

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00075

vom 20. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2017.00075

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00075 du 20 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00075 del 20 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1940, ist bei der Swica Krankenversicherung AG (nach folgend Swica) obligatorisch krankenversichert. Im Anschluss an eine Hospitalisation im Spital Y.____ (vgl. Urk. 9/1 S. 1, S. 5) hielt sie sich vom 14. April bis 26. Juli 2016 stationär im Pflegezentrum Z.____ auf (vgl. Urk. 9/4).

Mit Verfügung vom 18. Januar 2017 (Urk. 9/9) lehnte die Swica eine Beteiligung an den Kosten für die Unterkunft im Pflegezentrum ab. Dagegen erhob die Versicherte am 25. Januar 2017 (Urk. 9/10 = Urk. 3/5) Einsprache und beantragte die Übernahme der Hotelleriekosten in Höhe von Fr. 35'913.65 (vgl. Urk. 3/9). Mit Einspracheentscheid vom 14. Juni 2017 wies die Swica die Einsprache ab (Urk. 9/11 = Urk. 2).

E. 1.1

Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen.

Zum Leistungsbereich gemäss Art. 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs.

E. 1.2

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet 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). Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG) vergütet, wobei Versicherer und Leistungserbringer Pauschalen vereinbaren (Art. 25a Abs. 2 KVG).

Akutpflege knüpft beim Begriff der Akuterkrankung an und versteht sich als Pflege im Zusammenhang mit Akutmedizin. Unter dem Begriff der Übergangspflege wird die Tatsache verstanden, dass Personen als Folge der Verringerung der Verweildauer im Spital aufgrund der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) nach stationärer Behandlung noch einen zeitlich begrenzten, mit hin vorübergehenden Pflegebedarf haben. Akut- und Übergangspflege kennzeichnet sich dadurch, dass sie im Anschluss an einen

Akutspitalaufenthalt notwendig bleibt (Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts, 2. Aufl. 2018, S. 185 Rz 3, unter Hinweis auf Art. 7 Abs. 3 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, KLV).

Die Aufteilung und die Modalitäten einer Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden in Art. 7b KLV geregelt. Dabei handelt es sich um eine Vollfinanzierung in Form einer Kostenrückerstattung nach einem Vertragstarif. Dies wird damit begründet, dass es sich bei der Akut- und Übergangspflege um eine Folge der früheren Entlassung von Spitalpatienten handelt, weshalb diese gleich finanziert werden soll wie die Spitalleistungen (Eugster, a.a.O., S. 186 Rz 5).

E. 2

KVG unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden (lit. a),

die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d) und den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit. e).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Sie lehne eine Beteiligung an den Hotellerie- und Betreuungskosten für die Zeit des Aufenthaltes der Beschwerdeführerin im Pflegezentrum Z. ___ ab (S. 3 oben). Es sei unstrittig, dass die Beschwerdeführerin zuerst im A. ___-Spital untergebracht und erst später ins Pflegeheim verlegt worden sei, wo sie ein Einzelzimmer bezogen habe. Streitig sei nur, ob die Betreuungs- und Hotelleriekosten zu ihren Lasten oder zu denjenigen der Versicherung gingen (S. 5 unten). Die Pflegekosten seien übernommen worden (S. 6 unten). Die Kosten für andere Leistungen des Pflegeheimes wie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung gingen zu Lasten der Leistungsbezügerin, dabei spiele es keine Rolle, ob die Unterbringung notwendig sei oder nicht (S. 7 oben).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass die Behandlung, die die Beschwerdeführerin im Pflegeheim erhalten habe, auch im Spital hätte durchgeführt werden können. Es sei zu berücksichtigen, dass verscherten Personen nach ihrem Spitalaufenthalt bei ausgewiesenem weiteren und im Spital ärztlich angeordneten Pflegebedarf während längstens zwei Wochen Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach den Regeln der Spitalfinanzierung bezahlt würden. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts reichen die intensive Betreuungsbedürftigkeit, der grosse pflegerische Aufwand und die kontinuierliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes für eine Akutspitalbedürftigkeit grundsätzlich nicht aus (S. 4). Selbst wenn eine Spitalbedürftigkeit bestanden hätte, gingen aufgrund der Rechtsprechung des Bundesgerichts die Hotellerie- und Betreuungskosten zulasten der Beschwerdegegnerin (S. 5).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk. 1), sie habe am 13. Januar 2016 notfallmässig ins A. ___-Spital eingeliefert werden müssen und habe sich dort einen Spitalinfekt zugezogen. Sie sei infolge der Ansteckungsgefahr unverzüglich isoliert und ins B. ___ in ein Einzelzimmer verlegt worden. Da nach sei sie ins Spital Y. ___ verlegt worden, wo sie aufgrund der immer noch bestehenden Ansteckungsgefahr wiederum in einem

Einzelzimmer untergebracht worden sei. Um Kosten zu sparen, sei sie anschliessend vom 14. April bis 26. Juli 2016 im Pflegezentrum Z.____ und wiederum aufgrund der Ansteckungsgefahr in ein Einzelzimmer verbracht worden. Dieses sei eines der wenigen Zentren im Kanton Zürich, wo Patienten intravenös antibiotisch mittels Port- oder PICC-Katheter behandelt werden könnten. Die Notwendigkeit werde durch ihren behandelnden Arzt Dr. C.____ bestätigt (S. 4 f.). Es habe somit Spitalbedürftigkeit bestanden. Sie habe jedoch zu keinem Zeitpunkt ein Einzelzimmer gewünscht (S. 6). Hätte sie in einem Spital bleiben müssen, so hätte dies viel höhere Kosten verursacht (S. 7 unten).

