

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00028**

## **vom 14. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2018.00028](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2018.00028)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00028 du 14 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00028 del 14 luglio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Mit Schreiben vom 10. Mai 2017 erteilte die Atupri Gesundheitsversicherung (nachstehend Atupri) der Spitex B.\_\_\_\_ Kostengutsprache für die ambulante Pflege von X.\_\_\_\_, geboren 1919, Versichertennummer ... (Urk. 11/6), entsprechend der Pflegestufe 7g, mithin im Umfang von Fr. 63.-- pro Tag (Urk. 11/1.1).

Am 22. Juni 2017 reichte die Patientenstelle Zürich namens der Versicherten ein Wiedererwägungsgesuch ein (Urk. 11/1.2). Die Atupri hielt mit Verfügung vom 14. Juli 2017 am genannten Höchstbetrag fest (Urk. 11/1.3).

Am 31. Juli 2017 verstarb die Versicherte (vgl. Urk. 11/1.4 S. 1 oben).

Am 16. August 2017 erhob die Patientenstelle namens der Versicherten Einsprache gegen die genannte Verfügung (Urk. 11/1.4). Diese wies die Atupri mit Einspracheentscheid vom 8. Februar 2018 ab (Urk. 11/1 = Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs.

#### **E. 1.2**

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) vergütet der Versicherer gemäss Art. 50 KVG die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause.

Art. 8a KLV regelt das Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei Krankenpflege zu Hause. Nach Abs. 3 dieser Norm dient das Verfahren der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle von Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen sind zu überprüfen, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden; bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal sind systematische Stichproben vorzunehmen.

#### **E. 1.3**

In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln

25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt, dass die Krankenversicherer dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen haben. Dem Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Massnahme kommt dabei nur Bedeutung zu mit Bezug auf verschiedene in Betracht fallende Behandlungsmethoden, nicht dagegen im Hinblick darauf, ob sich der Aufwand einer an sich geeigneten und wissenschaftlich anerkannten Methode gemessen an dem zu erwartenden Behandlungserfolg noch rechtfertigen lässt. Letzteres kann lediglich unter dem allgemeinen Gesichtspunkt des Verhältnismässigkeitsprinzips von Bedeutung sein, und nur ein grobes Missverhältnis zwischen der Höhe der Kosten und dem zu erwartenden Erfolg vermag hier eine Leistungsverweigerung zu begründen. Die Krankenversicherer haben somit auch für kostspielige Massnahmen aufzukommen, wenn entweder überhaupt keine andere oder jedenfalls keine kostengünstigere Methode zur Verfügung steht und die Massnahme sich unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit noch rechtfertigen lässt (vgl. RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 f. E. 3a f.). Ferner kann die Voraussetzung der Wirtschaftlichkeit auch schon dort in den Hintergrund treten beziehungsweise nur noch im Rahmen des allgemeinen Verhältnismässigkeitsprinzips massgebend sein, wo eine von mehreren grundsätzlich in Frage kommenden Leistungen wesentlich zweckmässiger und wirksamer, aber teurer ist (BGE 145 V 116 E. 3.2.3).

#### **E. 1.4**

Nach der Rechtsprechung bedeutet die Anwendbarkeit des im gesamten Leistungsrecht der sozialen Krankenversicherung geltenden Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit der Behandlung (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG) nicht, dass die Krankenversicherer befugt sind, die Vergütung der Spitex-Dienste stets auf jene Leistungen zu beschränken, die sie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim zu gewähren hätten. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darf nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der dem Krankenversicherer entstehenden Kosten eines Spitex-Einsatzes einerseits und eines Pflegeheimaufenthaltes andererseits erfolgen. Wenn aber - bei gleicher Zweckmässigkeit der Massnahmen - zwischen den Kosten eines Spitex-Einsatzes und denjenigen eines Aufenthaltes in einem Pflegeheim ein grobes Missverhältnis besteht, kann der Spitex-Einsatz auch unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der versicherten Person nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden. Dies hat ebenso dann zu gelten, wenn der Spitex-Einsatz im konkreten Fall als wirksamer und zweckmässiger zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmässiger und wirksamer Heimaufenthalt (BGE 126 V 337 f. E. 2a). Eine höhere Wirksamkeit und Zweckmässigkeit des Spitex-Einsatzes ist bei der Festsetzung der Wirtschaftlichkeitsgrenze im Einzelfall (grobes Missverhältnis) zu berücksichtigen. Die Frage nach der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahme beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten; persönliche, familiäre und soziale Umstände sind jedoch mit zu berücksichtigen (RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 26 E. 3b).

#### **E. 1.5**

Die Frage, ob für Fälle gleicher Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahmen eine Wirtschaftlichkeitsgrenze in dem Sinne festzusetzen sei, dass ab einer bestimmten Kostendifferenz (beispielsweise 50 %) generell ein grobes Missverhältnis zwischen Spitex- und Heimpflege anzunehmen sei, hat das Bundesgericht im Urteil K 33/02 vom 2.

