ihre Rechte und Pflichten kennen. Die bisher fehlende Transparenz des Rechte- und Pflichtengefüges sollte mit einer präzisen Kodifizierung des Behandlungsvertrages im Dienstvertragsrecht des BGB hergestellt werden. Inhaltlich sind die Anforderungen an der Rechtsprechung des BGH auszurichten. Die Regelungen sind darüber hinaus an den

verfassungsrechtlichen Grundsätzen, insbesondere der Gewährleistung der Patientenautonomie, zu orientieren und auszubauen bzw. im Sinne verbesserter Patientenrechte weiterzuentwickeln.

Im Behandlungsvertrag ist die vertragliche Haftung wegen ärztlicher Behandlungsfehler als Verletzung des Dienstvertrages zu normieren. Es ist verbindlich zu regeln, dass der Patient gegen den behandelnden Arzt bzw. den Klinikträger einen Anspruch auf Schmerzensgeld und Schadensersatz hat, wenn der Behandlungsvertrag durch einen ärztlichen Behandlungsfehler schuldhaft verletzt wird und er dadurch einen Schaden erleidet. Der Geltungsbereich sollte auf alle Heilberufe ausgeweitet werden. Der Behandlungsvertrag sollte die wesentlichen Haupt- und Nebenpflichten regeln. Dies sind insbesondere:

- Vertragstypische Pflichten
- Anwendungsbereich
- Kündigungsrechte
- Aufklärung
- Einwilligung
- Dokumentation
- ärztliche Schweigepflicht
- Schadensersatz und Schmerzensgeld bei Behandlungsfehlern
- Beweislast bei Behandlungsfehlern

Zur Stärkung der Betroffenen von Behandlungsfehlern sollten die von der Rechtsprechung entwickelten Maßstäbe für Beweiserleichterungen gesetzlich ausgestaltet werden. Bei der Kodifizierung ist darauf zu achten, dass es nicht zu einer Verminderung der bereits durch die Rechtsprechung bestehenden Beweiserleichterungen oder einer Festschreibung des Status quo kommt. Bei der Behandlungsfehlerhaftung tragen grundsätzlich Patienten die volle Beweislast für das Vorliegen eines ärztlichen Fehlers. Die Rechtsprechung lässt aus Billigkeitsgründen und unter dem Gesichtspunkt der "Waffengleichheit" nur in einzelnen Konstellationen Beweiserleichterungen bzw. eine Beweislastumkehr zu. Zur Gewährleistung einer prozessualen Chancengleichheit ist es erforderlich, dass die Beweislast neu verteilt und nicht nur einer der Parteien auferlegt wird. Gesetzlich zu regeln ist, dass Patienten wie bisher den Behandlungsfehler und den Schaden

beweisen. Wenn jedoch Behandlungsfehler und Schaden bewiesen sind, wird auch deren Kausalzusammenhang widerlegbar vermutet. Die Behandlerseite muss dann nachweisen, dass kein Ursachenzusammenhang besteht.

4. Patientenrechtegesetz muss auch den Behandlern Sicherheit geben

Ein Patientenrechtegesetz dient auch den berechtigten Interessen der Ärzte und anderer Leistungserbringer. Sie benötigen im Alltag übersichtliche gesetzliche Regelungen. Oftmals müssen binnen Sekunden verantwortungsvolle Entscheidungen getroffen werden. Dann bleibt keine Zeit für eine Prüfung der Rechtslage. Auch in ihrer Arbeits- oder Fortbildungszeit ist es Ärzten nicht zumutbar, sich zum großen Teil mit rechtlichen Fragestellungen zu beschäftigen. Das liegt nicht im Interesse der Patienten und ihrer Krankenkassen. Ein Patientenrechtegesetz, das klar die Rechte und Pflichten im Arzt-Patienten-Verhältnis regelt, hilft damit allen am Behandlungsprozess Beteiligten. Klare juristische Regelungen minimieren Bürokratie und es wird mehr Zeit für die Versorgung der Patienten gewonnen.