In ihrer Replik (Urk. 12) hielt die Beschwerdeführerin fest, auch die Beschwerdegegnerin bestätige die Spitalbedürftigkeit, wenn sie sage, dass die gleiche Behandlung auch in einem Spital hätte durchgeführt werden können (S. 3). Im Pflegeheim seien Spitalleistungen erbracht worden (S. 4).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob und in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin die verbleibenden Kosten für den Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Pflegezentrum Z.____ in Höhe von Fr. 35'913.65 zu übernehmen hat.

E. 3.1

Im Austrittsbericht des Spitals Y.____ vom 25. April 2016, wo die Beschwerdeführerin vom 24. März bis 14. April 2016 hospitalisiert war, wurde festgehalten, ein Austritt nach Hause sei aktuell noch nicht realistisch, da die Patientin auf viel Unterstützung angewiesen gewesen sei. Sie werde daher am 14. April 2016 in deutlich gebessertem Allgemeinzustand zur Übergangspflege ins Pflegezentrum Z.____ entlassen (S. 5 unten).

E. 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Anästhesiologie, führte mit Schreiben vom 19. August 2016 (Urk. 9/4) aus, er habe erfahren, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Einzelzimmerbehandlung im Pflegezentrum Z.____ nicht übernehme. Die Unterbringung im Einzelzimmer sei aufgrund der antibiotisch kontinuierlichen intravenösen Behandlung und des erheblichen Pflegeaufwandes notwendig gewesen. Alternativ hätte die Beschwerdeführerin bis zum Abschluss der Infusionsbehandlung hospitalisiert bleiben müssen. Das Pflegezentrum Z.____ sei eine der wenigen Abteilungen im Kanton Zürich, die Patienten mit einer intravenösen antibiotischen Behandlung über Port oder PICC-Katheter betreue, so dass hier ein effizientes und wirtschaftliches Vorgehen vorgelegen habe.

E. 3.3

Mit Schreiben vom 25. August 2016 (Urk. 9/5) hielt die Beschwerdegegnerin fest, ein Teil der Pflegekosten werde aus der obligatorischen Grundversicherung gemäss der Pflegeeinstufung vergütet, was bereits geschehen sei. Die Arznei- und Arztkosten würden separat vergütet. Betreuungs- und Hotelleriekosten gingen immer zu Lasten des Pflegeempfängers.

E. 3.4

Am 14. September 2016 (Urk. 9/6) hielt die Beschwerdeführerin fest, das Einzelzimmer sei in keiner Weise ihr Wunsch gewesen und sie habe das Pflegezentrum erst verlassen können, nachdem die B.____ bestätigt habe, dass sie nicht mehr ansteckend gewesen sei (S. 1).

E. 3.5

Mit Schreiben vom 26. September 2016 hielt die Beschwerdegegnerin an der Leistungsablehnung unter Verweis auf Art. 25a KVG fest (Urk. 9/7).

E. 4.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.2

Dem angefochtenen Einspracheentscheid sind die gesetzlichen Grundlagen betreffend die Finanzierungsmodalitäten bei Pflegeleistungen infolge Krankheit (Art. 25a KVG) zu entnehmen (vgl. Urk. 2 S. 3 f.). Dabei fällt auf, dass sich die Beschwerdegegnerin weder auf medizinische Akten stützte noch eine konkrete Kostenaufstellung- und Abrechnung vornahm. Ebenso fällt auf, dass sie zwar Art. 25a Abs. 2 KVG (ärztlich angeordnete Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt) erwähnte, jedoch keinerlei Begründung vornahm, weshalb dieser Gesetzesartikel vorliegend nicht zur Anwendung kommt. Dies ist umso unverständlicher, als sie in ihrer Beschwerdeantwort - welche im Übrigen keinerlei Fundstelle für die von ihr zitierte Rechtsprechung des Bundesgerichts enthält (vgl. Urk. 8 S. 4 unten f.) und sich wiederum in der Wiederholung rechtlicher Grundlagen erschöpft - festhielt, die im Pflegeheim erbrachten Leistungen hätten auch im Spital erbracht werden können (vgl. vorstehend E. 2.1). Wenn dem so gewesen sein sollte, kann dies durchaus Auswirkungen auf ihre Leistungspflicht haben. Dass, wie sie vorbrachte, es keine Rolle spiele, ob die Unterbringung im Pflegezentrum notwendig gewesen sei, trifft angesichts Art. 25a Abs. 2 KVG offensichtlich nicht zu. Klar falsch ist diesbezüglich zudem ihre Ansicht, die Hotellerie- und Betreuungskosten gingen selbst dann zulasten der Beschwerdeführerin, wenn eine Spitalbedürftigkeit bestanden habe (vgl. vorstehend E. 2.1) - dies lässt sich mit Art. 25a Abs. 2 KVG nicht vereinbaren.

