

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00077

vom 30. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2014.00077

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00077 du 30 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00077 del 30 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

Die als selbständig erwerbende Pflegefachfrau Psychiatrie (Urk. 2/3/1 S. 3, Urk. 2/3/15 , Urk. 8 S. 2) tätige X.____

erbrachte für die in der Gemeinde Y.____ wohnhafte Z.____ ambulante psychiatrische Pflegeleistungen (Urk. 2/3/22). Die nach Abzug des Beitrags der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Kostenbeteiligung der Versicherten verbleibenden Kosten stellte sie jeweils der Gemeinde Y.____ in Rechnung (Urk. 2/3/30). Mit Schreiben vom 13. April 2012 teilte ihr die Gemeinde mit, ab 1. Januar 2012 übernehme sie als Beitrag an die Pflegekosten nur noch das im Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion für private und selbständig erwerbende Pflegefachpersonen ohne spezielle Leistungsvereinbarung vorgesehene Normdefizit von Fr. 8.-- pro Leistungsstunde. Falls X.____ allfällige durch die Pflege entstandene effektive Mehrkosten schriftlich nachweise, werde sie eine Vergütung dieser Kosten prüfen (Urk. 2/3/19 S. 2; vgl. auch Urk. 2/3/19 S. 1, Urk. 2/3/16). X.____ machte daraufhin schriftlich Angaben zu ihrem Aufwand und ersuchte die Gemeinde Y.____ um Übernahme der vollen, von ihr in Rechnung gestellten Restkosten (Urk. 2/3/15, Urk. 2/3/17, Urk. 2/3/18, Urk. 2/3/20, Urk. 2/3/23, Urk. 2/3/28, Urk. 2/3/29). Mit Verfügung vom 17. September 2012 hielt die Gemeinde Y.____ fest, für die im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. August 2012 erbrachten Pflegeleistungen im Umfang von 56.09 Stunden vergüte sie Fr. 8.-- pro Stunde, gesamthaft Fr. 448.72 (Urk. 2/3/14). Den von X.____ dagegen erhobenen Rekurs (Urk. 2/3/13) wies der Gemeinderat mit Beschluss vom 23. Oktober 2012 ab (Urk. 2/2).

E. 2

Gegen den Beschluss des Gemeinderates Y.____ erhob X.____ mit undatiertes, am 16. November 2012 in Empfang genommener Eingabe Rekurs beim Bezirksrat A.____ und beantragte die Übernahme der Pflegerestkosten bei einem Vollkostensatz von Fr. 110.80 für die Abklärung und Beratung, Fr. 108.40 für die Untersuchung und Behandlung sowie Fr. 96.-- für die Grundpflege, und zwar bis zum Abschluss des Falles beziehungsweise zur professionellen Übergabe an die Spitex B.____ (Urk. 2/1; vgl. auch Urk. 2/3/30). Der Bezirksrat trat mit Beschluss vom 21. Mai 2014 auf den Rekurs nicht ein und überwies die Sache nach Eintritt der Rechtskraft seines Nichteintretensbeschlusses z. Unzuständigkeitshalber an das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich (Urk. 1/1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 19. November 2014 beantragte die Gemeinde Y.____ sinngemäss die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8).

Am 2. Februar 2015 zog das Sozialversicherungsgericht die Akten der für die Ausrichtung von Pflegebeiträgen für Z.____ zuständigen Krankenkasse bei (Urk. 10, Urk. 13/1-25).

Sowohl die Beschwerdeführerin X.____ als auch die Beschwerdegegnerin verzichteten in der Folge auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 14-16, Urk. 18). Mit Verfügung vom 28. April 2015 wurde Z.____ zum Prozess beigeladen. Da sie sich innert der angesetzten Frist nicht vernehmen liess, war

ankündigungsgemäss davon auszugehen, dass sie auf eine Stellungnahme verzichtet (Urk. 19-20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fiel die Beurteilung der Beschwerde an sich in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

Weil im vorliegenden Fall Fragen von grundsätzlicher Bedeutung zu beantworten sind, wurde das Verfahren gestützt auf § 11 Abs.

E. 2.1

Gemäss Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) dürfen den versicherten Personen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchstens vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung .

E. 2.2

Die Restfinanzierung im Bereich der Pflegekosten betrifft eine Leistung, die nicht von der obligatorischen Krankenversicherung getragen wird. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Gesetzgebungskompetenz der Kantone gemäss Art. 25a Abs.

E. 2.3

3

Die sachliche Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts ist auch vor dem Hintergrund der folgenden Überlegungen zu bejahen :

Zwar statuiert das kantonale Verwaltungsrechtspflegegesetz (VRG) in § 4 dessen generelle Anwendbarkeit auf Verfahren vor den Verwaltungsbehörden der Gemeinden, der Bezirke und des Kantons, soweit nicht abweichende Vorschriften bestehen.

Zunächst ist aber fraglich, ob diese Bestimmung nebst den allgemeinen verwaltungsrechtlichen Verfahren auch sozialversicherungsrechtliche Verfahren erfasst. Sodann

lässt sich

- wie bereits gesagt - im Kanton Zürich , nebst dem Fehlen einschlägiger kantonaler Bestimmungen ,

auch den Materialien nicht entnehmen , welches Verfahren bei Streitigkeiten betreffend die Pflegekostfinanzierung gemäss Art. 25a Abs.

E. 2.3.1

Der vorliegende Streit betrifft die Restfinanzierung von Pflegekosten im Sinne von Art. 25a Abs.

