Urteilskopf

126 V 344

58. Urteil vom 6. November 2000 i.S. D. gegen CSS Versicherung und Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Regeste (de):
Art. 47 Abs. 1, Art. 49 Abs. 6 und 7, Art. 50 KVG; Art. 7 KLV: Prüfung der Gesetzmässigkeit einer Tarifposition bei Heimaufenthalt.

Der Kantonsregierung steht bei der Tariffestsetzung ein weiter Ermessensspielraum zu, in den das Gericht nur mit grosser Zurückhaltung eingreift.

Es ist sachgerecht, den Tarif nach Massgabe der zunehmenden Kostentransparenz an das Ziel einer vollen Kostendeckung der Pflichtleistungen heranzuführen.

Regeste (fr):
Art. 47 al. 1, art. 49 al. 6 et 7, art. 50 LAMal; art. 7 OAMal: Légalité d'une position tarifaire relative au séjour dans un établissement de soins.

Le gouvernement cantonal dispose dans la fixation de tarifs, d'un pouvoir d'appréciation étendu, dans lequel le tribunal n'intervient qu'avec une grande retenue.

Il est justifié de fixer un tarif en se fondant sur une transparence accrue des coûts, de manière à tendre à la couverture complète des frais dans le domaine des prestations obligatoires.

Regesto (it):
Art. 47 cpv. 1, art. 49 cpv. 6 e 7, art. 50 LAMal; art. 7 OAMal: Conformità alla legge di una posizione tariffaria relativa alla degenza in una casa di cura.

Il governo cantonale fruisce nella determinazione delle tariffe di un esteso potere d'apprezzamento che può essere controllato dal giudice solo con grande riserbo.

Si giustifica obiettivamente di determinare una tariffa fondandosi sulla crescente trasparenza dei costi, in modo da tendere alla copertura completa delle spese nell'ambito delle prestazioni obbligatorie.

Sachverhalt ab Seite 344

A.- Die 1913 geborene, im Januar 1999 verstorbene P. war bei der CSS Versicherung unter anderem obligatorisch für Krankenpflege versichert. Sie litt an einer Alzheimer-Demenz und hielt sich wegen Pflegebedürftigkeit ab 16. Dezember 1996 in der Pflegeabteilung der Seniorenresidenz X auf. Die CSS Versicherung leistete einen Kostenbeitrag von 40 Franken im Tag ab 1. Januar 1997. Am 16. August 1997 ersuchte der Ehemann der Versicherten, D., um Übernahme der Kosten von Fr. 61'794.30 für die vom Pflegeheim für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Juli 1997 in Rechnung gestellten Leistungen. Mit Verfügung vom 13. Oktober 1997 hielt die

CSS Versicherung daran fest, dass sie an den Aufenthalt der Versicherten im Pflegeheim lediglich die tarifliche Tagespauschale von 40 Franken zu erbringen sowie die ärztlichen Leistungen, Therapien und Medikamente gemäss Tarif zu entschädigen habe. In teilweiser Gutheissung der hiegegen erhobenen Einsprache setzte die CSS Versicherung die zu vergütende Tagespauschale auf 70 Franken fest, nachdem der Bundesrat mit Entscheid vom 9. März

BGE 126 V 344 S. 345

1998 den vom Regierungsrat des Kantons Zürich im vertragslosen Zustand für 1997 beschlossenen Tarif im Wesentlichen bestätigt hatte. Dementsprechend sprach sie der Versicherten für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Juli 1997 eine Nachzahlung von 30 Franken pro Tag zu (Einspracheentscheid vom 4. Juni 1998).

B.- Die hiegegen erhobene Beschwerde, mit welcher der Ehemann der Versicherten die Vergütung der vollen Pflegekosten verlangte, wurde vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Entscheid vom 14. Januar 2000 abgewiesen.

C.- D. lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde erheben mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei die CSS Versicherung zu verpflichten, die von ihr zu ermittelnden versicherten Pflegekosten für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Juli 1997 zu vergüten; eventuell sei sie zu verpflichten, zusätzlich zum anerkannten Betrag von 6'360 Franken Pflegekosten von 37'444 Franken zu bezahlen. Die CSS Versicherung beantragt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung lässt sich nicht vernehmen.

