

# GR\_GERICHTE PVG 2016 5 vom 19. Februar 2013

GR Gerichte, 2013-02-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_PVG\\_2016\\_5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_PVG_2016_5)

FR: GR\_GERICHTE PVG 2016 5 du 19 février 2013

IT: GR\_GERICHTE PVG 2016 5 del 19 febbraio 2013

## Erwägungen

### E. 6

a) Auf den 1. Januar 2011 trat das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft (AS 2009 3517 ff.). Da- durch sollte die sozialpolitisch schwierige Situation vieler pflege- bedürftiger Personen entschärft werden, ohne die obligatorische Krankenpflegeversicherung zusätzlich zu belasten. Um dieses Ziel zu erreichen, begrenzte der Gesetzgeber die von den Heimbewoh- nern zu leistenden Pflegekosten betragsmässig (Art. 25a Abs. 5 KVG) und erleichterte zugleich für bedürftige Heimbewohner die Bezahlung dieser Pflegekosten durch eine Erhöhung der Ergän- zungsleistungen (vgl. die Revision von Art. 10 und 11 des Bundes- gesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlasse- nen- und Invalidenversicherung [ELG; SR 831.30]). Seither gelangt bei der Heimpflege wie bei der Hauspflege, anders als bei der Spitalpflege, bei welcher die Vollkostendeckung gilt (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), ein Beitragsmodell zur Anwendung. Die obligatorische Krankenpflege leistet also nur mehr einen gesetzlich festgelegten Beitrag an die Pflegeleistungen, die ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden (Art. 25a Abs. 1 und 4 KVG; Art. 7a KLV). Im Jahr 4/5 Gesundheit PVG 2016 55 2014 betrug dieser in Abhängigkeit zum täglichen Pflegebedarf festgelegte Betrag zwischen Fr. 9.– bis Fr. 108.– pro Tag (Art. 7a KLV in der am 1. Januar 2014 geltenden Fassung). Die Regelung der Finanzierung der darüber hinausgehend durch KVG-pflichti- ge Pflegeleistungen verursachten Kosten obliegt den Kantonen (Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG). Den versicherten Personen dürfen dabei höchstens 20 Prozent des höchstens vom Bundesrat festge- legten Pflegebetrags überwältzt werden (Art. 25a Abs. 5 erster Satz KVG), mithin im Jahr 2014 maximal Fr. 21.60 (20 % von Fr. 108.–) pro Tag bzw. Fr. 7884.– pro Jahr (vgl. zum Ganzen Ruth RosenkRanz, Defizite bei der Umsetzung der Pflegekostengrenze, in: LandoLt / BischofBeRgeR / BLum-schneideR / BReitschmid / fountouLakis / gäch- teR / hRuBesch-miLLaueR / kieseR / manseR / PärLi / schwendimann [Hrsg.], Pflegerecht – Pflegewissenschaft, Bern 2013, S. 76 ff., S. 80; andRea domanig, Pflegezusatzversicherung – Notwendigkeit oder Luxus, in: Pflegerecht 2015, S. 194 ff., S.196). b) Diesen bundesrechtlichen Anforderungen genügt die im angefochtenen Anhang 1 der Verordnung zum KPG getroffene Regelung unstrittig insofern, als den Bewohnerinnen und Bewoh- nern der Alters- und Pflegeheimen sowie Pflegegruppen danach höchstens Pflegekosten im Umfang von Fr. 21.60 auferlegt werden dürfen. Der Beschwerdeführer behauptet jedoch, die vom Bundes- recht vorgegebenen Maximalansätze würden im Ergebnis gleich- wohl überschritten, da den Bewohnerinnen und Bewohnern unter den Kostenstellen «Betreuung» und «Pension» zusätzlich Kosten für KVG-pflichtige Pflegeleistungen überwältzt würden. Denn es stehe ausser Frage und werde von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten, dass im Kanton Graubünden Alters- und Pflegeheime existierten, deren Pflegekosten höher seien als die anrechenbaren Pflegekosten

