
Qualitätswettbewerb im Gesundheitsmarkt – Perspektiven der forschenden Pharmaindustrie

Andreas Penk

1. Zur Rolle des Wettbewerbs

Eines der dringlichsten Probleme des Gesundheitssystems in Deutschland, aber auch in vielen anderen entwickelten Industrieländern ist die wachsende Finanzierungslücke, also die zunehmende Kluft zwischen dem steigenden Bedarf nach Gesundheitsleistungen und den begrenzten Mitteln. Bei der Suche nach neuen Lösungskonzepten kommt der Beantwortung der Frage nach einer adäquaten Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle zu. Grund hierfür ist die bekannte *Eigenschaft des Wettbewerbs*, dass er als inhärenter Mechanismus der Erhöhung von Effektivität und Effizienz dient, aber diese Effekte nur innerhalb einer Marktordnung erzielen kann.

Der Wettbewerb hat allerdings neben der im Gesundheitswesen besonders häufig genannten Preisdimension einen zweiten wichtigen Aspekt, nämlich die Qualitätsdimension. Was sind aber die Aufgaben, die diesen beiden Elementen des Wettbewerbs zukommen, und was sind die Unterschiede zwischen ihnen? Die Rolle eines funktionierenden Preiswettbewerbs ist es, bei den Anbietern Rationalisierungsprozesse auszulösen, die für die Verbraucher zu sinkenden Preisen für eine gegebene Leistung oder ein bestimmtes Produkt führen. Leistungen oder Güter werden dadurch kostengünstiger erbracht bzw. hergestellt, und die

Kostensenkungen führen zu sinkenden Preisen. Der Qualitätswettbewerb hingegen sorgt dafür, dass nicht nur die Suche nach den günstigsten Preisen, sondern auch nach den besten Versorgungsergebnissen stimuliert wird.¹

Im Gesundheitswesen stehen diesen positiven Allokationswirkungen zahlreiche Gründe gegenüber, die dazu führen, dass ein reiner Marktmechanismus hier nicht zu optimalen Verteilungsergebnissen führt. Das wohl populärste Argument ist hierbei die Komplexität der angebotenen Güter und Dienstleistungen, die Informationsasymmetrien zwischen der Anbieter- und der Nachfragerseite mit sich bringt: Ein gut ausgebildeter Arzt hat naturgemäß gegenüber einem durchschnittlichen Patienten einen erheblichen Informationsvorsprung. Und Ähnliches gilt überhaupt für die Vielzahl der Akteure, die an der Bereitstellung oder Erbringung von Gesundheitsleistungen beteiligt sind – namentlich u. a. Ärzte, Krankenhäuser und Experten sowie Unternehmen der Diagnostik, Medizintechnik oder biopharmazeutischen Industrie. Die Tatsache, dass Gesundheitsleistungen als meritorische Güter angesehen werden, sind ein weiteres Argument, das von Wettbewerbskritikern häufig gegen die Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen angeführt wird.² Das impliziert, dass die Verteilungsergebnisse eines reinen Marktsystems unter sozial- oder gesellschaftspolitischen Gesichtspunkten kritisch gesehen werden. Der gewichtigste versicherungstechnische Grund liegt in der Unsicherheit des Ereignisses „Krankheit“. Hierdurch entstehen Fehlanreize, die einen funktionierenden Preismechanismus verhindern. In der politischen Praxis kommt hinzu, dass Wettbewerb häufig zwar für die anderen gefordert, aber für den eigenen Bereich abgelehnt wird, insbesondere dann, wenn der Prozess der Transformation vom Status quo in ein Wettbewerbssystem mit temporären Verlusten verbunden ist.

Die Besonderheiten von Gesundheitsgütern und damit

des Gesundheitsmarktes sind jedoch weder ein hinreichender noch ein notwendiger Grund für eine vollkommene Ablehnung von Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen. Vielmehr gibt es einen übergreifenden wissenschaftlichen Konsens darüber, dass der Wettbewerb in Versorgungssystemen eine zentrale Rolle spielt.³ Denn die ökonomischen Wirkkräfte können auch dann nicht außer Kraft gesetzt werden, wenn die Entscheidungen der Akteure durch eine engmaschige Regulierung gelenkt und dadurch möglicherweise ineffektive Fehlallokationen im Gesamtsystem verursacht werden. Es kommt daher darauf an, die unbestrittenen Positivwirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitssystem so weit wie möglich zu nutzen, ohne die gesellschaftlich gewollten sozialpolitischen Ziele, etwa das der Solidarität, zu vernachlässigen. Als Lösungsmodell für diese auch in anderen Sektoren existierende Aufgabe wurde in Deutschland die „Soziale Marktwirtschaft“ entwickelt. Andere Wirtschafts- oder Gesellschaftssysteme haben das Konzept einer „workable competition“ oder „managed competition“ in verschiedenen Sektoren umgesetzt.