Dezember 2003 offen gelassen mit der Feststellung, dass die Spitex-Pflege im konkreten Fall als wirksamer und zweckmässiger zu qualifizieren sei. Im gleichen Urteil hat das Gericht einen Überblick über die bis herige Rechtsprechung gegeben, welche sich wie folgt zusammenfassen lässt:

Bei Gleichwertigkeit von Spitex- und Heimpflege wurde der Anspruch auf Spitex-Leistungen bejaht bei Mehrkosten von 48 % (RKUV 2001 Nr. KV 169 S. 264 E.

2b) und verneint bei drei- bis viermal (RKUV 2001 Nr. KV 193 S. 19) sowie fünf mal höheren Kosten (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 64). In Fällen, in welchen sich die Spitex-Pflege als wirksamer und zweckmässiger erwies, wurde die Leistungspflicht unter Berücksichtigung der konkreten Umstände bejaht bei 1.9 Mal (RKUV 2001 Nr. KV 162 S. 179) beziehungsweise 2.86 Mal höheren Kosten (Urteil des Bundesgerichts

K 33/02 vom 2. Dezember 2003). War die Spitex-Pflege als erheblich wirksamer und zweckmässiger zu qualifizieren, was namentlich bei versicherten Personen zutraf, welche noch einer Erwerbstätigkeit nachgingen oder aktiv am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnahmen, wurde der Anspruch selbst in Fällen bejaht, wo die Spitex-Pflege bis zu 3.5 Mal höhere Kosten verursachte (BGE 126 V 342 E.

3b; RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 23). 2.

## **E. 2**

lit . a Ziff.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) davon aus, die Kosten der zur Vergütung beantragten Spitex-Stunden überstiegen diejenigen für die Heimpflege um mehr als das Dreifache; dieses Missverhältnis sei mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot von Art. 32 KVG nicht vereinbar (S. 2 Ziff. 5).

Zwischen ihr und der leistungserbringenden Spitexorganisation bestehe das System des

payant . Entsprechend habe sie die (Höhe der) Spitexleistungen gegenüber der Spitexorganisation bestritten. Wenn diese mit der abgegebene Kostengutsprache nicht einverstanden sei, stehe ihr der Rechtsweg an das Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG offen (S. 3 Ziff. 7) .

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführenden stellten sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), näher genannte gewichtige medizinische wie auch familiäre beziehungsweise soziale Umstände sprächen dafür, dass die Spitex-Pflege im Vergleich zur Pflege im Heim klar als wirksamer zu qualifizieren sei (S. 7 Ziff.

13). Es könne deshalb bezüglich Wirtschaftlichkeit nicht von einem krassen Missverhältnis der beiden Pflegearten ausgegangen werden, auch wenn die Kosten der Spitex-Pflege gut das Dreifache derjenigen einer Heimpflege betragen (S. 7 f. Ziff. 14).

In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 3. Oktober 2019 ( Urk. 25) führten die Beschwerdeführenden unter anderem aus, die verstorbene Versicherte sei (und damit seien nunmehr sie als deren gesetzlichen Erben) als Empfängerin des Einspracheentscheids der Beschwerdegegnerin formell beschwert (S. 2 Ziff. 2). Gemäss der mit der

Spitexorganisation abgeschlossenen Rahmenvereinbarung (vgl. Urk. 26/1 = Urk. 29/1) seien sie vertraglich verpflichtet, die Differenz zwischen der Kostengutsprache der Beschwerdegegnerin und den gesamten fakturierten Kosten zu übernehmen, mithin auch materiell beschwert (S. 2 f. Ziff.

3). Die Beschwerdegegnerin habe sich - wie der Versicherer im mit BGE 131 V 133 beurteilten Fall - entschieden, nicht den Weg über das Schiedsgericht einzuschlagen, sondern habe gegenüber der Versicherten eine Verfügung und sodann einen Einspracheentscheid erlassen (S. 3 f. Ziff. 5).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist vorab, wie die Zuständigkeitsfrage zu beantworten ist, und gegebenenfalls, ob die Beschwerdegegnerin zur vollen Übernahme der entstandenen Spitex-Kosten verpflichtet ist. 3.

Ob der Krankenversicherer die Leistungserbringerin direkt bezahlt ( tiers payant ) oder ob die versicherte Person die Zahlung leistet und anschliessend vom Krankenversicherer entschädigt wird ( tiers

garant ), spielt für die hier zu beurteilende, strittige Frage keine Rolle. Diese Frage lautet nämlich, in welchem Umfang der Krankenversicherer die Kosten für Leistungen gemäss KVG zu übernehmen hat, ob im Umfang des effektiv angefallenen Aufwandes (Spitex), oder nur im reduzierten Umfang der (hypothetischen) Kosten einer stationären Pflege. Im zweiten Fall muss die versicherte Person für die Differenz aufkommen.