gemäss Anhang 1 der Verordnung zum KPG. Diese Kosten würden von der öffentlichen Hand nicht übernommen. Der obligatorischen Krankenpflegeversicherung könnten sie ebenfalls nicht auferlegt werden, da die maximal zulässigen Pflegebeiträge bundesrechtlich festgelegt worden seien. Auch die Versicherten dürften nicht zur Übernahme dieser ungedeckten Kosten verpflichtet werden, weil ihre Kostenbeteiligung begrenzt sei. Die Alters- und Pflegeheime als einzig übrig bleibender Kostenträger seien nicht in der Lage, diese ungedeckten Restkosten selbst zu tragen, weshalb sie sich gezwungen sähen, den Bewohnerinnen und Bewohnern der Alters- und Pflegeheime sowie Pflegegruppen die fraglichen Kosten unter einer anderen Kostenart in Rechnung zu stellen.

4/5 Gesundheit PVG 2016 56 c) Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG haben die Kantone von Bundesrechts wegen die Kosten für die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen zu übernehmen, die weder durch die Beiträge der obligatorischen Krankenpflege noch die Versicherten gedeckt sind (BGE 140 V 58 E.4.1, 138 V 377 E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts 2C\_728/2011 vom 23. Dezember 2011 E.3.4, 2C\_864/2010 vom 24. März 2011 E.4.2). In der konkreten Ausgestaltung dieser Restfinanzierung verfügen die Kantone nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung über einen weiten Ermessensspielraum. So können sie die Aufgabe der Restkostenfinanzierung den Gemeinden übertragen, den Leistungserbringern Auflagen erteilen oder Pauschaltarife festlegen (BGE 138 I 410 E.4.3; Urteile des Bundesgerichts 9C\_235/2015 vom 17. Dezember 2015 E.3.2, 2C\_728/2011 vom 23. Dezember 2011 E. 3.6, vgl. andRea domanig, Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Bereich der Pflegeleistung, Zürcher Studien zum öffentlichen Recht, Band 233, Zürich 2015, Rz. 247). Nach dem klaren Gesetzeswortlaut und einhelliger Lehre verletzen die Kantone den ihnen diesbezüglich zuzubilligenden Handlungsspielraum, wenn eine von ihnen getroffene Regelung dazu führt, dass Versicherte in einem über Art. 25a Abs. 5 KVG hinausgehenden Ausmass mit KVG-pflichtigen Pflegekosten belastet werden (vgl. dazu Ruth Rosenkranz / Stefan Meierhans, Defizite bei der Umsetzung der Pflegekostengrenze, in: *Pflegerecht* 2/2013 S. 76 ff., 77; erläutern- der Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates [SGK-SR] vom 1. September 2015 zur parlamentarischen Initiative «Nachbesserung der Pflegefinanzierung», Datenbank Curia Vista Nr. 14.417 [nachfolgend: Bericht SGK-SR]). d) Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang aufgeworfenen Problematik der mangelnden Abgrenzung zwischen den Kosten für die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen und anderen Kostenarten wird im erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates zur parlamentarischen Initiative «Nachbesserung der Pflegeversicherung» vom 1. September 2015 eingeräumt, es bestehe die Gefahr, dass nicht gedeckte Pflegekosten unter dem Titel der «Betreuung» auf die Patientinnen und Patienten überwältzt würden (Bericht SGK-SR Ziff. 2.4.3). Die Pflegeleistungen seien in Art. 7 Abs. 2 KLV abschliessend aufgeführt und hätten den Charakter einer Tätigkeitsliste. Zur transparenten Ermittlung der Pflegekosten seien die Pflegeheime verpflichtet, eine Kostenrechnung zu führen (Art. 49 Abs. 7 und Art. 50 KVG). Diese müsste insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungser-