E. 2.3.2

Tarifstreitigkeiten liegen häufig den durch die Schiedsgerichtsbarkeit der sozialen Krankenversicherung zu beurteilenden Angelegenheiten zu Grunde. Gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e in Verbindung mit Art. 89 Abs. 1 KVG ist das kantonale Schiedsgericht zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Dementsprechend setzt sich das Schiedsgericht zusammen aus einer neutralen Person, die den Vorsitz innehat, und aus je einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer in gleicher Zahl (Art. 89 Abs. 4 KVG sowie §§ 35 ff. GSVGer). Die Kantone beziehungsweise Gemeinden als für die Restfinanzierung der Pflegekosten zuständige Organe sind in Art. 89 KVG aber nicht erwähnt – zumal sie keine Versicherer (vgl. Eugster, a.a.O., Art. 88/89 Rz 2 mit Hinweisen) sowie grundsätzlich nicht dem KVG unterstellt sind (BGE 140 V 563 E. 2.2) – und dementsprechend auch nicht im kantonalzürcherischen Schiedsgericht vertreten (§ 38 Abs. 2 und 3 GSVGer in Verbindung mit §§ 1 und 2 der Verordnung über das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten). Das kantonale Schiedsgericht gemäss § 35 ff. GSVGer fällt deshalb als zuständige Instanz ausser Betracht.

Art. 1 Abs. 2 lit. b KVG, wonach die Bestimmungen des ATSG auch auf Tarife, Preise und das Globalbudget nicht anwendbar sind, bezieht sich ausdrücklich auf die Art. 43-55 KVG. In diesen Bestimmungen werden grundsätzliche (bundesrechtliche) Regeln zur Bestimmung der Tarife und Preise für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Leistungen aufgestellt.

Bei der Restfinanzierung der Pflegekosten gemäss Art. 25a Abs. 5 ATSG liegt die Zuständigkeit zur Regelung der Finanzierung aber nicht beim Bund, sondern bei den Kantonen.

Deshalb spricht die Regelung in Art. 1 Abs. 2 lit. b KVG nicht gegen die Anwendbarkeit der Bestimmungen des ATSG auf Streitigkeiten über

die Höhe der von der Gemeinde zu leistenden Restfinanzierung für Pflegeleistungen.

Diese Überlegungen sprechen dafür, dass auch bei Streitigkeiten über die Höhe der zu übernehmenden ungedeckten Pflegekosten

kein anderer Rechtsweg gilt als bei Streitigkeiten über den grundsätzlichen Anspruch auf Übernahme der ungedeckten Pflegekosten.

Damit gelangen die verfahrensrechtlichen Bestimmungen des ATSG zur Anwendung, und gemäss dem in Art. 56 ff. ATSG vorgesehenen Rechtsweg ist das kantonale Sozialversicherungsgericht die zuständige Beschwerdeinstanz.

E. 4

GSVGer der Kammer zur Behandlung in ordentlicher Besetzung überwiesen. 2.

E. 4.2

Im Kanton Zürich ist die Sicherstellung der Versorgung mit Pflegeleistungen sowie die Restfinanzierung für Pflegeleistungen gemäss dem KVG im am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen kantonalen Pflegegesetz (PfleG) geregelt. Gemäss § 5 Abs. 1 PfleG sorgen die Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte

ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Spitex-Institutionen

oder selbständig tät ige Pflegefachpersonen . Gemäss § 5 Abs. 2

lit . a PflG

stellen sie unter anderem Pflegeleistungen gemäss der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes sicher. Kann eine pflegebedürftige Person nicht durch Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 versorgt werden, hat die Gemeinde nach § 6 PflG dieser Person auf Verlangen innert angemessener Frist einen anderen Leistungserbringer zu vermitteln.

Jede Gemeinde hat festzulegen, welche Stelle innerhalb der Gemeindeverwaltung oder welche Drittperson die Ersatzangebote bei fehlendem Gemeindeangebot vermittelt. Diese Regelung ist gemäss § 68b des Gemeindegesetzes in geeigneter Weise zu veröffentlichen, damit Leistungserbringer sowie Leistungsbezügliche und –bezügliche Ansprechpartner kennen (vgl. die Empfehlungen der Gesundheitsdirektion für die Abklärung der Leistungspflicht der Gemeinden und den damit verbundenen Umgang mit Gesundheitsdaten im Rahmen der Pflegefinanzierung vom 9. Mai 2012, S. 2 und 5).

E. 4.3

Laut §

E. 4.5

.3

Die Gesundheitsdirektion hat die Firma Nabholz Beratung mit der Erhebung der Vollkosten für stationäre und ambulante pflegerische Leistungen als Basis für die Berechnung der Beiträge der öffentlichen Hand beauftragt. Die Firma hat ihren Bericht am 24. März 2010 erstattet („Studie Nabholz“, abrufbar unter www.gd.zh.ch).

Unter anderem gestützt auf § § 16 und 17 PflG hat die Gesundheitsdirektion die Normdefizite für das Jahr 2012 im Kreisschreiben vom 14. Oktober 2011 festgelegt. Gemäss Ziff.

E. 5

f. GSVGer) Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern gemäss Art. 89 Abs. 1 KVG, unter anderem auch über den anwendbaren Tarif (vgl. Eugster, a.a.O., Art. 89 Rz 7). Mithin hat der Gesetzgeber bisher auf kantonaler Ebene das Sozialversicherungsgericht beziehungsweise das angegliederte Schiedsgericht als zuständige Instanz zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Streitigkeiten bezeichnet, insbesondere auch solcher, welche der vorliegenden Streitigkeit thematisch nahe liegen.