2. Soziale Marktwirtschaft: Ausgangsbasis für Wirtschaft- und Innovationskraft

Die *Soziale Marktwirtschaft*, von Alfred Müller-Armack 1947 entworfen und unter der Regierung von Konrad Adenauer vor allem von seinem Wirtschaftsminister Ludwig Erhard in den Fünfzigerjahren eingeführt, prägt seit Generationen unser Denken.⁴ Sie verbindet – als Gegenmodell zum „Manchester-Kapitalismus“ einerseits und zum Sozialismus andererseits – die Vorteile einer Wettbewerbsordnung mit den solidarischen Zielen unserer Gesellschaft.⁵ Verschiedenen Wirtschaftsbereichen und Sektoren diente

dieser Rahmen in der Vergangenheit als Grundlage für internationale Wettbewerbsfähigkeit und herausragende Erfolge.

Welchen Einfluss längerfristig unterschiedliche Wettbewerbsordnungen auf die *Wirtschafts- und Innovationskraft* eines Sektors oder einer Branche haben, kann man sich beispielhaft an der deutschen Automobilindustrie verdeutlichen. Unter einer sozialistischen Wirtschaftsordnung spielte die Automobilindustrie der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik im internationalen Maßstab keine nennenswerte Rolle. Sinnbild hierfür sind die mittlerweile legendären Volksautos Trabant („Trabi“) und Wartburg. Technologische Innovationen (Erfindungen) und ein Technologietransfer auf andere Branchen gingen von der Automobilindustrie kaum in nennenswertem Umfang aus. Die Automobilindustrie war in der DDR kein Innovationstreiber und Wachstumsfaktor.

Die westdeutsche Automobilindustrie dagegen wies im gleichen Zeitraum eine hohe Innovationsdynamik auf. Dabei lag der Fokus nicht ausschließlich auf der Rationalisierung der Fertigungsprozesse. Vielmehr wurden durch die Umsetzung neu gewonnener technischer Erkenntnisse im Laufe der Zeit die Ausstattung und die Sicherheit der Autos kontinuierlich weiterentwickelt. Veränderten Kundenwünschen und steigenden Anforderungen der Käufer konnte durch eine immer größere Modellvielfalt und Qualität immer besser entsprochen werden. Gleichzeitig profitierten neben den Kunden auch die mit der Automobilbranche verbundenen Branchen – etwa die gesamte Zuliefererindustrie –, die Wissenschaft und letztendlich die gesamte Gesellschaft von der Sogwirkung, die von der Innovationskraft der führenden Unternehmen ausging.

Selbstverständlich können die Automobilbranche und der Gesundheitsmarkt nicht ohne Weiteres miteinander verglichen werden. Dennoch ist es eine interessante Frage,

ob (und wenn ja, wie) man Erfahrungen anderer Branchen nutzen und daraus lernen kann, um Konzepte für die Lösung der Finanzierungs- und Effektivitätsprobleme im Gesundheitswesen zu entwickeln. Beim Gesundheitswesen handelt es sich ebenfalls um ein Ensemble verschiedener innovationsgetriebener und wissensbasierter Wirtschaftszweige, sodass es ebenfalls vom Wettbewerb profitieren kann. Eine Besonderheit dieses Sektors ist allerdings, dass hier auch der gesetzliche Auftrag zu erfüllen ist, der vorschreibt, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sichergestellt sein muss. Dies ist stets bei allen wettbewerbsbezogenen Konzepten und Denkansätzen zu berücksichtigen. Ein grundsätzlicher Widerspruch liegt hier jedoch nicht vor. Es gilt vielmehr, beides angemessen zu vereinen.