4/5 Gesundheit PVG 2016 57 fassung umfassen (Art. 9 Abs. 2 VKL) sowie den sachgerechten Ausweis der Kosten für die Leistungen erlauben. Die Kosten seien den erbrachten Leistungen in geeigneter Form zuzuordnen (Art. 9 Abs. 3 VKL), z. B. mittels einer Arbeitszeiterfassung. Die Resultate dienen den Kantonen dazu, die Normkosten zu

bestimmen und festzulegen, was als Restfinanzierung akzeptiert werde. Aktuell seien die Kostenrechnungen der Pflegeheime von unterschiedlicher Aussagekraft, sodass die notwendige Kostentransparenz noch nicht erreicht werden dürfte (Bericht SGK-SR Ziff. 2.4.3 S. 15). In der Pflicht stünden die Leistungserbringer sowie die Kantone. Die Kantone hätten darauf zu achten, dass die Leistungserbringer ihre Kostenrechnungen korrekt führen und die Vorgaben nach der VKL beachten würden. Es sei nicht erforderlich, die bundesrechtlichen Vorgaben anzupassen (Bericht SGK-SR Ziff. 2.4.3 S. 16). e) Die Beschwerdegegnerin hat hinsichtlich der Daten, welche den im angefochtenen Anhang 1 der Verordnung zum KVG festgelegten Kostenansätzen zugrunde liegen, festgehalten, die auf der kantonalen Pflegeheimliste figurierenden Alters- und Pflegeheime sowie Pflegegruppen seien verpflichtet, eine Kostenrechnung nach Massgabe der Fachempfehlungen zur Rechnungslegung (Swiss GAAP FER) und dem darauf beruhenden Handbuch des Bündner Spital- und Heimverbandes zu führen und einzureichen. Die Regierung habe die entsprechenden Kostenrechnungen am 16. April und 18. April 2013 in einer Arbeitsgruppe mit je einem Vertreter des Gesundheitsamtes Graubünden und des Bündner Spital- und Heimverbandes plausibilisiert und, soweit erforderlich, korrigiert. Das Gesundheitsamt Graubünden habe auf der Basis der dergestalt bereinigten Daten die anerkannten Kosten wie auch die maximale Kostenbeteiligung der Heimbewohner berechnet. Dabei habe es die Kostendaten der 36 Pflegeheime mit den tiefsten Kosten pro Pflgetag, die zusammen 80,32 Prozent der Pflgetage erbracht hätten (Referenzheime), in die Berechnung miteinbezogen. In der Folge habe es die ermittelten Pflegekosten von Fr. 1.037 pro Minute auf Fr. 1.– pro Minute reduziert. Andernfalls hätte der Kostenanstieg gegenüber dem Vorjahr 7,7 Prozent betragen und wäre damit deutlich ausserhalb des aufgrund des durchschnittlichen Kostenanstiegs im Gesundheitswesen sowie der allgemeinen Teuerung zu erwartenden Wachstums gelegen. Der ausgewiesene Kostenanstieg von 7,7 Prozent gründe in der Einführung des neuen Pflegesystems BESA LK 2010, das zu einem vorübergehenden Anstieg des durchschnittlichen Pflegebedarfs von 101,2 im Jahr 2010 auf 106,3 Minuten pro Tag im Jahr 2011 und im anschliessenden 4/5 Gesundheit PVG 2016 58 Rückgang auf 100 Minuten pro Tag im Jahr 2012 geführt habe. Die Schwankungen seien dadurch zu erklären, dass sowohl das Instrument selber als auch dessen Anwendung habe optimiert werden müssen. Zwischenzeitlich habe sich der durchschnittliche Wert des Pflegebedarfs wieder in der Bandbreite von 97 bis 100 Minuten pro Pflgetag einjustiert. Mit der Erhöhung des der Berechnung der anerkannten Kosten zugrunde gelegten Werts von Fr. 0.96 pro Minute auf Fr. 1.– pro Minute seien die höheren Kosten pro Pflgetag (+ 2,8 %) sowie die exogenen Faktoren und die zu erwartende Teuerung berücksichtigt. Davon ausgehend seien die Kosten gemäss BESA LK 2010 abhängig von der Pflegestufe zwischen Fr. 0.– bis Fr. 432.– festgelegt worden (Vernehmlassung 26. Februar 2014 S. 9 f. und Beilage der Beschwerdegegnerin 1). f) In diesen Ausführungen legt die Beschwerdegegnerin nachvollziehbar dar, wie sie den massgeblichen Kostenansatz pro Pflegeminute festgelegt und auf dessen Grundlage die anrechenbaren Pflegekosten im angefochtenen Anhang 1 der Verordnung zum KPG in Abhängigkeit zu der in Frage stehenden Pflegestufe festgelegt hat. Daraus geht im Übrigen hervor, dass die zur Berechnung der anrechenbaren Pflegekosten herangezogenen Daten nach den in Art. 11c Verordnung zum KPG vorgeschriebenen und den Anforderungen von Art. 9 VKL genügenden Rechnungsgrundsätzen erhoben und anschliessend vom kantonalen Gesundheitsamt gemeinsam mit einem Vertreter des Bündner Spital- und Heimverbandes plausibilisiert sowie bereinigt wurden. Dass die fraglichen Kostendaten von Seiten des