Der kantonale Gesetzgeber hat die Bestimmungen des ATSG sodann als anwendbar erklärt auf das Verwaltungsverfahren bezüglich bestimmter kantonaler sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche, hinsichtlich welcher das Sozialversicherungsgericht zuständige Beschwerdeinstanz ist (vgl. § 26 und 27 des Einführungsgesetzes zum Krankenversicherungsgesetz [EG KVG], § 3 lit. c GSVGer), und zwar als subsidiäres kantonales Recht (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2007 vom 7. März 2008, E. 2.1). Es fehlen Anhaltspunkte dafür, dass der kantonale Gesetzgeber bei der Pflegefinanzierung ein anderes Verfahren vorsehen wollte. 3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin

vertritt im angefochtenen Entscheid vom 23. Oktober 2012 sowie in der Beschwerdeantwort vom 19. November 2014 den Standpunkt, mit der Beschwerdeführerin respektive C.____ sei keine Leistungsvereinbarung abgeschlossen worden, die Verhandlungen seien unter anderem an unterschiedlichen Ansichten bezüglich des anwendbaren Tarifs gescheitert. Die Spitex B.____ habe der Beschwerdeführerin den Auftrag zur Pflege von Z.____ möglicherweise in etwas unverbindlicher Art telefonisch im Frühling 2011 erteilt. Die Modalitäten der Auftragserteilung an Dritte seien damals noch unklar gewesen, wie überhaupt bezüglich Umsetzung des neuen Pflegegesetzes viele Fragen offen gewesen seien. Es bestehe keinerlei schriftliche Regelung, und die Beschwerdeführerin habe die Spitex auch nie über ihre Tätigkeiten im fraglichen Pflegeeinsatz informiert. Da sie ihre Leistungen schon ab 1. Januar 2011 in Rechnung gestellt habe, könne sie sich nicht im Voraus um einen Auftrag bemüht haben.

Im Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion vom 14. Oktober 2011 werde davon ausgegangen, dass die privaten und selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen nach Abzug der Beiträge der Sozialversicherer sowie der durchschnittlichen Beiträge der Leistungsbezüglerinnen und –bezügler bei allen Leistungsbereichen ein Normdefizit pro Leistungsstunde von Fr. 8.-- aufwiesen. Demgegenüber habe die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2011 das höhere Normdefizit für private, gemeinnützige Spitexorganisationen

in Rechnung gestellt. Für das Abrechnungsjahr 2011 seien die Rechnungen der Beschwerdeführerin wegen der bestehenden Unklarheiten im Zusammenhang mit der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung noch toleriert und bezahlt worden. Mit Schreiben vom 13. April 2012 sei der Beschwerdeführerin dann mitgeteilt worden, dass die Beschwerdegegnerin ab 1. Januar 2012 als Beitrag an die Pflegekosten nur noch das Normdefizit von Fr. 8.-- pro Leistungsstunde gemäss dem Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion übernehme, wobei eine andere Vergütung geprüft werde, falls sie allfällige durch die Pflege entstandene effektive Mehrkosten schriftlich nachweise. Bei der neuen Pflegefinanzierung gelte das Prinzip der Subjektfinanzierung auf Basis einer Vollkostenrechnung. Es dürfe kein Gewinn erwirtschaftet werden beziehungsweise es müssten die effektiven Kosten verrechnet werden. Das Normdefizit sei ein maximaler Richtwert, der nur in Ausnahmefällen, bei besonderen Dienstleistungen, überschritten werden sollte. Die Vollkosten beziehungsweise effektiven Mehrkosten seien von der Beschwerdeführerin nie nachgewiesen worden. Es liege keinerlei effektive Jahresabrechnung oder eine vergleichbare Dokumentation vor. Es stehe lediglich eine Finanzübersicht 2011 mit statistischen Daten von D.____ von C.____ zur Verfügung. Diese Daten hätten keinen Zusammenhang mit der Beschwerdeführerin als Rechnungsstellerin. C.____ sei ein loser Verbund von freischaffenden Pflegefachpersonen und habe keine Bewilligung als private, gemeinnützige Spitexorganisation. Die Bewilligung sei lediglich auf die einzelnen Pflegefachleute ausgestellt. Im Übrigen verrechne die Spitex B.____ den Gemeinden nur die effektiven Kosten, welche bisher unter den Normkosten gelegen hätten. Schliesslich bleibe festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit 1. Januar 2012 häufig den Tarif für Abklärung und Beratung gemäss Art.

E. 5.1

Unbestrittenermassen hat die Beschwerdegegnerin

keine Leistungsvereinbarung im Sinne von § 5 Abs. 1

PfleG mit der Beschwerdeführerin abgeschlossen. Die Parteien sind sich auch einig, dass der Spitex-Verein B.____ (heute: Spitex-Verein F.____), welcher aufgrund der

mit der Beschwerdegegnerin

abgeschlossenen Leistungsvereinbarung als Spitex-Institution mit kommunalem Auftrag gemäss § 5 Abs. 1 PflG zu qualifizieren ist (vgl. die Statuten), im Frühling 2011 der pflegebedürftigen Z.____ mangels eigener Kapazitäten die Beschwerdeführerin als Leistungserbringerin vermittelte.