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. Gemäss Art. 129 Abs. 1 lit. b OG ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde unzulässig gegen Verfügungen über Tarife. Nach der Rechtsprechung ist dieses Rechtsmittel allerdings nur unzulässig gegen Verfügungen, welche den Erlass oder die Genehmigung eines Tarifes als Ganzes zum Gegenstand haben, oder wenn unmittelbar einzelne Tarifbestimmungen als solche angefochten werden. Hingegen steht die Verwaltungsgerichtsbeschwerde offen gegen Verfügungen, welche in Anwendung eines Tarifes im Einzelfall ergangen sind; dabei kann das Gericht zwar nicht den Tarif als Ganzes mit all seinen Positionen und in ihrem gegenseitigen Verhältnis auf die Gesetzmässigkeit hin überprüfen, wohl aber kann es die konkret angewandte Tarifposition ausser Acht lassen, wenn sie sich als gesetzwidrig erweist (BGE 125 V 104 Erw. 3b mit Hinweisen). Im vorliegenden Verfahren geht es nicht um eine Tarifstreitigkeit im Sinne von Art. 129 Abs. 1 lit. b OG, sondern um die Anwendung eines Tarifes im Einzelfall, weshalb auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde - welche die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt - einzutreten ist.

BGE 126 V 344 S. 346

2. a) Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25-31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und

Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, durchgeführt werden (lit. a), und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. e) oder in einer teilstationären Einrichtung (lit. f). Gemäss Art. 33 Abs. 2 KVG bezeichnet der Bundesrat unter anderem die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG, welche Befugnis er mit Art. 33 lit. b KVV an das Eidg. Departement des Innern (EDI) subdelegiert hat. Gestützt auf diese Kompetenznorm hat das Departement den Leistungsbereich bei Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim in Art. 7 KLV näher umschrieben. Nach Abs. 1 dieser Bestimmung übernimmt die Versicherung die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag unter anderem von Pflegeheimen im Sinne von Art. 39 Abs. 3 KVG erbracht werden. Die Leistungen werden in Abs. 2 der Bestimmung näher umschrieben und umfassen Massnahmen der Abklärung und Beratung (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). b) Bei Aufenthalt in einem (nach Art. 39 Abs. 3 KVG zugelassenen) Pflegeheim vergütet der Versicherer nach Art. 50 KVG die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Bestimmungen von Art. 49 Abs. 6 und 7 KVG sind sinngemäss anwendbar. Danach ermitteln die Spitäler ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik (Abs. 6). Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen den Spitälern an, welche zu Kündigungen oder Anpassungen bestehender Tarifverträge Anlass geben können (Abs. 7). Nach Art. 9 Abs. 1 KLV können die Leistungen insbesondere nach Zeit- oder nach Pauschaltarifen (Art. 43 KVG) in Rechnung gestellt

werden. Gemäss dem mit Verordnung des EDI vom 3. Juli 1997 (AS 1997 2039) auf den 1. Januar 1998 eingefügten Abs. 4 dieser Bestimmung vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden für die Leistungen der Pflegeheime Tarife fest, die nach dem Pflegebedarf abzustufen sind, wobei mindestens vier Pflegebedarfsstufen festzusetzen sind. Auf den gleichen Zeitpunkt wurde der gestützt auf die Delegationsnorm von Art. 59a KVV mit Verordnung des EDI vom 18. September 1997 (AS 1997 2436) eingefügte Art. 9a KLV in Kraft gesetzt, welcher in Abs. 2 Rahmentarife vorsieht, die nicht überschritten werden dürfen, wenn die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung im Sinne von Art. 49 Abs. 6 KVG verfügen. Die Rahmentarife betragen für die erste Pflegebedarfsstufe 10-20 Franken, für die zweite Pflegebedarfsstufe 15-40 Franken, für die dritte Pflegebedarfsstufe 30-60 Franken und für die vierte Pflegebedarfsstufe 40-70 Franken pro Tag (Art. 9a Abs. 2 KLV). c) Im Kanton Zürich kam für die Zeit ab 1. Januar 1997 keine Tarifvereinbarung zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern für die Pflegeheimleistungen zustande. Gestützt auf Art. 47 KVG beschloss der Regierungsrat des Kantons Zürich am 2. Oktober 1996 folgende Regelung: 1. Verrechnung nach Pflegekategorien (Teilpauschale):
BESA-Stufe 1: 10 Franken pro Pflegetag
BESA-Stufe 2: 20 Franken pro Pflegetag
BESA-Stufe 3: 50 Franken pro Pflegetag
BESA-Stufe 4: 70 Franken pro Pflegetag
Zusätzlich verrechenbar sind Arzt-Leistungen, Therapieleistungen und Medikamente. 2. Verrechnung ohne Berücksichtigung der Pflegekategorien (Vollpauschalen): 85 Franken pro Pflegetag
3. Diese Taxen gelten auch für Ferienpatienten und Patienten der Tagesheime. Gegen diesen Beschluss haben sowohl der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) und der Heimverband Schweiz, Sektion Zürich, sowie die Stadtgemeinden Zürich und Winterthur als auch der Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) beim Bundesrat Beschwerden erhoben. Mit Entscheid vom 9. März 1998 änderte der Bundesrat den Tarif insofern ab, als die Vollpauschale auf 75 Franken im Tag festgesetzt und auf Versicherte der BESA-Stufen 3 und 4 beschränkt wurde; im Übrigen bestätigte er den regierungsrätlichen Tarif für den vertragslosen Zustand ab 1. Januar 1997