Gesundheitsamtes Graubünden oder des die Interessen der betroffenen Alters- und Pflegeheime so- wie Pflegegruppen währenden Vertreters des Bündner Spital- und Heimverbands beanstandet wurden, macht der Beschwerdeführer nicht geltend. Solches geht denn auch aus den Akten nicht hervor. Das Gericht hat unter diesen Umständen keine Veranlassung an der Zuverlässigkeit der fraglichen Datengrundlage zu zweifeln. Dies gilt umso weniger, als die im angefochtenen Anhang 1 fest- gelegten Kostenansätze nicht auf eine Quersubventionierung der KVG-pflichtigen Pflegekosten durch andere Kostenarten hindeuten. Würde die Behauptung des Beschwerdeführers zutreffen, wonach seit der Einführung von Art. 25a KVG KVG-pflichtige Pflegekosten systematisch als Betreuungs-, Pensions- und/oder Erhaltungskosten erfasst und den Bewohnerinnen und Bewohnern in Rechnung gestellt würden, so wäre zu erwarten, dass die betreffenden Kostenansätze angestiegen wären. Eine solche Kostenentwicklung zeigt die Gegenüberstellung der Kostenansätze gemäss Anhang 1

4/5 Gesundheit PVG 2016 59 zum KPG in der Fassung vom 18. Dezember 2012 und dem ange- fochtenen Anhang nicht, stimmen doch darin die für die Betreu- ung (Fr. 31.20 bis Fr. 73.30) und Erhaltung / Instandhaltung (Fr. 25.–) ausgewiesenen Kostenansätze überein, während die Pensionskos- ten im angefochtenen Anhang 1 sogar um Fr. 5.– pro Tag niedriger angesetzt wurden als in der vormals gültigen Fassung (vormals: Fr. 105.–, neu Fr. 100.–). Es weist somit nichts darauf hin, dass die auf der kantonalen Pflegeheimliste figurierenden Alters-, Pflege- heime und Pflegegruppen die KVG-pflichtigen Kosten nicht korrekt erfasst hätten. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die einge- reichten Kostenrechnungen es der Regierung erlaubt haben, in der Tabelle 1 des Anhangs 1 zur Verordnung zum KPG die Normkosten für KVG-pflichtigen Pflegekosten zu ermitteln und dadurch zu be- stimmen, was als Restkostenfinanzierung akzeptiert wird. Auf der Grundlage der im Anhang 1 der Verordnung zum KPG festgeleg- ten Kostenansätze ist eine bundesrechtskonforme Abrechnung der KVG-pflichtigen Pflegekosten demnach möglich. Damit ist freilich nicht ausgeschlossen, dass im Einzelfall Bewohner in Anwendung der fraglichen Kostenansätze in einem über Art. 25a Abs. 5 erster Satz KVG hinausgehenden Ausmass mit KVG-pflichtigen Pflege- kosten belastet werden. Solches kann gegebenenfalls im konkre- ten Anwendungsfall korrigiert werden, indem die im Anhang 1 der Verordnung zum KPG festgelegten Kostenansätze im Streitfall vorfrageweise auf ihre Vereinbarkeit mit Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG geprüft werden und ihnen im Einzelfall insoweit die Anwendung versagt wird, als sie zu einer über Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG hi- rausgehenden Belastung mit KVG-pflichtigen Pflegekosten füh- ren (vgl. zum Ganzen Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 09 43 vom 17. Dezember 2010 insbesondere E.4). Unter normalen Verhältnissen sind die im Anhang 1 der Verord- nung zum KPG festgelegten Kostenansätze aber mit Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG vereinbar, womit sie im Rahmen des vorliegenden ab- strakten Normenkontrollverfahrens nicht zu beanstanden sind. g) Im Übrigen