

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2011.00007 vom 31. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2011.00007

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2011.00007 du 31 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2011.00007 del 31 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1932, wohnte seit 2006 im Alters- und Pflegeheim B.____ in C.____ und war im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK (früher: SLKK Schweizerische Lehrerkrankenkasse; nachfolgend: SLKK) versichert (vgl. Urk. 2/3/2).

Nachdem die SLKK zunächst die Kosten für Physiotherapie übernommen hatte, er teilte sie der Versicherten am 31. August 2007 „letztmalige Kostengutsprache“ für weitere sechs Behandlungen Physiotherapie (Urk. 2/7/12; vgl. Urk. 2/7/18-19). Mit Verfügung vom 21. Januar 2008 verneinte sie eine Leistungspflicht für weitergehende physiotherapeutische Leistungen (Urk. 2/7/26), was sie auf Einsprache der Versicherten vom 21. Februar 2008 hin (Urk. 2/7/27) mit Entscheidung vom 27. März 2008 bestätigte (Urk. 2).

E. 1.1

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

E. 1.2

Die massgebenden gesetzlichen Bestimmungen wurden sowohl im Urteil des hiesigen Gerichts vom 3. März 2010 (Urk. 2/17 E. 1.1-4) als auch im Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2010 (Urk. 1 E. 2.1-3 und E. 3.2) umfassend dargestellt. Darauf wird verwiesen.

E. 2

Das Bundesgericht führte im Urteil vom 23. Dezember 2010 (Urk. 1) aus, es sei letztinstanzlich

von den Beschwerdeführenden bestritten worden, dass die Beschwerdegegnerin bereits für 36 Physiotherapiesitzungen aufgekommen sei. Es fehle jedoch an der aktenmässigen Grundlage über die bereits übernommenen Kosten, weshalb entsprechende Abklärungen vorzunehmen seien (E. 3.3).

Mit Blick auf die Wirksamkeit der Behandlung erwog das Bundesgericht, bei der Versicherten sei nebst anderen Leiden ein Verdacht auf eine Lewy-Body-Erkrankung diagnostiziert worden. Diese Demenz-Erkrankung zeichne sich unter anderem aus durch Symptome, wie sie auch typischerweise bei der Parkinson-Krankheit auftreten. So habe denn auch die Versicherte namentlich an einem Muskeltremor und -rigor an Armen und

Beinen sowie

einer Stand- und Gangunsicherheit gelitten (neurologischer Bericht von Dr. med. D.____, Neurologie FMH, vom 27. November 2007; Urk. 6/1).

Soweit mit der Physiotherapie gemäss Bericht des Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische Medizin & Rehabilitation, vom 21. August 2007 (Urk. 2/7/9) eine Stabilisierung der Verhältnisse, eine Verbesserung der Mobilität und das Vermeiden von Komplikationen wie Kontrakturen und Decubitalproblemen angestrebt worden sei, könne ihr die Wirksamkeit nicht abgesprochen werden, zumal sie auch als allgemeine Therapieform bei Patienten mit Parkinson-Syndrom angewendet werde (E. 4.3).

Weiter führte das Bundesgericht aus, dass zwar die durch das Pflegeheim zu erbringende Grundpflegeleistungen wie das Durchführen von Bewegungsübungen, Mobilisieren, Massnahmen zur Decubitusprophylaxe und zur Verhütung von Hautschäden umfasse. Dies sei bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit insofern zu berücksichtigen, als Leistungen nach Art.

E. 2.1

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 30. April 2008 Beschwerde (Urk. 2/1), in welches Verfahren die Erben nach ihrem Tod am 1. September 2009 eintraten (Urk. 2/13, Urk. 2/15). Mit Urteil vom 3. März 2010 wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die Beschwerde ab (Urk. 2/17; KV.2008.00021).

Die dagegen geführte Beschwerde hiess das Bundesgericht mit Urteil vom 23. Dezember 2010 gut und wies die Sache zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid ans hiesige Gericht zurück (Urk. 1).

E. 2.2

Das Sozialversicherungsgericht zog daraufhin mit Verfügung vom 24. Januar 2011 bei der SLKK Erkundigungen ein (Urk. 3, Urk. 5-6), zu denen die Beschwerdeführenden am 22. Februar 2011 Stellung nahmen und ihrerseits die Akten ergänzten (Urk. 9-11). Hierzu äusserte sich die SLKK am 1. März 2011 (Urk. 14).