Obwohl die Kontaktdaten der Kommunalen Informationsstelle im Sinne von § 6 des am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen PflG heute auf der Internetseite der Beschwerdegegnerin abrufbar sind, hatte sie die Zuständigkeit zur Vermittlung von Ersatzangeboten damals gemäss eigenen Angaben (Urk. 8 S. 2) noch nicht geregelt (vgl. dazu die regierungsrätliche Weisung vom 28. April 2010, Nr. 4693, Zürcher Amtsblatt 2010, S. 947; nachfolgend Weisung). Aufgrund der Angaben der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort kann aber davon ausgegangen werden, dass sie die Vermittlung der Beschwerdeführerin durch die Spitex zumindest nachträglich genehmigte. Damit steht fest, dass die Beschwerdeführerin

ab Frühling 2011 als von der Gemeinde vermittelte Ersatz-Leistungserbringerin gemäss § 6 PflG zu qualifizieren ist.

E. 5.2

Die Parteien gehen auch darin einig, dass zwischen ihnen – über die Spitex – im Frühling 2011 ein (öffentlich-rechtlicher) Vertrag im Sinne eines „Pflegeauftrags“ zustande gekommen ist (vgl. auch die Weisung, S. 947 f.). Eine schriftliche Vereinbarung fehlt aber

Nur ein Teil der juristischen Lehre setzt für das Zustandekommen eines verwaltungsrechtlichen Vertrags die Schriftform voraus (vgl. Häfelin/Müller/Uhlmann, a.a.O., Rz 1102 sowie 1121 mit Hinweisen). Wird von einem gültigen Vertrag im Sinne eines Pflegeauftrags ausgegangen, kann das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2012, mit welchem sie der Beschwerdeführerin mitteilte, ab 1. Januar 2012 übernehme sie als Beitrag an die Pflegekosten nur noch das im Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion für private und selbständig erwerbende Pflegefachpersonen ohne spezielle Leistungsvereinbarung vorgesehene Normdefizit von Fr. 8.-- pro Leistungsstunde (Urk. 2/3/19 S. 2), als Kündigung aufgefasst werden. Fehlt eine

schriftliche

Regelung der Kündigungsmodalitäten, ist subsidiär und analog auf die Regeln des Obligationenrechts (OR), und zwar des Auftragsrechts (Art. 394 ff. OR), abzustellen (vgl. Häfelin/Müller/Uhlmann, a.a.O., Rz 1102), zumal auch der (privatrechtliche) Pflegevertrag zwischen der Leistungsbezügerin und der die Pflegeleistungen erbringenden Person/ Institution

in der Regel dem Auftragsrecht unterliegt (vgl. Hoppler-Wyss, Recht im Alter, Zürich 2011, Rz 799 und 808; Landolt, Schweizerisches Pflegerecht, Band II, Bern 2002, Rz 590 ff.). Gemäss Art. 404 OR kann ein Auftrag von jeder

Vertragspartei jederzeit widerrufen oder gekündigt werden (vgl. auch die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Spitex-Verbandes Zürich, abrufbar auf www.spitexzh.ch) .

Erfolgt dies jedoch zur Unzeit, so ist der zurücktretende Teil zum Ersatz des dem anderen verursachten Schadens verpflichtet.

Die Beschwerdeführerin macht sinngemäss geltend, dass die Parteien eine längere Kündigungsfrist von einem Jahr vereinbart

hätten ,

was in der Tat einer häufigen Regelung in Leistungsvereinbarungen mit Spitex-Institutionen . Gegen eine solche Kündigungsfrist spricht zunächst , dass die Beschwerdegegnerin den Vertrag wohl nicht rückwirkend auf den 1. Januar 2012 gekündigt hätte, wenn sie von einer einjährigen Kündigungsfrist ausgegangen wäre. Sodann

fehlen Anhaltspunkte , welche die Behauptung der Beschwerdeführerin untermauern .

Vielmehr sprechen die konkreten Umstände gegen eine Kündigungsfrist von einem Jahr . Die Beschwerdeführerin hat keine Leistungsvereinbarung mit der Beschwerdegegnerin abgeschlossen, welche sie verpflichten würde, innerhalb bestimmter Rahmenbedingungen weitere Pflegeaufträge anzunehmen (Urk. 8 S. 2) . Ab 1. Juni 2012

war eine andere Pflegefachperson Psychiatrie aufgrund einer Leistungsvereinbarung für die Beschwerdegegnerin tätig (Urk. 2/2 S. 2, Urk. 8 S. 2, Urk. 2/3/14 S. 2) . Die Beschwerdeführerin musste ab Frühling 2011 nur die Pflege von Z.____ übernehmen. Ambulante Pflegeleistungen werden in der Regel jeweils nur für wenige Wochen im Voraus von den Ärzten verordnet, wobei die Pflegefachleute nach Abschluss dieser Zeit nicht immer mit einer Verlängerung rechnen können. Dagegen

müssen Spitex-Institutionen, welche im Auftrag einer Gemeinde für die Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner sorgen, zur Sicherstellung der Pflegeversorgung erhebliche Fixkosten, etwa für ständiges Personal, auf sich nehmen , deren Deckung bei einer jederzeitigen Kündigungsmöglichkeit seitens der Gemeinde in Gefahr stünde . Bei selbständigen Pflegefachpersonen ohne Leistungsvereinbarung wie der Beschwerdeführerin fallen solche Ausgaben nicht an , und die Flexibilität ist generell höher . Es ist deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt , dass die Parteien für die Pflege von Z.____

eine von Art. 404 OR abweichende Kündigungsregelung vereinbart haben.