3. Wettbewerb und Solidarität: Zwei Säulen einer Marktordnung

In der gesundheitspolitischen Diskussion werden die beiden zentralen Zielsetzungen – *Beflügelung der Innovationskraft* und *Wahrung der Solidarität* – regelmäßig als Antagonismen verstanden. Meist stehen sich dabei eine staatlich administrierte Einheitsversorgung als Modell eines Gesundheitswesens ohne Wettbewerbselemente und ein System eines vollkommen unbeschränkten Wettbewerbs als unvereinbare Gegenpole gegenüber. Durch diese Zuspitzung der Diskussion wird eine Öffnung des gegenwärtigen Systems bereits im Keim erstickt, weil die zweite Systemvariante unter Solidaritäts- und Gerechtigkeitsgesichtsaspekten mit einer *sozialen* Marktwirtschaft nicht zu vereinbaren ist. Die zu erwartenden Bestrebungen der Krankenkassen, die „Gesunden“ als Mitglieder zu gewinnen und die „Kranken“ möglichst loszuwerden, wer-

den als entscheidender Grund für die Ablehnung von Marktelementen im Gesundheitssystem angeführt, zu meist mit Verweis auf das US-amerikanische System.

Zu einer anderen Perspektive gelangt man dann, wenn Wettbewerb und Solidarität als zwei unterschiedliche Elemente einer Marktordnung verstanden werden, die nur gemeinsam zu einer optimalen Gesundheitsversorgung verhelfen können. Denn erst diese Perspektive erlaubt die Diskussion der Fragen, an welcher Stelle, in welchem Umfang und in welcher Form ein Wettbewerb zu besseren Ergebnissen führt. Will man die Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft auch im Gesundheitswesen verankern, muss an die Stelle der lange umkämpften Alternative „Markt versus Staat“ die Frage nach der optimalen Kombination beider Dimensionen treten. Es geht also nicht um ein Entweder-oder, sondern vielmehr um ein Sowohl-als-auch.

Die Aufgabe des Staates in einer solchen Marktordnung muss es sein, den *Rahmen für den Wettbewerb* zu definieren und seine Beachtung durch die Akteure sicherzustellen – ggf. unter Einsatz von Kontrollinstanzen und Sanktionsinstrumenten. Anders als im gegenwärtigen System darf der Staat die Entscheidungen der Beteiligten nicht im Detail beeinflussen wollen. Nur dann können Wettbewerbs- und Suchprozesse einsetzen. Die Aufgabe des Staates besteht vielmehr darin, sozialpolitische Verteilungsziele durch Ausgleichsmechanismen (wie Transferzahlungen) zu verfolgen, nicht aber darin, die Prinzipien des Wettbewerbs außer Kraft zu setzen.

Dass eine wettbewerbsorientierte Marktordnung und eine gesicherte Grundversorgung im Einklang stehen können, hat uns z. B. die Telekommunikationsbranche gelehrt. So führte beispielsweise die Privatisierung der ehemaligen Deutschen Bundespost zu einer Vielfalt von Dienstleistungsangeboten und einer hohen Innovationsdynamik –

ohne dass es dabei zu Versorgungslücken gekommen wäre, auch bei den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen nicht.



Abb. 1
Quelle: Bosten Consulting Group

Das Analogon der Telekommunikationsbranche ist zwar ebenfalls nur bedingt auf das Gesundheitswesen übertragbar, denn im Medizinbereich sind nur wenige Versicherte in der Lage, die Qualität von Produkten, Leistungen und Ergebnissen zu bewerten. Dennoch zeigt es auf, dass die Differenzierung von Leistungen und Produkten über ein als „ausreichend“ angesehenes Niveau hinaus zu positiven Innovationswirkungen geführt hat, von denen auch diejenigen Telefonkunden profitieren, die sich bei den Endgeräten nicht im High-End-Bereich bewegen oder die nur kurze Sprechzeiten nutzen. Die Innovationsdynamik beispielsweise im Bereich der Endgeräte (etwa Handys) hat dazu geführt, dass qualitativ immer bessere Geräte in

kurzer Zeit immer preisgünstiger wurden. Dadurch konnte ein immer größerer Kreis von den Vorteilen von den Innovationen profitieren, und die Anbieter wurden zu einer hohen Innovationsdynamik gezwungen. Trotzdem war gleichzeitig der Versorgungsauftrag nie gefährdet. Verschiedene Tarife passten sich immer besser an die individuellen Telefongewohnheiten einzelner Kundengruppen an.