E. 2.3

Mit Verfügung vom 18. April 2011 unterbreitete das Gericht der behandelnden Physiotherapeutin Fragen (Urk. 17-18), welche diese am 2. Mai 2011 beantwortete (Urk. 20-21). Die Parteien liessen sich dazu am 25. Mai und am 21. Juni 2011 vernehmen (Urk. 24-25), welche Eingaben der Gegenpartei am 5. September 2011 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 26).

Am 20. Januar 2012 reichten die Beschwerdeführenden eine Eingabe sowie Unterlagen nach (Urk. 27-28), wovon der Beschwerdegegnerin am 23. Januar 2012 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 29). Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 1.

E. 7

Abs. 2 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) nicht

alternativ oder kumulativ - im Rahmen einer Physiotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beansprucht werden könnten. Es fehle eine nachvollziehbare und einleuchtende Auseinandersetzung mit der Frage, ob sich aus den spezifischen

neurologischen Problemen der Versicherten eine darüber hinaus gehende Therapiebedürftigkeit ergeben könne. Weiter erscheine es fraglich, ob angesichts der neurologischen Leiden mit der Grundpflege und der Physiotherapie die gleichen Behandlungsziele erreichbar sein. Schliesslich erlaube die Aktenlage keine Feststellungen zu Notwendigkeit und gegebenenfalls Umfang einer über die Grundpflege hinaus gehenden physiotherapeutischen Behandlung im Hinblick auf die angestrebten Ziele; diesbezüglich habe das hiesige Gericht eine fachärztliche Meinung einzuholen (E. 4.4-5). 3. 3.1

Gemäss höchst trichterlichem Urteil ist zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin vor den hier strittigen Physiotherapiesitzungen bereits 36 Behandlungen übernommen hatte, so dass die Kosten weiterer Behandlungen nur unter den Voraussetzungen von Art. 5 Abs. 4 KLV zu übernehmen wären. 3.2

Mit Eingabe vom 8. Februar 2011 (Urk. 5) reichte die Beschwerdegegnerin eine Übersicht über die ab Januar 2000 bis zum hier fraglichen Zeitpunkt übernommenen Physiotherapieleistungen ein (Urk. 6/3). Zudem machte sie geltend, es sei für sie nicht nachvollziehbar, ob die Physiotherapiesitzungen bereits Anfang Oktober 2007 beendet worden seien, da ihr bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 28. Januar 2008 keine Rechnungen mehr vorgelegt worden seien (Urk. 5 S. 2).

Dagegen legten die Beschwerdeführenden mit Eingabe vom 22. Februar 2011 dar, die Beschwerdegegnerin habe bereits mit Verfügung vom 11. Dezember 2007 und nicht erst am 28. Januar 2008 eine weitere Kostenübernahme abgelehnt, weshalb ihr auch keine weiteren Rechnungen mehr eingereicht worden seien (Urk.

E. 9

S. 1 f.) sowie die entsprechenden Rechnungen (Urk. 10/1-14) ins Recht, wonach in der Zeit vom 26. Juni 2007 bis am 20. August 2009 erbrachte Leistungen für Physiotherapie im Gesamtbetrag von Fr. 6'081.-- von der Beschwerdegegnerin nicht übernommen worden seien (Urk. 5).

Dem hielt die Beschwerdegegnerin am 1. März 2011 (Urk. 14) entgegen, sowohl die Rechnung vom 23. Oktober 2007 (Urk. 10/2) als auch jene vom 15. August 2007 (Urk. 10/1) habe sie übernommen. Den Beschwerdeführenden hielt sie vor, sie wollten eine unrechtmässige Doppelzahlung erwirken (Urk. 14), was diese am 21. Juni 2011 in Abrede stellten und an ihrer Darstellung festhielten (Urk. 25 S. 2 Ziff. 5). 3.3

Wie es sich damit genau verhält, kann vorliegend offen bleiben. Erstellt ist, dass die Beschwerdegegnerin die Sitzungen ab Rechnungsstellung März 2000 (Urk. 6/3 S. 2) bis 14. September 2007 (Urk. 6/3 S. 1) übernommen hat. Dabei handelt es sich gesamthaft um 126 Physiotherapie-Sitzungen. Nach einer gut einjährigen Pause ab Oktober 2005 setzten die Sitzungen im November 2006 wieder ein und wurden regelmässig durchgeführt mit Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin bis 2. Oktober 2007 (Urk. 6/2). In dieser jüngsten Phase wurden insgesamt 42 Sitzungen von der Beschwerdegegnerin übernommen.