E. 5.3

Weil

die Beschwerdeführerin Z.____

im Sinne eines Ersatzangebots gemäss § 6 PflG

als Leistungserbringerin vermittelt wurde , ist sie hinsichtlich der Übernahme der Restkosten der Pflege grundsätzlich gleich zu behandeln wie die Leistungserbringer aus dem kommunalen Angebot im Sinne von

§ 5 Abs. 1. Dies folgt aus § 14 PflG, wonach im Rahmen von Ersatzangeboten gemäss § 6 die Gemeinde die ordentlichen Beiträge (für Leistungserbringer aus dem kommunalen Angebot im Sinne von § 5 Abs. 1) gemäss § 5 Abs. 2

zu übernehmen hat. Bei Leistungserbringern im Sinne von

§ 6 PflG sind

als Besonderheit zusätzlich zu den ordentlichen Beiträgen für die Pflegeleistungen auch die Mehrkosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung zu übernehmen (vorstehend E. 4.3.2).

Das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2012

(Urk. 2/3/19 S. 2) kann auch so interpretiert werden, dass die Beschwerdegegnerin

damit zum Ausdruck bringen wollte, dass sie die Beschwerdeführerin nicht mehr als Teil ihres Pflege-Ersatzangebots im Sinne von

§ 6 PflG anerkennen wollte.

Es fehlen Anhaltspunkte, dass bereits vor dem 1. Juni 2012 eine andere Pflegefachperson Psychiatrie für die Beschwerdegegnerin tätig war (vgl. Urk. 2/2 S. 2, Urk. 8 S. 2, Urk. 2/3/14 S. 2), welche auch Z.____ hätte betreuen können, und dass die Beschwerdegegnerin Z.____

vor dem 1. Juni 2012 eine neue Ersatz-Leistungserbringer im Sinne von § 6 PflG vermittelt. Deshalb muss sie

bis 31. Mai 2012 die Restkosten der Pflege nach den in § 14 PflG für Leistungserbringer gemäss § 6 PflG

aufgestellten Regeln übernehmen. Bis dahin hätten sowohl die Beschwerdeführerin als auch Z.____ genügend Zeit gehabt, sich an die neuen Gegebenheiten anzupassen (vgl. auch die nachfolgende Erwägung

E. 5.4

).

Hat eine Gemeinde hinsichtlich der Höhe der zu übernehmenden Restkosten der Pflege mit einem Ersatz-Leistungserbringer gemäss § 6 PflG keine Vereinbarung getroffen, hat sie gleich wie bei Leistungserbringern aus dem kommunalen Angebot gemäss § 5 Abs. 1 PflG grundsätzlich die gesamten in Rechnung gestellten und ausgewiesenen Restkosten zu übernehmen. Die Gemeinden haben es in der Hand, nur Leistungserbringer zu vermitteln, mit welchen sie hinsichtlich der Höhe des Restfinanzierungsbeitrags eine Vereinbarung getroffen haben. Eine Abgeltung der Pflegeleistungen durch Gemeindebeiträge in Höhe des Normdefizits gemäss §§ 16 und 17 PflG ist nur für von der Versicherten Person frei gewählte Leistungserbringer vorgesehen, welche weder zum kommunalen Angebot gemäss § 5 Abs. 1 PflG gehören noch durch die Gemeinde gestützt auf § 6 PflG vermittelt wurden. Die Beschwerdegegnerin hat folglich in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Mai 2012 die gesamten von der Beschwerdeführerin in Rechnung gestellten und ausgewiesenen Restkosten der Pflege von Z.____ zu übernehmen. Allerdings macht sie geltend, die in Rechnung gestellten Pflegekosten seien nicht hinreichend ausgewiesen (vgl. dazu auch die Empfehlungen der Gesundheitsdirektion für die Abklärung der Leistungspflicht der Gemeinden und den damit verbundenen Umgang mit Gesundheitsdaten im Rahmen der

Pflegefinanzierung vom 9. Mai 2012, S. 3) .

Ob dies zutrifft, kann aufgrund der nachfolgenden Erwägung offen bleiben.

5. 4

Der Grundsatz des Vertrauensschutzes gemäss Art. 9 der Bundesverfassung (BV) bedeutet, dass die Privaten Anspruch darauf haben, in ihrem berechtigten Vertrauen in behördliche Zusicherungen oder in anderes, bestimmte Erwartungen begründendes Verhalten der Behörden geschützt zu werden . Der Vertrauensschutz kann in der Form des Bestandesschutzes eine Bindung der Behörden an die Vertrauensgrundlage bewirken oder aber den Privaten einen Entschädigungsanspruch gegenüber dem Staat verschaffen (Häfelin /Müller/Uhlmann, a.a.O., Rz 626 ff. und Rz 697).

Die

Beschwerdegegnerin bezahlte der Beschwerdeführerin für die psychiatrische Pflege von Z.____

im Jahr 2011 die in Rechnung gestellten Restfinanzierungsbeiträge

auf der Grundlage der Normkosten

je Leistungsstunde für Spitex-Institutionen mit kommunalem Auftrag im Sinne von

§ 5 Abs. 1 PflG

gemäss

Ziff. 4 des Kreisschreibens der Gesundheitsdirektion vom 15. November 2010 betreffend die Staatsbeiträge für das Jahr 2011 (in Höhe von Fr. 110.20 für die Abklärung und Beratung , Fr. Fr. 108.40 für die Untersuchung und Behandlung sowie Fr. 96.-- für die Grundpflege) . Im Jahr 2012

übernahm die Beschwerdeführerin weiterhin die psychiatrische Pflege von Z.____ und stellte der Beschwerdegegnerin

für die Monate Januar bis August 2012 ihre Leistungen in Rechnung , ausgehend von unveränderten Restfinanzierungsbeiträgen der Gemeinde (vgl. Urk. 2/1, Urk. 2/3/19 S. 2, Urk. 2/3/30) .