5. Fehlervermeidungskultur fördern

In der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung müssen mehr Anreize geschaffen werden, um Behandlungs- und Pflegefehler sowie sonstige Medizinschäden zu vermeiden. Es bedarf eines Bündels von Regeln für ein Risikomanagement, freiwillige Fehlermeldesysteme und ein Beschwerdemanagement. Dieser Mix muss fester Bestandteil eines Qualitätsmanagements in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf sämtlichen Versorgungsebenen sein.

Klinisches Risikomanagement und Fehlerberichtssysteme als Teil davon sind wichtige Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens. Diese müssen flächendeckend etabliert sein. Der Aufbau dieser Systeme ist aus den bestehenden Zuschlägen für Qualitätssicherungsmaßnahmen zu finanzieren.

Freiwillige Fehlermeldesysteme sind erforderlich und werden dann von Mitarbeitern genutzt und unterstützt, wenn den Berichtenden arbeitsrechtlich Sanktionsfreiheit für die Berichte von Fehlern und Beinaheschäden zugestanden wird, so wie es in Dänemark 2004 auf gesetzlicher Ebene bereits realisiert wurde. Anonyme Fehlerberichte haben den Nachteil, dass die Möglichkeit zu gezielten fachlichen Nachfragen fehlt.

Für Krankenhäuser ist die Errichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtend festzuschreiben. Das ist wichtig, da Patienten in hohem Maße von ihrer Versorgungsumgebung abhängig sind. Ein Beschwerdemanagement im Rahmen der einrichtungsinternen Qualitätssicherung liegt auch im Interesse der Krankenhäuser.

Darüber hinaus ist die Förderung von Fehlerregistern für Medizinprodukte und Arzneimittel vorzusehen.

6. Anspruch auf sektorübergreifendes Versorgungsmanagement konkretisieren

Die Umsetzung des Anspruchs auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs.4 SGB V ist zu konkretisieren. So sollten die Leistungserbringer dazu verpflichtet werden, beim Übergang zu anderen Leistungserbringern sicherzustellen, dass standardisierte Informationen z.B. bezüglich des individuell festgelegten Therapieplans an die weiterbehandelnden Leistungserbringer weitergegeben werden. Zudem sind die Schnittstellen zum Fallmanagement der Krankenkassen zu optimieren. So ist die rechtzeitige Informationsweitergabe von der stationären Einrichtung an die Krankenkassen für einen nahtlosen Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung in die ambulante Behandlung zu regeln. Diese Informationen sind Voraussetzung dafür, dass die Leistungen (z. B. häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Hilfsmittel) für den Patienten in der individuellen Behandlungssituation so koordiniert werden können, dass sie passgenau und rechtzeitig zur Verfügung stehen. In diesem Kontext sind auch datenschutzrechtliche Klarstellungen erforderlich, um ein zeitnahes und zielgerichtetes Fallmanagement der Krankenkassen nicht zu konterkarieren. Eine entsprechende Regelung könnte im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes erfolgen. Die notwendigen Verbesserungen sollten sich jedoch nicht nur auf das Entlassungsmanagement konzentrieren.

Auch in die ambulanten Versorgungsstrukturen von Medizin und Pflege muss ein Risikomanagement hineingetragen werden. Die Richtlinie des G-BA zum Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung bietet hierzu bereits erste Ansatzpunkte. Wichtig für Neuregelungen ist die systematische Berücksichtigung des Themas Versorgungsschnittstellen (z. B. Krankenhausaufnahme und -entlassung) sowie der fachgebietsübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit während des gesamten Versorgungsprozesses. Es muss erreicht werden, dass Patientensicherheit sowohl innerhalb monoprofessioneller Handlungsfelder als auch innerhalb einzelner Versorgungssektoren optimiert wird und die Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen berücksichtigt werden, sodass diese nicht - z. B. wegen unklarer Zuständigkeiten - unbearbeitet bleiben.