besteht in der obligatorischen Krankenpfle- geversicherung im Allgemeinen und hinsichtlich der in Frage ste- henden Heimpflege im Besonderen kein Anspruch der Leistungs- erbringer auf Entschädigung ihrer Vollkosten (vgl. BGE 141 V 206, Urteil des Bundesgerichts 9C\_235/2015 vom 17. Dezember 2015 E.5.1). So hat das Bundesgericht im Urteil 2C\_728/2011 vom 23. De- zember 2011 klargestellt, dass Art. 25a Abs. 5 KVG den Kantonen nicht vorschreibe, für jeden Leistungsträger gesondert Pflorgetarife nach Massgabe der effektiven Kosten festzulegen. Vielmehr seien

4/5 Gesundheit PVG 2016 60 die Kantone berechtigt, die von ihnen zu übernehmenden Kosten in Form von Normtarifen zu begrenzen (vgl. Urteil 2C\_728/2011 vom 23. Dezember 2011 E.3.6 und E.4). Sofern der Beschwerdeführer rügen sollte, die Regierung habe gegen die bundesrechtlichen Vorgaben im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verstossen, indem sie im angefochtenen Anhang 1 der Verordnung zum KPG für die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen einen Maximal-tarif festgelegt habe, kann ihm deshalb nicht gefolgt werden. Dass der angefochtene Anhang 1 die massgeblichen Vorgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus anderen Gründen verletzt, macht der Beschwerdeführer nicht geltend und ist nicht ersichtlich. Der angefochtene Anhang 1 steht somit im Einklang mit den massgeblichen bundesrechtlichen Vorgaben im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

## E. 7

a) Der Beschwerdeführer rügt im Weiteren eine Verletzung des allgemeinen Rechtsgleichheitsgebots im Sinne von Art. 8 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101). Ein Erlass verletzt dieses Grundrecht, wenn er rechtliche Unterscheidungen trifft, für die ein vernünftiger Grund in den zu regelnden Verhältnissen nicht ersichtlich ist, oder Unterscheidungen unterlässt, die sich aufgrund der Verhältnisse aufdrängen. Demzufolge ist die Rechtsgleichheit verletzt, wenn Gleiches nicht nach Massgabe seiner Gleichheit gleich oder Ungleiches nicht nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich behandelt wird. Vorauszusetzen ist freilich, dass sich der unbegründete Unterschied oder die unbegründete Gleichstellung auf eine wesentliche Tatsache bezieht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 2P.142/2003 vom 7. November 2003 E.3.1). Dem Gesetzgeber bleibt im Rahmen dieser Grundsätze und des Willkürverbots ein weiter Spielraum der Gestaltung (vgl. BGE 138 I 25 E.4.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_1074/2009 vom 2. Dezember 2010 E. 3.4.1). Dies gilt insbesondere im Falle von Tarifen, wie den vorliegend in Frage stehenden Kostenansätzen. In diesem Fall greift das Gericht nur mit grosser Zurückhaltung und normalerweise nur dann in den Ermessensspielraum des Gesetzgebers ein, wenn die Anwendung einer Tarifposition zu einer offensichtlichen Benachteiligung oder Bevorzugung eines Leistungserbringers führt, oder wenn sich der Tarif nicht von objektiven Überlegungen leiten lässt (für das Krankenversicherungsrecht: BGE 126 V 344 E.2, Urteil des Bundesgerichts 2C\_728/2011 vom 23. Dezember 2011 E.4.2). b) Die Regierung hat sich beim Erlass des angefochtenen Anhangs 1 an den Vorgaben von Art. 21b KPG orientiert. Dieser Re-