Mangels besonderer Ankündigung seitens der Beschwerdegegnerin durfte sie ab Januar 2012

davon ausgehen, dass ihre Leistungen weiterhin mit dem gleichen Tarif abgegolten werden. Eine allfällige Fehlerhaftigkeit ihrer bisherigen Rechnungen beziehungsweise mangelhafte Dokumentation ihrer Kosten

ist nicht ihr zuzu rechnen ; es ist nachvollziehbar, dass sie aufgrund der Delegation des Pflegeauftrags durch die Spitex keinen Fehler darin erkannte, dass ihr der dem Normdefizit für Spitex-Institutionen mit kommunalem Auftrag entsprechende Tarif für die Restkosten der Pflege ausgezahlt wurde , zumal dieser Tarif ihre Vollkosten nicht deckte und sie mit anderen Gemeinden ähnliche Tarife vereinbart hatte (Urk. 2/1 S. 2 , Urk. 2/3/28-29) . Erst mit dem Schreiben vom 13. April 2012 (Urk. 2/3/19 S. 2) erhielt sie Kenntnis von der Absicht der Beschwerdegegnerin , ihr nur noch das Normdefizit für selbständigerwerbende Pflegefachleute für das Jahr 2012 von Fr. 8.-- pro Stunde gemäss Ziff.

E. 5.5

des Kreisschreibens der Gesundheitsdirektion vom 14. Oktober 2011 zu vergüten. Da sie ihre Leistungen ab 1. Januar 2012 erbracht hat te im berechtigten Vertrauen, diese würden mit dem bisherigen höheren Tarif entgolten , ist die

Beschwerdegegnerin verpflichtet, ihr

die bisherigen Beiträge so lange zu bezahlen , bis sie sich – nach Erhalt der Mitteilung vom 13. April 2012 - an die neuen Verhältnisse hätte anpassen können . Die Beschwerdegegnerin

macht nicht geltend , dass bereits vor dem

1. Juni 2012 eine Pflegefachperson Psychiatrie für sie tätig gewesen

sei , welche auch Z.____

hätte betreuen können (Urk. 2/2 S. 2, Urk. 8 S. 2, Urk. 2/3/14 S. 2) . Deshalb

hat die Beschwerdeführerin bis Ende Mai 2012 Anspruch auf die bisherigen , ihrer Rechnungsstellung entsprechenden Beiträge der Gemeinde . Bis dahin hätte sie genügend Zeit gehabt , umzudisponieren und allenfalls eine fachgerechte Übergabe der Pflege zu organisieren ; zudem wäre

der Patientin innert dieser Frist ein Wechsel der Pflegefachperson ohne Weiteres zumutbar gewesen (vgl. BGE 142 V 94 E. 5.2 sowie

die Urteile des Bundesgerichts

K 141/01 und K 146/01 vom 18. Juni 2003, E. 6). 5 .5

Ab dem 1. Juni 2012 ist die Beschwerdeführerin nach dem Gesagten für die Festsetzung der Restfinanzierungsbeiträge nicht mehr als Ersatz-Leistungserbringerin im Sinne von § 6 PflG , sondern als frei gewählte , nicht von der Gemeinde beauftragte

Pflegeleistungserbringerin im Sinne von § 15 PflG zu qualifizieren.

Gemäss Abs. 2 und 3 dieser Bestimmung hat sie deshalb höchstens Anspruch auf Restfinanzierungsbeiträge in Höhe des Normdefizits pro Leistungsstunde für selbständig erwerbende Pflegefachpersonen für das Jahr 2012 in Höhe von Fr. 8.--

(vorstehend E. 4.4.3). Die Beschwerdeführerin beanstandet die Festsetzung des Normdefizits gestützt auf die

„Studie Nabholz “ vom 24. März 2010, welche für die Erhebung der Vollkosten für Leistungen freiberuflicher Pflegefachfrauen mangels Daten aus dem Kanton Zürich auf eine detaillierte Erhebung der Kantone Basel Stadt und Basel Land für die Jahre 2005 bis 2008 abstellte („Studie Nabholz “ , S. 32,

sowie vorstehend E. 4.4.3), nicht . Sie macht lediglich geltend , sie habe höhere Kosten gehabt. Indes sind im Anwendungsbereich des Normdefizits, welches

gemäss § 16 und 17 PflG

dem Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung beziehungsweise dem durchschnittlichen Aufwand der Leistungserbringer entspricht , allfällige höhere Kosten eines Leistungserbringers im konkreten Einzelfall un beachtlich.

Im Übrigen wurden die Normkosten und – defizite je Leistungsstunde für selbständig erwerbende Pflegefachpersonen gestützt auf aktuelle Zahlen aus dem Kanton Zürich zwischenzeitlich erhöht (vgl. das Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion vom 19. September 2013, Ziff. 2.4).

Der angefochtene Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 23. Oktober 2012 ist folglich nicht zu beanstanden, soweit der Beschwerdeführerin damit für die Monate Juni bis August 2012 lediglich ein Beitrag von Fr. 8.-- je Leistungsstunde an die ungedeckten Kosten der Pflege, entsprechend dem Normdefizit für selbständig erwerbende Pflegefachpersonen für das Jahr 2012, zugesprochen wurde (Urk. 2/2 S. 2).

E. 5.6

Die Beschwerdegegnerin beanstandet in der Beschwerdeantwort, dass die Beschwerdeführerin seit 1. Januar 2012 häufig den Tarif für Abklärung und Beratung gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV in Rechnung stellte (vgl. Urk. 2/3/30). Bezüglich der Einordnung in die Leistungsbereiche gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV stellt sie indes keinen konkreten Antrag, sondern hält bloss fest, Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV mit einem höheren Tarif seien für komplexe Pflegesituationen gedacht, wobei bei Z. ___ keine derartige Situation gegeben sei (Urk. 8).