Damit kommt eine weitere Leistungszusprache grundsätzlich nur unter der Voraussetzung von Art. 5 Abs. 4 KLV in Frage. Darnach hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen

begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten, wenn die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden soll. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft

den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang (und für welche Zeitdauer [Fassung ab 1. Januar 2009]) bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann. 3.4

Dem Erfordernis der Berichterstattung und des Therapievorschlags für die weitere Behandlung kam der behandelnde Arzt am 6. Februar 2007 (Urk. 10/15) nach, als er gegenüber der Beschwerdegegnerin ausführlich über den Gesundheitszustand der Versicherten berichtete, eine infauste Prognose stellte und nebst regelmässiger Überwachung und Kontrolle der pharmakologischen Therapie eine regelmässige physiotherapeutische Betreuung als notwendig erachtete, da sonst eine absolute Immobilität auftreten könne (S. 5). Am 21. August 2007 (Urk. 2/7/9) berichtete er erneut und verwies auf eine Stabilisierung der Verhältnisse unter Therapie, womit erneute Komplikationen wie Kontrakturen, Decubitalprobleme etc. vermieden werden könnten (S. 2). In der Folge äusserte sich der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin am 30. August 2007 (Urk. 2/7/11), hernach folgten weitere Schreiben des behandelnden Arztes und des Vertrauensarztes. 4. 4.1

Dr. med. D.____, Neurologie FMH, berichtete am 27. November 2007 (Urk. 6/1) zu Händen des behandelnden Dr. E.____ und diagnostizierte eine kortikal/subkortikale Demenz, eine Gangunsicherheit bei schwerer extrapyraler Symptomatik mit aufgehobenen posturalen Reflexen sowie REM-Schlaf-Verhaltensstörung mit Erstmanifestation ca. 2000. Differenzialdiagnostisch verwies sie auf eine Lewy-Body-Demenz.

In neuropsychologischer Hinsicht verwies sie auf mnestische Defizite, eine visuo-konstruktive Apraxie, eine Dysgraphie, eine Dyskalkulie, eine erheblich eingeschränkte kognitive Flexibilität, eine aufgehobene kognitive Urteilsfähigkeit, Schwierigkeiten bei der Rechts-/Linksunterscheidung, eine verminderte Prosodie sowie Hinweise auf eine Balkentransferstörung. Sie führte aus, diese Befunde liessen sich zusammen mit dem Verhaltenssyndrom (mit psychomotorischer Verlangsamung und Perseverationen sowie erheblich eingeschränkten Aufmerksamkeitsleistungen) Minderfunktionen bifrontaler, temporaler und parietaler Hirnareale, deutlich rechtshemisphärisch akzentuiert, zuordnen. Im Vergleich zur Voruntersuchung im August 2006 zeige sich eine deutliche Progredienz: Das Ausmass der aktuellen Befunde entspreche einem gemischten kortikal/subkortikalen demenziellen Zustandsbild mässiger bis mittelschwerer Ausprägung.

Eindrücklich sei die massive Verschlechterung auch der klinisch-neurologischen Befunde mit Zunahme der extrapyramidalen Symptomatik im Vergleich zur Voruntersuchung vor einem Jahr, positiven Primitivreflexen und massiver Gangunsicherheit mit praktisch aufgehobenen posturalen Reflexen, wodurch die Selbständigkeit der Versicherten im Alltag erheblich beeinträchtigt sei.

Zusammenfassend hielt Dr. D.____ fest, die klinisch-neurologischen und verhaltensneurologischen Befunde zusammen mit der früher beschriebenen REM-Schlaf-Verhaltensstörung seien suggestiv für das Vorliegen eines den Synukleinopathien zuzuordnenden Krankheitsbildes, wobei sich klinisch am ehesten eine Lewy-Body-Erkrankung abzeichne. Klinisch auffallend seien zu dem intermittierende hyperkinetische/choreoatiforme Bewegungsstörungen des Oberkörpers, am ehesten medikamenteninduziert.

Dr. D.____ empfahl – nebst medikamentösen Anpassungen – eine regelmässige physiotherapeutische Behandlung als adjuvante Dauertherapie, dies unter Hinweis auf die

Schwere der klinisch-neurologischen Befunde zur Verbesserung der Stand- und Gangfähigkeit (Sturzprophylaxe, Vermeiden von Kontrakturen). 4.2