(RKUV 1998 Nr. KV 28 S. 180).

BGE 126 V 344 S. 348

3. a) In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde hält der Beschwerdeführer zu Recht nicht daran fest, dass die CSS Versicherung für die vollen Kosten des Pflegeheimaufenthaltes aufzukommen habe. Aus der (abschliessenden) Umschreibung des Leistungsanspruchs in Art. 25 Abs. 2 KVG und der Bestimmung von Art. 50 KVG, wonach die Versicherer bei Aufenthalt in einem Pflegeheim die gleichen Leistungen zu vergüten haben wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause (Spitex), folgt, dass die so genannten Pensions- oder Hotelkosten (Kosten für Aufenthalt und Verpflegung) keine Pflichtleistungen darstellen und daher nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen (vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 127 und 187). Auch im Lichte von Art. 49 Abs. 3 KVG steht dem Pflegebedürftigen kein Anspruch auf die für den Fall eines Spitalaufenthaltes vorgesehenen Leistungen zu, solange die im Pflegeheim gewährte Pflege den tatsächlichen Bedürfnissen entspricht (BGE 125 V 177; ferner BGE 124 V 362). b) Der Beschwerdeführer bestreitet die Gesetzmässigkeit der im vorliegenden Fall in Anwendung des regierungsrätlichen Rahmentarifs zur Anwendung gebrachten Tagespauschale von 70 Franken (entsprechend BESA-Stufe 4) und macht geltend, diese decke bei weitem nicht die in Art. 7 KLV genannten und im konkreten Fall vom Pflegeheim erbrachten Leistungen. Laut Abrechnung des Pflegeheimes für Januar 1997 hätten sich die Pflegekosten (ohne Berücksichtigung der Position "Tageslogis") auf 240 Franken im Tag belaufen, sodass lediglich knapp 30% dieses Betrages vergütet würden, was in einem gesetzwidrigen Missverhältnis zu den tatsächlichen Kosten stehe. Es verstosse gegen Sinn und Zweck des Gesetzes, wenn die Versicherer als Folge der mangelnden Kostentransparenz wesentlich zu tiefe Pauschalen in Anschlag bringen könnten. Es gehe nicht an, die volle Kostendeckung mit der Begründung zu verweigern, dass die effektiven Kosten nicht ermittelt werden könnten, und gleichzeitig die Pflegeheime auf dem Verordnungsweg Jahr für Jahr von der Pflicht zur Kostentransparenz zu befreien. Im Hinblick darauf, dass die Tagespauschale im konkreten Fall lediglich knapp 30% der effektiven Pflegekosten ausmache, sei zumindest eine gewisse Korrektur des gesetzwidrigen Zustandes angebracht. Von einer blossen Sicherheitsmarge, wie sie der Bundesrat im Hinblick auf die noch nicht genügend transparenten Berechnungsgrundlagen vorsehe, könne bei einer Differenz von

BGE 126 V 344 S. 349

rund 70% nicht die Rede sein. Ein derartiges Missverhältnis sei auch im Sinne einer Übergangslösung mit dem Gesetz nicht vereinbar.