4/5 Gesundheit PVG 2016 61 gelung zufolge sind für die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime sowie Pflegegruppen nach Leistungsumfang abgestuft, die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner für Pensionskosten, Instandsetzung- und Erneuerungskosten, Betreuungskosten, Pflegekosten zu bestimmen (Abs. 1). Basis für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohner bilden die durchschnittlichen Kosten der wirtschaftlichen Alters- und Pflegeheime sowie Pflegegruppen mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen gemäss Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres. Bei der Festlegung berücksichtigt die Regierung die gegenüber dem Basisjahr durch exogene Faktoren und die Teuerung verursachten Aufwandänderungen (Abs. 2). Diese Regelung wird in Art. 11 KLV konkretisiert. Danach gelten als wirtschaftliche Alters- und Pflegeheime sowie Pflegegruppen die Institutionen mit den tiefsten durchschnittlichen Kosten pro Pflegetag, die im Besitz einer

Betriebsbewilligung ohne Auflagen zu den in Art. 16 Abs. 1 lit. e und g, Art. 17 Abs. 1 und Art. 18 der Verordnung zum Gesundheitsgesetz vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität sind und in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr mindestens 80 Prozent der von der Institutionen gemäss lit. a ausgewiesenen Pflagetage erbracht haben. Die durchschnittlichen Kosten pro Pflage tag ergeben sich aus dem Total der Pensions-, Betreuungs- und Pflagekosten bei mittlerem Pflagebedarf. Für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeitragung der Bewohnerinnen und Bewohner gemäss Artikel 21b Absatz 1 KPG ist das gewichtete arithmetische Mittel der durchschnittlichen Kosten der wirtschaftlichen Alters- und Pflageheime und Pflagegruppen massgebend. c) Bei der Festsetzung der angefochtenen Kostenansätze hat sich die Regierung folglich von einem rationell arbeitenden Leistungserbringer leiten lassen. Mit diesem Vorgehen hat sie die effektiven Kosten im Sinne des Wirtschaftlichkeitsprinzips normativ bewertet und einen Normaltarif festgelegt. Dabei liegt es in der Natur eines solchen Vergütungssystems, dass es sich nicht an den effektiven Kosten jedes einzelnen Leistungserbringers orientiert, sondern vergleichbare Lebenssachverhalte, hier die anrechenbaren Kosten für die Pension, Erhaltung/Instandsetzung, Betreuung und Pflage, für sämtliche darunter fallenden Leistungserbringer einheitlich regelt. Die Zulässigkeit eines solchen Vergütungssystems kann deshalb nicht davon abhängig gemacht werden, dass alle betroffenen Leistungserbringer – wie vom Beschwerdeführer