7. Unterstützung der Versicherten durch Krankenkassen bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler

Krankenkassen unterstützen ihre Versicherten bereits heute nach § 66 SGB V bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler. Damit entsprechende Fälle systematisch erkannt und die Unterstützung der Versicherten regelhafter geleistet werden kann, sollten die Regelungen des § 294a SGB V, wonach Leistungserbringer verpflichtet sind, unaufgefordert den Krankenkassen drittverursachte Gesundheitsschäden mitzuteilen, in der Vorschrift präzisiert werden. Zudem sind die Verfahrensrechte der Patienten in Arzthaftungsprozessen in geeigneter Weise zu stärken. Spezialkammern für das Arzthaftungsrecht sind obligatorisch vorzusehen. Ihnen sollte aufgrund der Sachnähe auch das Arzneimittel- und Medizinproduktehaftungsrecht zugeordnet werden.

§ 66 SGB V, nach dem Krankenkassen ihre Versicherten unterstützen können, soll als „Muss“- Vorschrift mit gleichzeitiger Erfassung aller drittverursachten Medizinschäden, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen stehen, in Überschrift und Gesetzestext angepasst werden. Eine entsprechende Verpflichtung entspricht dem Interesse aller Versicherten. Sofern Patienten ihre Krankenkasse bevollmächtigt haben ihre Ansprüche zu prüfen, muss das uneingeschränkte Akteneinsichtsrecht in der Praxis sichergestellt werden.

Zur Unterstützung der Patienten muss zudem das Einsichtsrecht in die Pflegedokumentation gesetzlich verankert werden.

8. Verbindliche Regelungen für IGeL

Vor dem Hintergrund der deutlichen Zuwächse bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) müssen verbindliche Regeln für den Umgang mit IGeL festgeschrieben werden. Der Patient, der in der Regel wegen eines konkreten Gesundheitsproblems medizinische Hilfe suchend die Praxis eines Arztes betritt, befindet sich in einer besonders verletzlichen Situation. Er kommt mit seinen gesundheitlichen Beschwerden und Sorgen und vertraut dabei auf die Kompetenzen des Arztes. Wird dem Patienten nun – in der Regel jenseits seines Anliegens, mit dem er die Praxis aufgesucht hat – eine Selbstzahlerleistung zur Diagnostik oder Therapie angeboten, sind die Rahmenbedingungen für eine wohl begründete und abgewogene Entscheidungsfindung erschwert. Verbunden mit der in der Regel unzureichenden Beratung durch den anbietenden Arzt kann er nur schwer verantwortlich für sich entscheiden, welche Bedeutung und Konsequenz eine zusätzliche Diagnostik und Therapie auf eigene Kosten hat. Eine Ablehnung des (Leistungs-)Angebotes kann auch durch die Angst des Patienten, ansonsten schlechter behandelt zu werden, erschwert werden. Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher für eine grundsätzliche 24-stündige Einwilligungssperrfrist, eine Schriftformerfordernis und eine Konkretisierung der Beratungsanforderungen aus. Bevor der Arzt IGeL anbietet, hat er über den nach dem Leistungskatalog der GKV verfügbaren Diagnose- und Behandlungspfad für das zur Konsultation führende Gesundheitsproblem zu informieren und den Patienten auf Vor- und Nachteile der IGeL, deren Konsequenzen und Alternativen hinzuweisen. Nur in den Fällen, in denen die Selbstzahlerleistung auf aktive Nachfrage des GKV-Versicherten hin erbracht werden soll, könnte mit schriftlicher Erklärung auf die Einwilligungssperrfrist verzichtet werden.