4. Preisfokussierung als Status quo des Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt

Eine solche Dynamik und Entwicklung wie im Automobil- und Telekommunikationsbereich wird in unserem stark regulierten – und von den meisten Experten sogar als überreguliert angesehenen Gesundheitssystem – geradezu verhindert. Zum einen wird durch eine systemweit einheitliche Regulierung die Vielfalt der Güter, Organisationsformen und Versorgungsprozesse behindert. Zum anderen sind die Regelungen überwiegend *eindimensional auf die Preis- und Kostenkomponente* ausgerichtet. Aus der Theorie dynamischer, komplexer Systeme weiß man, dass sich die auf eine Dimension ausgerichteten Anreize selbst verstärken. Überträgt man dies auf das Gesundheitssystem, heißt dies, dass es selbst für Innovatoren immer schwieriger wird, die Qualität der Versorgung als positives Differenzierungsmerkmal herauszuheben, das auch mit wirtschaftlichem Erfolg am Markt bestehen kann. Die Konsequenz dieser Strukturen ist eine immer stärkere *Marktdominanz der Preis- bzw. Kostenführer*.

Als Beispiel können die bundesweit eingeführten Disease-Management-Programme (DMP) für chronische Erkrankungen wie Diabetes, Asthma/COPD oder Koronare Herzkrankungen (KH) dienen. Sie legen in Form von Rechtsverordnungen Therapieziele, Behandlungsparame-

ter, Therapiemaßnahmen und Wirkstoffe sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen fest. Eine Vereinbarung, die von den DMP-Vorgaben abweicht, gefährdet die Ausgleichszahlungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) für die Krankenkassen. Solche einheitlichen Regelungen verhindern einen Wettbewerb um das „beste“, also effektivste und erfolgreichste DMP. Risikostratifizierte Ansätze oder individualisierte DMP-Konzepte, mit denen den Erfordernissen der jeweiligen Krankheit oder den Wünschen der Versicherten besser entsprochen würde, konnten sich nicht entwickeln oder hatten in Deutschland im System der gesetzlichen Krankenversicherung keine Marktchance.

Als Zwischenfazit muss festgehalten werden: Um einen Qualitätswettbewerb zu entfachen, sind Differenzierungsmöglichkeiten notwendig.