Am 20. Dezember 2011 (Urk. 28) berichtete der behandelnde Arzt Dr. E.____ zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführenden und führte aus, auf Grund des Charakters der vorliegenden Krankheit sei es nachvollziehbar, dass ähnlich wie bei einer Multiplen Sklerose ein schubartiger Verlauf zu einer deutlichen Verschlechterung innerhalb einer relativ kurzen Zeit führen könne. Tatsächlich habe seit 2002 vielleicht vier Mal beobachtet werden können, wie die Versicherte mit scheinbar alltäglichen Problemen plötzlich nicht mehr zurande gekommen sei. Ebenso hätten sich die feinmotorischen Fähigkeiten der Versicherten im Sommer in kurzer Zeit deutlich verschlechtert. Beispielsweise habe sie immer häufiger Gegenstände fallen lassen und diese zum Teil nicht mehr richtig anfassen können. Wegen Selbstgefährdung sei sie ins Spital eingewiesen worden. Wenn eine Patientin eine solche Entwicklung mit zunehmender Tendenz zu Stürzen und motorischen Störungen zeige, müsse eine schwerwiegende gesundheitliche Einschränkung vorliegen. Aufgrund der in der Krankengeschichte festgehaltenen Notizen könnten die schwierigen Verhältnisse belegt werden. Zudem dürften die nicht spezifischen Beschwerden (Schwindel, Bein schwäche) der Versicherten nicht unterschätzt werden, gegen welche keine spezifische Therapie habe verordnet werden können (S. 2 f.).

Dr. E.____ hielt sinngemäss - unter Hinweis auf die Angaben des Heimleiters - weiter fest, es gehöre gerade nicht zu den definierten Aufgaben der Pflegenden eines Pflegeheimes, die Bewohner in der Erhaltung ihrer Lebensaktivitäten zu unterstützen. So hätten die Pflegenden weder eine Ausbildung nach Bobath (Physiotherapie-Prinzipien für Hirngeschädigte oder -kranke) noch die erforderliche Zeit, ferner seien solche Anleitungen auch nicht durch physiotherapeutische Instruktion erlernbar (S. 5 oben).

Zur Notwendigkeit der Schulung von Bewegungsabläufen erwähnte Dr. E.____, die Versicherte habe ab Frühsommer 2007 (nach einer Hospitalisation) ohne entsprechende Sicherheitsmassnahmen je länger je weniger alleine gelassen werden können. So seien ein neues pneumatisches Bett mit Sicherheitsabschränkungen, ein speziell für hirnkranken Menschen geeigneter Stuhl samt Rolltisch angeschafft und Schuhe sowie Kleidungsstücke den Bedürfnissen angepasst worden. Mit diesen Massnahmen habe das Risiko erneuter Stürze erheblich gesenkt werden können. Nach Sommer 2007 seien praktisch keine Stürze mehr aufgetreten, was vor allem der regelmässig zur Sicherheit der Versicherten beitragenden Physiotherapie zu verdanken sei. Dr. E.____ verwies sodann auf sein Betreuungskonzept und die regelmässig (wöchentliche) stattfindende Physiotherapie sowie seine Überwachung der Therapie (S. 5 Mitte).

Je besser eine solche Physiotherapie greife, desto grösser sei die Wahrscheinlichkeit, dass sich dadurch Stürze oder Decubitalprobleme vermeiden liessen, insbesondere bei Patienten, welche durch neurologische Störungen der Schmerzempfindung litten. Es sei mit der Physiotherapeutin eine - bedarfsweise - auch zweimal wöchentlich stattfindende Behandlung abgesprochen worden, was sich als richtig und angemessen erwiesen habe. Die Versicherte habe sich gar noch nach dem Eintritt ins Pflegeheim gegen die Feststellung gewehrt, sie habe ein neurologisches Problem und es bestehe eine Sturzgefahr, weil sie dies nicht wahrhaben wollen. Damit sei hinreichend belegt, dass sie seit Längerem für verschiedene alltägliche Aktivitäten erheblich eingeschränkt gewesen sei (S.

6 oben).

Tatsache bleibe, dass es bereits wenige Monate nach dem Eintritt ins Pflegeheim (Ende 2006) wieder zu einem Krankheitsschub gekommen sei, was zu einer erheblichen Verschlechterung der Stabilisierung beim Stehen und Gehen geführt habe. Die Versicherte habe von nun an akzeptieren müssen, dass das alleinige Benutzen des Rollators oder das alleinige Aufstehen aus dem Bett nicht mehr möglich sei, sondern sehr gefährlich. Ab Ende 2006 hätten sich Stürze ereignet, weshalb sie Anfang 2007 zweimal operiert werden müssen (Hämatom mit Gangrän und Infektbildung bei der Harnblase). Als Massnahme sei eine physiotherapeutische Behandlung verordnet worden (S. 6 Mitte).