Bei den Akten liegen zudem weder vollständige Abrechnungen noch der Austrittsbericht des Pflegezentrums noch das Kostengutsprachegesuch noch irgend welche ärztliche Angaben hinsichtlich der Frage, ob der Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Pflegezentrum auf eine ärztlich angeordnete notwendige Akut- oder Übergangspflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig war, was gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG immerhin eine Übernahme von bis zu zwei Wochen des Aufenthaltes nach Spitaltarif bedeuten könnte. Ebenso wurde der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin nicht beigezogen. Zudem wurde, obwohl die Beschwerdeführerin auf eine Ansteckungsgefahr hinwies, auch diese Frage von der Beschwerdegegnerin nicht abgeklärt. Diese beschränkte sich im Wesentlichen darauf, im angefochtenen Entscheid die gesetzlichen Grundlagen zur Restfinanzierung der Pflegekosten aufzulisten. Eine konkrete, nachvollziehbare, auf den Einzelfall zugeschnittene Begründung für die Kostenablehnung liegt nicht vor und wurde auch im Beschwerdeverfahren nicht nachgeholt.

E. 4.3

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung einer Entscheidung muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite der Entscheidung ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich die Entscheidung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für die Entscheidung wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel einer nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheidung kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann es jedoch nicht der Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen Gehörs sein, dass Versicherungsträger sich über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehobenen Gerichtsverfahren behoben würden. Der Umstand, dass eine solche Heilungsmöglichkeit besteht, rechtfertigt es demnach nicht, auf die Anhörung des Betroffenen vor Erlass einer Entscheidung zu verzichten. Denn die nachträgliche Gewährung des rechtlichen Gehörs bildet häufig nur einen unvollkommenen Ersatz für eine unterlassene vorgängige Anhörung. Abgesehen davon, dass ihr dadurch eine Instanz verloren gehen kann, wird der betroffenen Person zugemutet, zur Verwirklichung ihrer Mitwirkungsrechte ein Rechtsmittel zu ergreifen. Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht vereinbar sind (BGE 120 V 357 E. 2b, 116 V 182 E. 3c und d).

E. 4.4

Indem sie den angefochtenen Entscheid nicht nachvollziehbar begründete und auf keine Akten stützte, hat sich die Beschwerdegegnerin über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinweggesetzt. Wenngleich dem hiesigen Gericht volle Kognition zukommt, ist keine Heilung möglich und ergeht kein Entscheid in der Sache, da sich diese angesichts der äusserst dürren Aktenlage als nicht spruchreif erweist. So sind dem Austrittsbericht des Spitals Y. ___ keine genügenden Angaben zu entnehmen, was möglicherweise auf die Natur dieses Berichts zurückzuführen ist und nicht ausschliesst,

dass eine ärztliche Anordnung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege bestand. Ein infektiologisches Konsilium fand am 13. April 2016 statt (vgl. Urk. 9/1 S. 7); weitere Angaben zu dieser Thematik fehlen jedoch. Andere relevante Unterlagen sind nicht vorhanden. Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid.

E. 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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Lienhard

E. 5.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin wird zunächst sämtliche relevante Akten einzuholen haben, insbesondere und nicht abschliessend die ärztliche Anordnung der Verlegung ins Pflegezentrum, das Kostengutsprache gesuch, die genaue Abrechnung des Pflegezentrums sowie eine ärztliche Beurteilung der Frage, ob die Beschwerdeführerin aufgrund weiterer Akut- oder Übergangspflegebedürftigkeit ins Pflegeheim verlegt wurde und ob aufgrund einer relevanten Ansteckungsgefahr ein Aufenthalt im Einzelzimmer notwendig war. Hernach hat sie unter vorgängiger Wahrung des rechtlichen Gehörs der Beschwerdeführerin mit einer nachvollziehbaren Begründung und unter Auflistung der genauen Aufteilung der Kosten über ihre Leistungspflicht erneut zu verfügen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 5.3

Das Verfahren ist kostenlos. Einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden (§ 33 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Das Verhalten der Beschwerdegegnerin, die auch im Beschwerdeverfahren nicht konkret Stellung zu den aufgeworfenen Fragen nahm und nur ein rudimentäres Aktendossier

einreichte, ist als an der Grenze zur Mutwilligkeit einzuordnen. Sie wird darauf aufmerksam gemacht, dass ihr, sollte erneut aufgrund eines ungenügend begründeten Entscheides Beschwerde erhoben werden, eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden können.

E. 5.4

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese wird beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (exkl. Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festgesetzt und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin auferlegt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 14. Juni 2017 aufgehoben und die Sache an die Swica Krankenversicherung AG zurück gewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin erneut verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - SWICA
Krankenversicherung AG - Bundesamt für Gesundheit

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