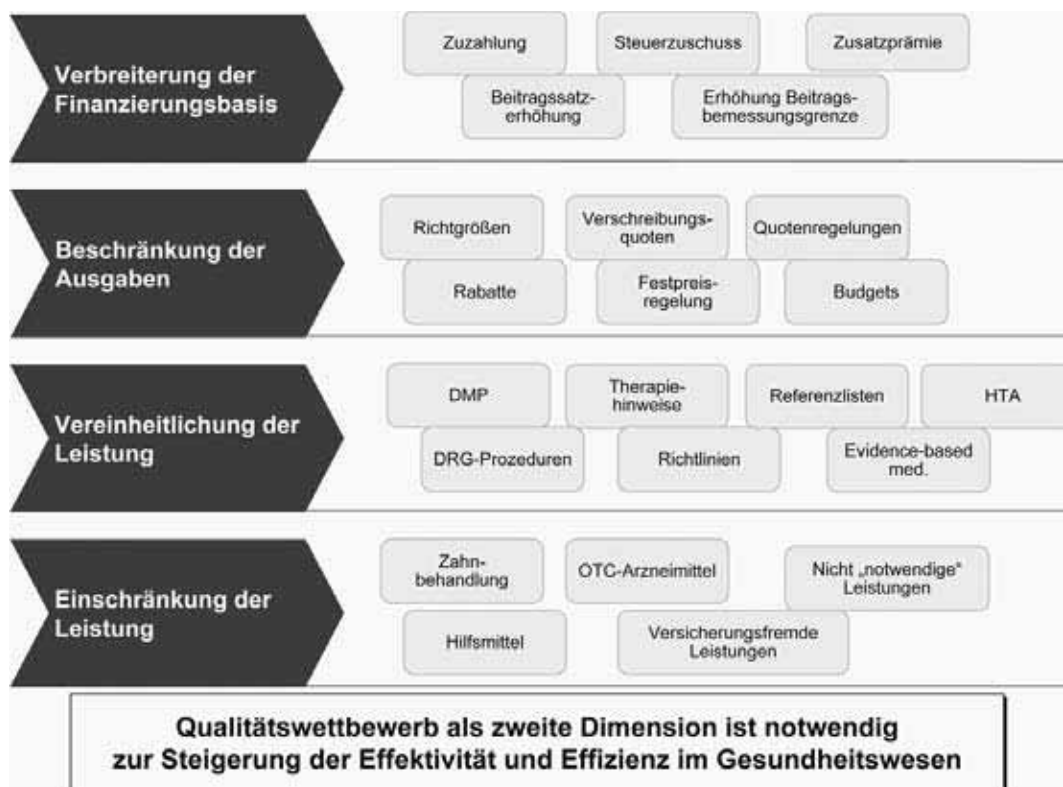


Abb. 2

Quelle: Eigene Darstellung

Qualitätsinitiativen und Innovationsprozesse finden im deutschen Gesundheitswesen vorwiegend dort statt, wo sich Entscheidungsfreiräume und Aktionsbereiche mit einer geringen Regulierungsdichte befinden. Ein wichtiger Bereich ist das Krankenhaus, das als eigenständige Wirtschaftseinheit – im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung – über eigenständige Entscheidungsparameter verfügt. Andere Beispiele für Leistungsvielfalt, Differenzierung und Ausrichtung spezifischer Angebote finden sich in Branchen, die dem traditionellen Gesundheitswesen benachbart sind, wie z. B. im Wellnessbereich und dem Gesundheitstourismus. Aber auch im Rahmen der Integrierten Versorgung, neuer Versorgungsformen (Medizinische Versorgungszentren, MVZ) oder sonstigen Kooperationen werden inzwischen zunehmend verschiedenartige Versorgungsangebote erprobt.

All diesen Angeboten ist allerdings gemeinsam, dass die Differenzierung lediglich am Rande des Gesamtsystems stattfindet. So werden als Konsequenz der mangelnden Möglichkeiten innerhalb des GKV-Systems differenzierte, qualitativ hochwertige Leistungsangebote, wie z. B. Beratungsservice und individuelle Zusatzleistungen, lediglich außerhalb des solidarischen Systems angeboten. Der Zugang zu diesen Selbstzahlerleistungen bleibt damit dem einkommensschwachen Teil der Bevölkerung zumeist verwehrt. Und auch die neuen Versorgungsangebote verstoßen gegen Gerechtigkeitsvorstellungen. Denn das Versorgungsangebot ist auf Regionen oder bestimmte Krankheiten begrenzt und steht so nur einem kleinen Teil der Bevölkerung zur Verfügung. Viele können von den Vorzügen solcher Angebote nicht profitieren. Selbst die seit Jahren intensiv diskutierte und vom Gesetzgeber durch finanzielle Anreize unterstützte Integrierte Versorgung umfasste Ende des ersten Quartals 2007 nur 3671 Verträge. Damit profitieren davon gegenwärtig lediglich 4,1 Mio. Versicherten (bei ins-

gesamt 72 Mio. GKV-Versicherten) – also eine Minderheit von weniger als 10 %.⁶

Aus eigenen Erfahrungen und Gesprächen mit verschiedenen Beteiligten können wir bestätigen, dass großräumige und krankheitsübergreifende Initiativen gegenwärtig kaum realisierbar sind. Auch wir können neuartige Angebote aktuell lediglich in bestimmten Regionen – wie z. B. dem Aktionsbereich der Gesellschaft „Gesundes Kinzigtal“ oder dem Land Sachsen-Anhalt – oder für bestimmte Indikationen anbieten. So konzentrieren wir uns zum Beispiel mit dem Modellprojekt einer Initiative zur Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Demenzpatienten (IDA⁷) auf die Region Mittelfranken. Im Rahmen der Präventionskampagne „Ein Herz für Sachsen-Anhalt“⁸ können wir uns mit unseren Kooperationspartnern nur an Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in diesem Bundesland wenden. Und im „Rauchfreien Kinzigtal“⁹ profitieren eben nur die Bewohner eines kleinen Landstriches im mittleren Schwarzwald von einem neuartigen Raucherentwöhnungsprogramm im Rahmen eines innovativen Integrierten Versorgungsangebotes der AOK und LKK. Für die weitere Entwicklung des Systems wird es wichtig sein, aus solchen Projekten zu lernen und einen Rahmen für Kooperationsmodelle zu schaffen, die größere Freiräume schaffen für die Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und Leistungserbringern oder Krankenkassen, etwa im Sinne von projektbezogenen Public-Private-Partnerships. Derartige Projekt-PPP können die Keimzelle für die Entwicklung eines Qualitätswettbewerbs sein.