9. Selbstverwaltung garantiert Vertretung der Patienteninteressen

Die soziale Selbstverwaltung mit ihren in Sozialwahlen demokratisch legitimierten Verwaltungsräten stellt die Vertretung der Patienteninteressen sachgerecht und lebensnah sicher. Gesetzlicher Auftrag der Krankenkassen ist es, alle medizinisch notwendigen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Patienten haben ein berechtigtes Interesse an einer möglichst umfassenden und hochwertigen Versorgung. Die Selbstverwaltung garantiert in diesem Kontext den notwendigen Ausgleich zwischen den Interessen der Patienten und denen der Beitragszahler. Das ist von Organisationen, die lediglich Partikularinteressen vertreten, nicht leistbar.

Verwaltungsräte sind Ansprechpartner für die Sorgen und Nöte der Versicherten. Sie setzen sich z. B. in Widerspruchsausschüssen für die Versicherten ein und überprüfen schnell und unbürokratisch Entscheidungen der Krankenkasse. Sie erhalten hier auch wichtige Hinweise z. B. für das Qualitätsmanagement ihrer Krankenkasse. Diese Erfahrungen fließen in die Arbeit des Verwaltungsrates ein, der zusammen mit den hauptamtlichen Vorständen die strategische Ausrichtung der Krankenkasse bestimmt.

Um bei den Bürgerinnen und Bürgern die Akzeptanz in die gesetzliche Krankenversicherung weiterhin zu gewährleisten und das Vertrauen in die Krankenkassen zu stärken, muss der Trend der Politik, die Aufgaben der Selbstverwaltung einzuschränken, beendet werden. Die Selbstverwaltung braucht für die Krankenkassen mehr Gestaltungsräume.

Die Einführung von Mitberatungsrechten von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss oder auch in den Zulassungs- und Berufungsausschüssen auf Landesebene hat dazu beigetragen, die Transparenz und Akzeptanz der Entscheidungen bei Patienten- und Selbsthilfeorganisationen zu erhöhen.

Dass Patienten in der Versorgungsgestaltung mitberaten, ist ein Beitrag zur Vervollständigung der Perspektive. Eine darüber hinausgehende Verankerung von Entscheidungsrechten ist insbesondere wegen der fehlenden demokratischen Legitimation und der fehlenden Finanzverantwortung der Patienten- und

Selbsthilfeorganisationen abzulehnen. Es ist darauf zu achten, dass subjektiv dominierende Interessenlagen gegeneinander abgewogen werden können bzw. sich nicht unverhältnismäßig, auch gegenüber den Interessen der Versicherten-gemeinschaft, durchsetzen.

10. Arzneimittelhaftung klar regeln und Studien-transparenz erhöhen

Mit der Novellierung des Arzneimittelgesetzes im Jahre 2002 wurde die Arzneimittelhaftung neu geregelt und ein Auskunftsanspruch für den geschädigten Arzneimittelverbraucher sowie eine Kausalitätsvermutung neu eingeführt.

Während der neue Auskunftsanspruch in mehreren Fällen zugunsten des Arzneimittelverbrauchers durchgesetzt werden konnte, ist die Kausalitätsvermutung wegen zahlreicher Ausnahmen bisher nicht zur Anwendung gekommen. Da die volle Beweislast für die Kausalität zwischen Arzneimittelanwendung und Schaden faktisch wie bisher beim Geschädigten verbleibt, hat sich in der Praxis gegenüber der Gesetzeslage vor dem 01.08.2002 nichts geändert. Hier besteht gesetzlicher Nachbesserungsbedarf, um die verbraucherpolitisch gewollte Verbesserung der rechtlichen Stellung geschädigter Arzneimittelkonsumenten zu ermöglichen.

Zur Sicherheitsüberwachung von Arzneimitteln ist es notwendig, dass der pharmazeutische Unternehmer nach Marktzulassung bzw. Inverkehrbringen alle Basisdaten zugänglich macht. Risiken können so sehr viel eher erkannt werden und die entsprechenden Konsequenzen zum Schutz der Patienten frühzeitig gezogen werden.