4/5 Gesundheit PVG 2016 62 gefordert – durch den Normaltarif in die Lage versetzt werden, sämtliche Auslagen für den Betrieb zu decken. Denn durch den Normaltarif sollen die von der öffentlichen Hand unterstützten Alters- und Pflageheime sowie Pflagegruppen gerade dazu angehalten werden, möglichst wirtschaftlich zu arbeiten und ihre Kosten zu senken. Dass der angefochtene Normaltarif nicht der Kostenstruktur aller erfassten Institute Rechnung trägt, ist folglich nicht zu beanstanden. Im Übrigen erfahren gewisse Mehrleistungen im angefochtenen Anhang 1 der Verordnung zum KPG in Form von Zuschlägen durchaus eine gesonderte Vergütung. Dass es möglich gewesen wäre, für weitere Leistungen Zuschläge vorzusehen, bestreitet die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht. Beim Erlass der angefochtenen Kostenansätze waren allerdings komplexe und in der Zielrichtung widersprüchliche Aspekte zu berücksichtigen und auf einen Nenner zu bringen. Dass die Beschwerdegegnerin dabei mit Schematisierungen und Pauschalisierungen gearbeitet hat, erscheint unvermeidbar und führt so lange nicht zu einem gerichtlichen Einschreiten, als daraus keine offensichtliche Benachteiligung oder Bevorteilung eines Leistungserbringers resultiert (vgl. vorne E.7a). d) Dass die angefochtenen Kostenansätze zu einem solchen Ergebnis führen, behauptet der Beschwerdeführer sinngemäss insofern, als er geltend macht, der von der Regierung festgelegte Normaltarif würde diejenigen Institutionen belohnen, die trotz tiefen Kosten die Maximaltarife verrechneten und dadurch sowohl die öffentliche Hand als auch die Bewohnerinnen und Bewohner mit unnötigen Kosten belasten würden. Dem ist entgegenzuhalten, dass gemäss Art. 11c Abs. 2 Verordnung zum KPG die freien Reserven einen halben Jahresumsatz und die zweckgebundenen Reserven für die Instandsetzung und Erneuerung der Anlagen die Differenz zwischen dem Anschaffungswert und dem Restwert der Anlagen nicht übersteigen dürfen. Mit dieser Regelung wird der haushälterische Umgang mit den Finanzmitteln der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und der öffentlichen Hand unter gleichzeitiger Wahrung des notwendigen unternehmerischen Handlungsspielraums des Betriebs sichergestellt (Erläuterungen zur Verordnung S. 9).

Dass die in den Geltungsbereich des angefochtenen Anhangs 1 der Verordnung zum KPG fallenden 51 Leistungserbringer seit der Neuregelung der Pflegefinanzierung übermässige Gewinne erzielt hätten, behauptet der Beschwerdeführer sodann nicht. Unter diesen Umständen ist keine offensichtliche Bevorteilung kostengünstig arbeitender Leistungserbringer, die über ihre tat-

4/5 Gesundheit PVG 2016 63 sächlichen Kosten liegende Preise fakturieren dürfen, ersichtlich. Soweit der Beschwerdeführer im Weiteren geltend macht, als eine der wenigen Institutionen im Kanton Graubünden den Bewohnerinnen und Bewohnern eine Tagesstruktur anzubieten, was zu erheblichen Mehrkosten führe, die bei der Tarifgestaltung unberücksichtigt geblieben, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in den Rechtsschriften nicht darlegt, worin das entsprechende besondere Angebot besteht und wie hoch die hiermit verbundenen Kosten sind. Ausserdem hat er keine Beweise für diese Behauptungen eingereicht. Damit ist nicht erstellt, dass die vom Beschwerdeführer behauptete Tagesstruktur derart aussergewöhnlich und kostenintensiv ist, um beim Absehen von einer gesonderten Vergütung eine offensichtlich rechtsungleiche Behandlung zu begründen. Allein der Umstand, dass für den Beschwerdeführer die zusätzliche Vergütung dieses Angebots günstiger wäre, lässt die von der Beschwerdegegnerin getroffene Regelung nicht als rechtsungleich erscheinen. Für das Gericht ist unter den gegebenen Umständen nicht erkennbar, dass die Beschwerdegegnerin beim Erlass des angefochtenen Anhangs 1 Unterscheidungen unterlassen hat, die sich aufgrund der Verhältnisse aufgedrängt hätten. Ebenso wenig hat sie auf eine differenzierte Regelung in Fällen verzichtet, obgleich sich eine solche Regelung aufgedrängt hätte. Demzufolge verstösst der angefochtene Anhang 1 nicht gegen das allgemeine Rechtsgleichheitsgebot. V 14 1 Urteil vom 5. April 2016

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.