Die Prüfung, ob die erbrachten Pflegeleistungen im Einzelfall wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich im Sinne des KVG sind, obliegt grundsätzlich der zuständigen obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Gemäss § 23 Abs. 1 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 PflG dürfen die Gemeinden zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungen bei den ambulanten Leistungserbringern

auch patientenbezogene Daten und Unterlagen einsehen, etwa ärztliche Anordnungen sowie die Bedarfsabklärungsdokumentation

(vgl. auch die Empfehlungen der Gesundheitsdirektion für die Abklärung der Leistungspflicht der Gemeinden und den damit verbundenen Umgang mit Gesundheitsdaten im Rahmen der Pflegefinanzierung vom 9. Mai 2012, S. 3 f.). In den Akten fehlen Anhaltspunkte dafür, dass die

Beschwerdegegnerin die für die Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Pflegeleistungen nötigen Unterlagen eingeholt hat. Sie macht auch nicht geltend, sie habe diese Unterlagen nicht erhältlich machen können.

Insgesamt fehlt nebst einem konkreten Antrag eine klare, substantiierte Rüge von Rechtsverletzungen mit hinreichend detaillierten Behauptungen zum massgeblichen Sachverhalt. Damit hat die Beschwerdegegnerin das Rügeprinzip nicht eingehalten (vgl. Häfelin/Müller/Uhlmann, a.a.O., Rz 1632 f.), weshalb auf ihre Ausführungen zur Einordnung der Leistungen der Beschwerdeführerin in die Leistungsbereiche gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV nicht weiter einzugehen ist.

Damit kann die Frage offen bleiben, ob die Gemeinden im Rahmen der Festsetzung ihrer Beiträge an die ungedeckten Pflegekosten von der Einordnung der Pflegeleistungen in die Leistungsbereiche gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV, wie sie von der zuständigen Krankenkasse anerkannt wird, abweichen dürfen, oder ob sie an die Einschätzung der Krankenkasse gebunden sind und im Fall von Meinungsverschiedenheiten die entsprechende Verfügung der Krankenkasse anzuwenden haben.

E. 5.7

Es ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin für den Zeitraum Januar bis Mai 2012 Anspruch auf Erstattung der gesamten in Rechnung gestellten Pflegerestkosten in Höhe von total

Fr. 1'530.75 hat (Urk. 2/3/30 S. 1-5). Die Beschwerdegegnerin hat ihr, ausgehend vom Normdefizit je Leistungsstunde für selbständig erwerbende Pflegefachpersonen, für diesen Zeitraum bisher lediglich Fr. 329.35 vergütet (Urk. 2/2, Urk. 2/3/14). Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf Vergütung des Restbetrags in Höhe von Fr. 1'201.40. Im Übrigen ist der Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Beschluss der Gemeinde Y.____ vom 23. Oktober 2012 aufgehoben, soweit damit über die Restfinanzierung der Pflegekosten in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Mai 2012 entschieden wurde, und es wird festgestellt, dass die Gemeinde Y.____

vom 1. Januar bis 31. Mai 2012 die Restkosten der Pflege von Z.____

in Höhe von total Fr. 1'530.75 zu übernehmen hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Gemeinderat Y.____ - Z.____ - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

E. 7

Abs. 2 lit. a, b und c KLV (exklusive die Krankenkassenbeiträge und den Anteil der Patienten von maximal Fr. 8.-- pro Tag) orientiere. Davon seien zwei Gemeinden ausgenommen, welche von sich aus einen Vollkostenansatz von Fr. 120.-- pro Stunde, unabhängig von der Pflegeleistungsart, bezahlen. Sie habe die ambulante psychiatrische Pflege der in der Gemeinde Y.____ wohnhaften Z.____ übernommen, da die Spitex B.____ dafür keine Kapazitäten gehabt habe. Bis Januar 2012 habe die Beschwerdegegnerin die Vollkosten der Pflege unter Abzug der Krankenkassenbeiträge und der Beiträge der Versicherten anstandslos bezahlt. Mit dem Schreiben vom 13. April 2012 habe sie ihr mitgeteilt, dass sie ab 1. Januar 2012 nur noch das Normdefizit von Fr. 8.-- pro Stunde

übernehme. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin habe sie ihre effektiven Mehrkosten telefonisch und schriftlich nachgewiesen, indem sie mitgeteilt habe, dass C. ___ allen Gemeinden die gleichen Stundenansätze in Rechnung stelle und diese Ansätze unter den effektiven Vollkosten lägen. Aus ihrer Stundenlohnberechnung gehe hervor, dass ihre effektiven Kosten nicht gross von den von D. ___ übermittelten Daten abwichen. Das Normdefizit von Fr. 8.-- pro Stunde für freischaffende Pflegefachleute sei zustande gekommen, weil der Nabholzstudie, auf welche die neue Pflegefinanzierung basiere, keine Daten der selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen zu Grunde gelegen hätten. Das Bundesamt für Statistik sei nun aber daran, diese Daten zu erfassen. E. ___, welche bis zum 31. Juli 2011 als Pflegefachfrau Psychiatrie bei der Spitex B. ___ angestellt gewesen sei, habe ihr bestätigt, dass die Vergabe des externen Pflegeauftrags bezüglich Z. ___ in der Vorstandssitzung der Spitex B. ___ vom 16. April 2011 beschlossen worden sei, weil die Spitex den Fall mangels Kapazitäten nicht übernehmen könne. Dem Hinweis der Beschwerdegegnerin, dass die örtliche Spitex nur die effektiven Kosten, welche unter den Normkosten lägen, in Rechnung stelle, sei zu entgegnen, dass die Spitex eine Defizitgarantie und Zugang zu Spenden und Legaten habe, was für die Freischaffenden nicht gelte. Es befremde, dass die Beschwerdegegnerin, welche zunächst ihre Vollkosten übernommen habe, dies ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr mache, ohne vorher eine Mitteilung gemacht zu haben. Da der Pflegeauftrag von der Spitex B. ___ an sie delegiert worden sei, und eine Vertragspartei ihre Absicht, den Vertrag zu kündigen oder vom Vertrag zurückzutreten, mindestens zwölf Monate im Voraus mitteilen müsse, sei die Beschwerdegegnerin verpflichtet, den Vollkostensatz bis April 2013 zu vergüten. Zu berücksichtigen sei auch, dass bei der psychiatrischen Behandlung und Pflege die Beständigkeit und Kontinuität des Helfernetzes einer der wichtigsten Eckpfeiler des Behandlungserfolges sei (Urk. 2/1, Urk. 2/3/2, Urk. 2/3/7). 4. 4. 1