Von Pharmaunternehmen finanzierte klinische Studien stellen den therapeutischen Nutzen eines Arzneimittels häufig als zu positiv dar und verschweigen Risiken. Da die Empfehlungen von medizinischen Fachgesellschaften auf diesen Studienergebnissen basieren und möglicherweise fehlerhaft sind, besteht die Gefahr, dass Ärzte ihre Patienten nicht angemessen informieren. Es sind daher Maßnahmen zu ergreifen, die den Zugang der Öffentlichkeit zu Studienprotokollen und Ergebnissen gewährleisten und so das Zurückhalten von Informationen über gefährliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen verhindern.

11. Weiterentwicklung des Medizinproduktegesetzes

Das Medizinproduktegesetz (MPG) enthält bisher keine eigenen Auskunfts- und Haftungsnormen. Aufgrund ihrer Anwendung am Menschen sollten Medizinprodukte haftungsrechtlich wie Arzneimittel behandelt werden. Das MPG ist daher zur Erhöhung der Patientensicherheit weiterzuentwickeln. Derzeit fehlen Sanktionsmöglichkeiten für den Fall, dass Medizinproduktehersteller oder Anwender ihrer Meldepflicht gem. § 3 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) nicht nachkommen. Es ist außerdem notwendig, die Liste der Produktarten, für die Hersteller und Anwender eine Rückverfolgbarkeit garantieren müssen, auf alle implantierbaren Medizinprodukte zu erweitern. Zusätzlich sollten bei erkennbarem Bedarf Register für Produkte hoher Risikoklassen zur Langzeitverfolgung eingeführt werden. Durch gesetzliche Vorschriften ist bei Anwendern und Produkthanbietern eine Vollerhebung aller Patientenfälle und Produkte innerhalb der jeweiligen Register sicherzustellen. Darüber hinaus sollten die Hersteller von Medizinprodukten über eine Herstellerabgabe zur Finanzierung von Studien und Registern herangezogen werden. Außerdem ist sicherzustellen, dass eine kurzfristige Auswertung der Datenbanken und Umsetzung der Erkenntnisse möglich wird.

Es ist inakzeptabel, dass Medizinprodukte höherer Risikoklassen aufgrund einer behaupteten Ähnlichkeit zu bereits im Markt befindlichen Produkten allein nach Durchführung von sogenannten Bioäquivalenzstudien in Tiermodellen ein CE-Kennzeichen erhalten, ohne zuvor in klinischen Prüfungen am Menschen untersucht worden zu sein. Der Gesetzgeber muss klinische Prüfungen mit Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III verpflichtend vorschreiben. Diese sollen, wo immer möglich, aus Gründen der Patientensicherheit im Vergleich zum vorhandenen Therapiestandard erfolgen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Anwender Informationen über den Stellenwert des neuen Produktes im Vergleich zu den verfügbaren Therapiealternativen bekommen.

Entsprechendes gilt für den Nachweis des medizinischen Nutzens bei neuartigen Hilfsmitteln. Die im Sozialgesetzbuch verankerte einschlägige Rechtsvorschrift verlangt den Nutznachweis nur, soweit er „erforderlich“ ist, ohne diesen Aspekt zu präzisieren. Die Rechtsprechung tendiert zunehmend zu der Rechtsauslegung, dass ein Nutznachweis, der i. d. R. auch eine Risikoanalyse umfasst, nach allgemein anerkannten Maßstäben bei Hilfsmitteln nicht notwendig ist. Dabei ist es

unbestritten ethische wie auch gesellschaftliche Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, Versicherten notwendige und wirksame Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen, sie aber auch vor Anwendungsrisiken zu schützen. Darüber hinaus bedarf es mehr Versorgungsforschungsdaten, um im Versorgungsalltag den Nutzen von neuen Produkten nachzuweisen.

Notwendig ist zudem die Schaffung einer spezifischen Auskunft- und Haftungsnorm auf europäischer Ebene für Schadensfälle mit fehlerhaften Medizinprodukten.