Um einen derartigen *Qualitätswettbewerb als ein prägendes Merkmal* im Gesundheitswesen zu verankern, sind einige Voraussetzungen auf der Systemebene zu erfüllen:

- Entwicklung einer Kultur der Kooperation und Zusammenarbeit im Sinne von „Public-Private-Partnership“ (PPP) zwischen dem privaten Wirtschaftssektor und den Leistungserbringern,

- Zusammenarbeit im Sinne von „Win-Win“ zwischen dem privatwirtschaftlichem Bereich des Gesundheitswesens und dem öffentlichen bzw. öffentlich-rechtlichen Sektor,
- Eröffnung von Spielräumen zur Selbstorganisation,
- Möglichkeiten von Kooperationen, die über ein Sponsoring im üblichen Sinne hinausgehen und bei dem alle Beteiligten ihre eigenen institutionellen Ziele verfolgen können.

5. Integration eines Qualitätswettbewerbs in das deutsche Gesundheitssystem

Um derartige Ansätze auf eine breite Basis zu stellen, sind Voraussetzungen zu schaffen, die alle Beteiligten in eine neue Rolle versetzen. Diese Ansatzpunkte werden in der folgenden Abbildung illustriert:

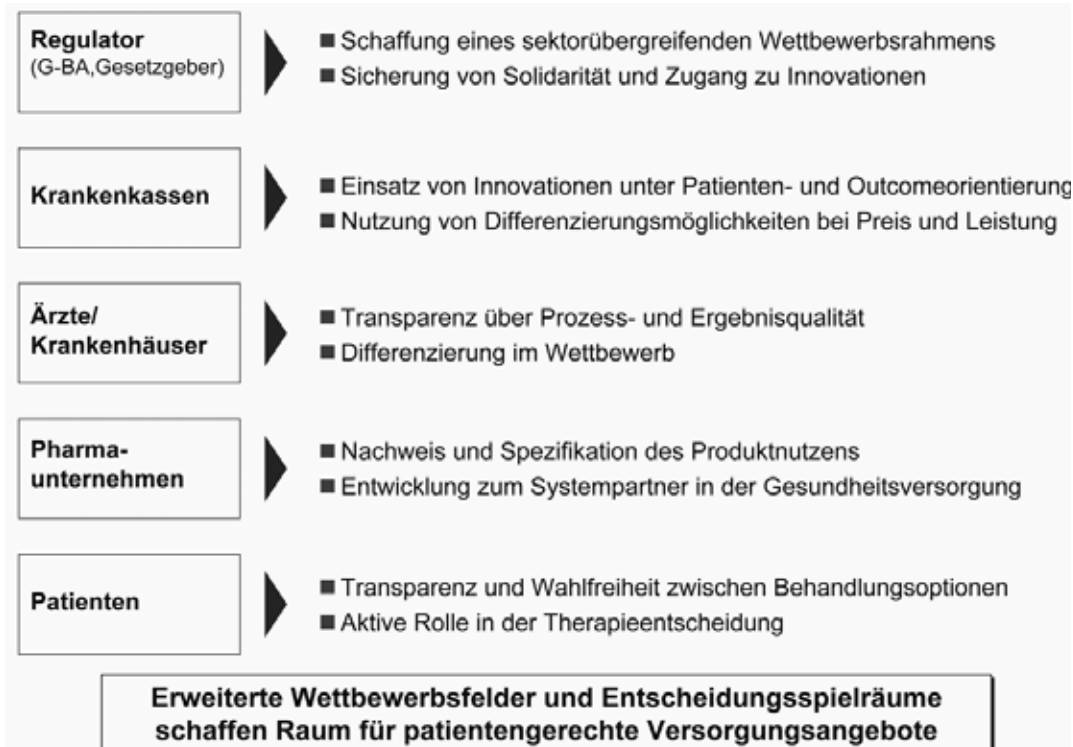


Abb. 3

Quelle: Eigene Darstellung

- Demnach kommt dem *Staat als Regulator* die Aufgabe zu, statt detaillierter Einzelregulierungen einen Rahmen für den Wettbewerb zu schaffen und auf dessen Einhaltung zu achten. Zudem regelt er den Solidarausgleich außerhalb des Wettbewerbs z. B. durch Transferzahlungen, um so die Teilnahme aller Versicherten am Wettbewerb zu gewährleisten.
- Den *Krankenkassen* muss es freigestellt werden, über Leistungs- und Qualitätsangebote auf der Grundlage ihres Versorgungsauftrages (Basisleistungen) zu entscheiden. Nur so wird der patienten- und ergebnisorientierte Einsatz von Innovationen möglich.
- Weiterhin ist eine stärkere Ausbildung von Exzellenzen und Kompetenzen im Bereich der *ambulanten und stationären Leistungserbringer* erforderlich, da für sie ein Bestehen in einer qualitätsorientierten Wettbewerbsordnung nur so möglich sein wird. Der Kundenservice sowie die Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung werden somit zu den zentralen Parametern des Wettbewerbs.
- Vonseiten der *Industrie* ist mit einer Bereitstellung von neuen Therapieoptionen zu rechnen, die über die gewöhnliche Produktentwicklung hinausgeht. Die Forschung wird hierdurch mehr und mehr auf komplette Lösungskonzepte für die Leistungserbringer ausgerichtet werden, die neben den Produkten auch den Service, das Patientenmanagement und die Finanzierung berücksichtigen. Die Kompetenzen der industriellen Akteure als Systempartner werden damit erstmals voll ausgenutzt, während gegenwärtig lediglich eine ein-dimensionale Produktfokussierung erlaubt ist.