Seit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 leistet einerseits die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden (Art. 25a Abs. 1 KVG). Andererseits haben sich sowohl die Versicherten (im Umfang von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages)

als auch die öffentliche Hand an den Pflegekosten zu beteiligen. Die Modalitäten der Restfinanzierung der Pflegekosten regeln die Kantone (Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG). Bislang fehlt eine genauere bundesrechtliche Regelung der Restfinanzierung ungedeckter Pflegekosten. Das Bundesgericht hat präzisiert, den Kantonen stehe in der konkreten Ausgestaltung der Restfinanzierung ein weiter Ermessensspielraum zu. Die Kantone haben in Ausübung der ihnen übertragenen Kompetenzen die Restfinanzierung der ungedeckten Pflegekosten unterschiedlich umgesetzt. Nicht nur bezüglich der Zuständigkeit (beim Kanton oder den Gemeinden) und der Finanzierungsleistungen, sondern insbesondere bei der Festlegung der Höchstgrenze der Beiträge der öffentlichen Hand an die Kosten für ambulante Pflege (sogenannte Normkosten) bestehen beträchtliche Differenzen

(vgl.

BGE 142 V 94 E. 3.2 mit Hinweisen; Zusammenstellung des Spite x-Verbandes Schweiz vom Mai 2012, abrufbar unter www.spitex.ch).

E. 9

PfleG gehen die Kosten der Pflegeleistungen im von der Bundes - gesetzgebung über die Sozialversicherung vorgeschriebenen Umfang zulasten der Versicherer (Abs. 1). Die verbleibenden Kosten werden bei Pflegeleistungen von ambulanten Leistungserbringern zur Hälfte des gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG höchstzulässigen Umfangs den Leistungsbezügerinnen und - bezüger überbunden . Für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird keine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben (Abs. 2). Die restlichen Kosten sind bei Leistungser bringern gemäss § 5 Abs. 1 von der Gemeinde zu tragen (Abs. 4). 4. 4

Unter der Marginalie „Kapazitätsmangel im Angebot der Gemeinde“ sieht §

E. 14

PfleG vor, dass die Gemeinde im Rahmen von Ersatzangeboten nach § 6 neben den ordentlichen Beiträgen für Leistungen gemäss § 5 Abs. 2 auch die Mehrkosten übernimmt.

Diese Regelung stellt sicher, dass den Gemeindegewohnen und – einwohnern keine Mehrkosten entstehen, wenn die erforderlichen Leistungen nicht durch Leistungserbringer aus dem kommunalen Angebot erbracht werden können. Nimmt eine Leistungsbezügerin oder ein Leistungsbezüger ein Ersatzangebot an, hat die Gemeinde neben den ordentlichen Beiträgen an die Pflegeleistungen auch allfällige Mehrkosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung zu übernehmen. Leistungsbezügerinnen und – bezüger sind über diese Kostenfolgen zu informieren, und es ist im Einzelfall konkret zu regeln, wie diese Mehrkosten erstattet werden (Rückvergütung an die Leistungsbezügerin oder den Leistungsbezüger oder Direktzahlung an den Leistungserbringer). Die Vergütung der Mehrkosten setzt eine Übermittlung der entsprechenden Daten durch die Leistungsbezügerinnen und – bezüger oder die Leistungserbringer an die Gemeinde voraus (vgl. die Empfehlungen der Gesundheitsdirektion für die Abklärung der Leistungspflicht der Gemeinden und den damit verbundenen Umgang mit Gesundheitsdaten im Rahmen der Pflegefinanzierung vom 9. Mai 2012, S. 5) .

E. 15

PfleG leistet die Gemeinde für den Fall, dass eine Person einen nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten ambulanten Leistungserbringer wählt, einen pro Pflegestunde pauschalierten Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen (Abs. 2). Die Beiträge entsprechen dem Anteil der Gemeinde an den Pflegekosten des gewählten Leistungserbringers, höchstens aber dem gemäss § §

E. 16

und 17 festgelegten Normdefizit für innerkantonale Leistungserbringer (Abs. 3).

E. 17

Abs. 3 PfleG sieht vor, dass die Direktion den anrechenbaren Aufwand für ambulante Leistungserbringer differenziert nach den Leistungsbereichen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV)

separat festlegt für

Spitex-Institutionen gemäss § 5 Abs. 1,

andere nach Krankenversicherungsgesetz zugewiesene Spitex-Institutionen sowie selbstständig tätige Pflegefachpersonen .

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