Dr. E.____ schloss, dank der Physiotherapie habe das Leben der Versicherten dahingehend erleichtert werden können, dass sie dank dem entsprechenden Aktivierungs- und Verbesserungsprogramm mit der dadurch verbesserten Koordination der Bewegungsabläufe die Dosierung der erforderlichen Schmerzmittel habe reduzieren können (S. 6 unten). 5. 5.1

Aus diesen fachärztlichen Einschätzungen geht hervor, dass es sich bei der von Dr. E.____ angeordneten Physiotherapie nicht um pflegerische Massnahmen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV handelte. So verwies vorweg die Neurologin Dr. D.____ - angesichts der Schwere der klinisch-neurologischen Befunde (extrapyramidale Symptomatik, positive Primitivreflexe, massive Gangunsicherheit mit praktisch aufgehobenen posturalen Reflexen, hyperkinetische/choreoatiforme Bewegungsstörungen des Oberkörpers) - auf die Notwendigkeit einer nicht bloss pflegerischen, sondern einer regelmässigen physiotherapeutischen Behandlung im Sinne einer adjuvanten Dauertherapie (E.

4.1). Dass diese man gels notwendiger fachlicher Kenntnisse nicht durch das pflegerische Personal des Pflegeheims erbracht werden k a nn, legte Dr. E.____ nach vollziehbar dar.

Weiter ist den ärztlichen Angaben zu entnehmen, dass sich die physiotherapeutischen Massnahmen nicht im blossen Durchführen von Bewegungsübungen, Mobilisieren sowie in Massnahmen zur Decubitusprophylaxe und zur Verhütung von Hautschäden erschöpften . Vielmehr ging es dabei um die Schulung von Bewegungsabläufen zur Vermeidung von Stürzen und Decubitalproblemen , welche gesondert instruiert werden mussten . In diesem Zusammenhang verwies Dr. E.____

insbesondere auf die neurologische Komponente der Problematik, namentlich die Störung der Schmerzempfindung und die Koordinationsschwierigkeiten . 5.2

Angesichts dieser fachärztlichen Einschätzungen ist erstellt, dass es sich bei den angeordneten Physiotherapiemassnahmen nicht um Leistungen der Grundpflege handelte, welche durch das Pflegeheim zu erbringen gewesen wäre. Namentlich unterscheiden sich die Massnahmen von jenen nach Art. 7 Abs. 2 KLV, insbesondere derjenigen nach lit . c (Massnahmen der Grundpflege), da es um eine der neurologischen Erkrankung angepasste spezifische fachliche Therapie (Instruktion von Bewegungsabläufen und -übungen) ging. So findet sich in der Verordnung zur Physiotherapie vom 8. Januar 2007 (Urk. 21/1) namentlich der Hinweis au f das Erlernen des richtigen Au fstehens und Abliegens, welche Übungen die Versicherte jeweils wieder vergesse und sich später phasenweise wieder erinnere. Solches geht über die Grundpflege hinaus.

Sodann ist aufgrund der medizinischen Aktenlage an der Notwendigkeit der entsprechenden Physiotherapie ebenso wenig zu zweifeln wie am angeordneten Umfang der über die Grundpflege hinaus gehenden physiotherapeutischen Be handlung im Hinblick auf die

angestrebten Ziele , nämlich zur Verbesserung der Stand- und Gangfähigkeit (Sturzprophylaxe, Vermeiden von Kontrakturen) im Sinne einer adjuvanten Dauertherapie .

Die

ein- bis zweimal pro Woche stattfindenden Physiotherapien (bei wenigen Phasen etwas längerer Abstände, Urk. 10/1-14) erscheinen auch umfangmässig als angemessen, handelt es sich doch um eine Dauertherapie einer teilweise dementen Patientin, welche unter Anleitung die verordneten Übungen immer wieder neu durchführen musste. 5.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen für eine Übernahme der Leistungen für die angeordneten Physiotherapiesitzungen auch nach der letztmaligen Kostengutsprache (letzte Sitzung am 2. Oktober 2007, Urk. 6/2) gegeben sind. Die Beschwerde ist demgemäss gutzuheissen. 6.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, den Beschwerdeführenden eine Prozessentschädigung auszurichten (§ 34 GSVGer). Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 3'000 .-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) fest zulegen . Der Einzelrichter erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. März 2008 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK die Kosten für die Physiotherapie der Versicherten auch nach dem 2. Oktober 2007 zu übernehmen hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, den Beschwerdeführenden eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Hübner - Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 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
Der Einzelrichter
Der Gerichtsschreiber
Gräub
Sonderegger

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