4. a) Nach der Rechtsprechung steht den Vertragsparteien bei der Tariffestsetzung ein weiter Ermessensspielraum zu, weil sie am ehesten zu beurteilen vermögen, was unter den gegebenen Umständen als angemessen und notwendig zu erachten ist. Der Richter hat in einen Tarifvertrag daher nur mit grosser Zurückhaltung und normalerweise nur dann einzugreifen, wenn die Anwendung einer Tarifposition zu einer offensichtlich rechtswidrigen Benachteiligung oder Bevorteilung einer Partei führt, oder wenn sich der Tarif nicht von objektiven Überlegungen leiten lässt. Dies gilt praxisgemäss auch dann, wenn der Tarif nach Art. 47 Abs. 1 KVG von der Kantonsregierung festgesetzt wird (BGE 125 V 104 Erw. 3c mit Hinweisen). Des Weiteren darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass beim Erlass von Tarifen unter Umständen komplexe und allenfalls in der Zielrichtung widersprüchliche Aspekte auf einen Nenner zu bringen sind, was ebenfalls für einen weiten Ermessensspielraum spricht (BGE 112 V 288 Erw. 3 mit Hinweisen). b) Der vom Regierungsrat am 2. Oktober 1996 für die Dauer des vertragslosen Zustandes ab 1. Januar 1997 beschlossene Tarif hat den Charakter einer Übergangslösung im Hinblick darauf, dass die für die Tarifgestaltung nach Art. 50 in Verbindung mit Art. 49 Abs. 6

KVG vorausgesetzte Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik der Leistungserbringer noch nicht vorlagen. Bei der Festsetzung des Tarifs stützte sich der Regierungsrat auf verschiedene Erhebungen, unter anderem auf einen Durchschnittswert ohne Berücksichtigung der Pflegeintensität von 114 Franken pro Pflegetag. Bei der Festsetzung des Tarifs war man sich des Umstandes bewusst, dass die effektiven Kosten für den Pflegeaufwand im Durchschnitt höher liegen als die beschlossenen Pauschalen. Im Entscheid des Bundesrates vom 9. März 1998 über den regierungsrätlichen Tarif wird hiezu festgestellt, es sei zwischen den gegenläufigen Interessen zu vermitteln, wobei sich die Übergangslösung zweckmässigerweise am Grundsatz zu orientieren habe, dass die Annäherung der Tarife an die maximale Kostendeckung von 100% der Pflichtleistungen mit der steigenden Kostentransparenz zu koordinieren sei. Eine volle Kostendeckung der Pflichtleistungen lasse sich nur und erst dann rechtfertigen, wenn praktisch uneingeschränkte Kostentransparenz im Sinne von Art. 50 KVG bestehe (RKUV 1998 Nr. KV 28 S. 187 Erw. 5.4).

BGE 126 V 344 S. 350

c) Bei der Festsetzung des ab 1. Januar 1997 gültigen Rahmentarifs hatten Regierungsrat und Bundesrat dem Umstand Rechnung zu tragen, dass es an den in Art. 49 Abs. 6 KVG vorgesehenen Unterlagen noch fehlte und die vorhandenen Kostenstatistiken in einem nicht im Einzelnen feststellbaren Umfang auch nichtpflichtige Leistungen umfassten, was eine tarifarisch volle Kostendeckung ausschloss. Sodann war zu berücksichtigen, dass sich die Leistungspflicht der Krankenversicherer nach Art. 25 Abs. 2 KVG und Art. 7 KLV nur so weit erstreckt, als die in Rechnung gestellten Kosten insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Massnahmen gerechtfertigt sind (Art. 56 Abs. 1 KVG). Da mangels zuverlässiger Vergleichszahlen eine konkrete Wirtschaftlichkeitsprüfung mit den in Art. 49 Abs. 7 KVG vorgesehenen tarifvertraglichen Folgen nicht Platz greifen konnte, war dem Wirtschaftlichkeitsgebot ermessensweise bei der Festsetzung des Rahmentarifs Rechnung zu tragen (vgl. Art. 59a Abs. 2 KVV, in Kraft seit 18. September 1997, für die vom EDI festzulegenden Rahmentarife). Wenn der Bundesrat im Entscheid zum zürcherischen Rahmentarif für 1997 zum Schluss gelangt ist, den rechtlichen und tatsächlichen Gegebenheiten sei in der Weise Rechnung zu tragen, dass der Tarif nach Massgabe der zunehmenden Kostentransparenz an das Ziel einer vollen Kostendeckung der in Art. 7 KLV genannten Pflichtleistungen heranzuführen sei, so erscheint dies als sachgerecht. Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände hat der Regierungsrat das ihm bei der Tariffestsetzung zustehende weite Ermessen nicht fehlerhaft ausgeübt, wenn er die hier streitige Tagespauschale für schwer pflegebedürftige Personen (BESA-Stufe 4) auf 70 Franken pro Pflegetag festgesetzt hat. Zu einem Abgehen vom kantonalen Rahmentarif besteht umso weniger Anlass, als das EDI gestützt auf eigene Unterlagen auf den 1. Januar 1998 eine Bestimmung erlassen hat, wonach bei noch fehlender einheitlicher Kostenstellenrechnung der Rahmentarif für die vierte Pflegebedarfsstufe 40-70 Franken nicht übersteigen darf (Art. 9a Abs. 2 lit. d KLV).