- Von zentraler Bedeutung für die Implementierung eines Qualitätswettbewerbs ist schließlich eine veränderte Rolle des *Patienten*. Ihm muss es ermöglicht werden, zwischen unterschiedlichen Versicherungsangeboten

auszuwählen, die sich im Leistungsumfang und der Finanzierungsart unterscheiden. Zudem spielen die Patienten eine aktive Rolle bei der Therapiewahl (shared decision-making). Dazu steht ihnen eine Vielzahl unterschiedlicher Informationsquellen über existierende Leistungsalternativen zur Verfügung.

In der Konsequenz heißt das, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten im Fokus stehen sollen. An ihnen sollen sich Leitungsanbieter, Versicherungen und Unternehmen ausrichten. *Kreative Innovationsprozesse werden dann ausgelöst, wenn sie bessere Lösungen erwarten lassen.* Oder, um es mit den Worten Hubert Burdas zu sagen: „Wettbewerb ist gut für die Menschen. Er schafft Innovationen. Er bietet Alternativen und angemessene Preise. Dafür lohnt es sich zu kämpfen.“¹⁰

Literatur

- Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter / Kifmann, Mathias:* Gesundheitsökonomie. Heidelberg⁴2003
- Burda, Hubert:* Fact-Book der Sparkassen-Finanzgruppe 2003, o. O.
- Deutscher Bundestag:* Drucksache 16/6094 vom 17.7.2007 (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr, Heinz Lanfermann und Konrad Schily).
- Enthoven, Alain:* Health Plan. The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care. Reading MA 1980.
- Eucken, Walter:* Die Grundlagen der Nationalökonomie. Jena 1940.
- Müller-Armack, Alfred:* Wirtschaftslenkung und Marktwirtschaft. Hamburg 1947.
- Smith, Adam:* Der Wohlstand der Nationen. Eine Untersuchung seiner Natur und seiner Ursachen. München 2005 (engl. Erstausgabe: An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations, 1776).

Anmerkungen

¹ Smith 1776.

² Z. B. Breyer u. a. 2003.

³ Z. B. Enthoven 1980.

⁴ Müller-Armack 1947.

⁵ Eucken 1940.

⁶ Deutscher Bundestag 2007.

⁷ Nähere Infos unter: www.projekt-ida.de.

⁸ Nähere Infos unter: www.ein-herz-fuer-sachsen-anhalt.de.

⁹ Nähere Infos unter: www.gesundes-kinzigtal.de.

¹⁰ Burda 2003.