5. a) Dass die nach Art. 50 in Verbindung mit Art. 49 Abs. 6 KVG vorausgesetzte Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik der Leistungserbringer anlässlich des Beschlusses des Regierungsrates vom 2. Oktober 1996 über den Rahmentarif ab 1. Januar 1997 (und auch am 9. März 1998, als der Bundesrat über die hiegegen erhobenen Beschwerden entschied) noch nicht vorlagen, mag als unbefriedigend erscheinen, genügt jedoch nicht, um

BGE 126 V 344 S. 351

eine Gesetzwidrigkeit der hier zur Anwendung gelangenden Tarifposition zu begründen. Nach der Übergangsbestimmung von Art. 104 Abs. 3 KVG oblag es dem Bundesrat, den Zeitpunkt zu bestimmen, von dem an Spitäler und Pflegeheime Art. 49 Abs. 6 und 7 KVG einzuhalten haben. Mit Art. 9 der Verordnung vom 12.

April 1995 über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (AS 1995 1367; SR 832.101) wurden die Spitäler verpflichtet, dem Bundesrat bis zum 31. Dezember 1996 einen gemeinsamen Vorschlag für die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik im Sinne von Art. 49 Abs. 6 KVG mit einem Vorschlag über die Frist zur Einführung in den Spitälern und Pflegeheimen einzureichen. Die nach dem Gesetz für die Tarifgestaltung massgebenden Grundlagen konnten Anfang 1997 somit gar noch nicht vorliegen, sodass es einer Übergangslösung bedurfte. Von einem gesetz- bzw. verordnungswidrigen Zustand kann jedenfalls für das Jahr 1997 nicht die Rede sein. b) Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer auch, soweit er sich auf ein gesetzwidriges Missverhältnis zwischen der vergüteten Tagestaxe und den effektiven (versicherten) Pflegekosten beruft. Zunächst ist festzustellen, dass die vom Pflegeheim ab Januar 1997 in Rechnung gestellte Tagestaxe von 240 Franken auch nichtpflichtige Leistungen umfasst (hauswirtschaftliche Leistungen sowie animatorische und aktivierende Massnahmen), wie das Pflegeheim in einem Schreiben an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bestätigt hat. Zudem beläuft sich der Ansatz für das "Tageslogis" auf lediglich 37 Franken, womit die nichtpflichtigen Pensionskosten (Aufenthalt und Verpflegung) kaum gedeckt sein dürften, sodass anzunehmen ist, dass im Pflegepreis von 240 Franken teilweise auch nichtpflichtige Pensionskosten enthalten sind. Ferner ist nicht ersichtlich, inwieweit die Pflegetaxe auch Infrastruktur- und Betriebskosten des Pflegeheims einschliesst, welche vom Krankenversicherer nicht zu vergüten sind (vgl. Art. 7 Abs. 3 KLV, eingefügt durch Ziff. I der Verordnung des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft getreten am 1. Januar 1998). Insbesondere aber steht nicht fest, ob die in Rechnung gestellten Kosten unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Massnahmen gerechtfertigt sind, liegen sie doch deutlich über den im Entscheid des Bundesrates genannten Durchschnittswerten. Danach hatten die Verbände der Leistungserbringer Pflegekosten für schwer bis sehr schwer pflegebedürftige Personen von etwa 150 Franken (+/- 20%)

angegeben. Die vom Beschwerdeführer eingereichten Pflegerechnungen bilden daher keine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der Leistungspflicht des Krankenversicherers. Zu näheren Abklärungen besteht schon deshalb kein Anlass, weil es an verlässlichen Vergleichszahlen fehlt und damit eine Wirtschaftlichkeitsprüfung mit allfälligen tarifvertraglichen Folgen nach Art. 49 Abs. 7 KVG nicht vorgenommen werden kann.