Dies bedeutet auch, dass die Leistungserbringerin (Spitex) so oder so entschädigt wird : Entweder ist der Krankenversicherer verpflichtet, die angefallenen Kosten zu übernehmen, oder die versicherte Person muss die Differenz zwischen den angefallenen Kosten und den nach KVG vom Krankenversicherer vergüteten Kosten begleichen.

Es handelt sich somit nicht um eine Auseinandersetzung zwischen dem Krankenversicherer und der Leistungserbringerin (Spitex), sondern um eine solche zwischen versicherter Person (Beschwerdeführende) und Krankenversicherer (Beschwerdegegnerin). Für eine Zuständigkeit des Schiedsgerichts gemäss Art. 89 KVG lässt dies keinen Raum, das angerufene Gericht als kantonales Versicherungsgericht ( Art. 57 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVG) ist zuständig. Bezeichnenderweise hat denn auch die Beschwerdegegnerin ohne weiteres gegenüber der damaligen Versicherten eine Verfügung ( Art. 49 ATSG) erlassen, ist auf die dagegen erhobene Einsprache (Art. 52 ATSG) eingetreten und ist erst bei deren Abweisung auf die Idee der behaupteten Schiedsgerichtszuständigkeit verfallen.

Auf die Beschwerde ist demnach einzutreten. 4. 4.1

Dr. C.\_\_\_\_, Pflegezentrum D.\_\_\_\_, erteilte mit Verordnung vom 13. Februar 2017 einen Spitex-Auftrag für die Dauer von drei Monaten. Seitens der Spitex B.\_\_\_\_ wurde im gleichen Formular am 1. März 2017 als Begründung angeführt:

Allgemeinzustands-Verschlechterung aufgrund hohen Alters, neues Aufgleisen der Pflegesituation nach Spitalaufenthalt ( Urk. 11/3.1). 4.2

Die Versicherte wurde in der Folge von der Spitex B.\_\_\_\_ betreut (vgl. Urk.

11/3.3). Sie verstarb am 31. Juli 2017 (vgl. Urk. 5/1 S. 1 unten).

Die mit den Spitexleistungen vom 13. Februar bis 31. Juli 2017 verbundenen Kosten betragen total Fr. 35'700.70 (Urk. 11/1.5 Beilage), wovon gemäss Mitteilung der Spitexorganisation vom 14. Februar 2018 (rund) Fr. 10'650.-- durch die Kostengutsprache der Beschwerdegegnerin (Fr. 63.-- pro Tag) abgedeckt und rund Fr. 25'000.-- nicht abgedeckt seien (Urk. 16/1). Am 20. September 2019 bestätigte die Spitexorganisation, angesichts des noch hängigen Verfahrens den noch offenen Betrag noch nicht in Rechnung gestellt zu haben (Urk. 26/2 = Urk.

29/2). 4.3

Die Verantwortlichen der Spitex B.\_\_\_\_

führten in Beantwortung von ihnen seitens der Rechtsvertretung der Beschwerdeführenden unterbreiteten Fragen (vgl. Urk. 4 S. 2) am 8. März 2018 (Urk. 5/2) aus, anfänglich sei unklar gewesen, ob die Versicherte wieder in ihr häusliches Umfeld zurückkehren könne. Nachdem evaluiert worden sei, dass die Pflege mit der Spitex zu Hause erbracht werden könne, sei sie auf ihren Wunsch und denjenigen ihrer Angehörigen am 13. Februar 2017 nach Hause zurückgekehrt. Es habe beobachtet werden können, dass sich ihr Allgemeinzustand im Vergleich zum Pflegeheim stabilisiert habe (Ziff. 1). In der Übergangspflege habe sie unter Heimweh nach ihrem Sohn, welcher zeit lebens mit ihr zusammengewohnt habe, gelitten, was annehmen lasse, dass sich ein Eintritt in ein Pflegeheim negativ auf ihren psychischen Zustand ausgewirkt hätte. Zudem habe sicher auch die Gefahr eines Relokations-Stress-Syndroms bestanden (Ziff. 2). Der Sohn habe sie in näher genannter Weise unterstützt. Seine Anwesenheit und Nähe habe ihr Sicherheit und Beruhigung gegeben. Sie habe sich als Mutter bis zuletzt für ihn verantwortlich gefühlt, weshalb es für sie existentiell gewesen sei, bei ihm zu Hause zu sein (Ziff. 3). Es sei anzunehmen, dass sich ihr Gesundheitszustand bei einer Trennung vom Sohn infolge Heimeinweisung schneller verschlechtert hätte (Ziff. 4). 4.4

Dr. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte in ihrem Bericht vom 9. März 2018 (Urk. 5/1) die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen (S. 1): - multifaktorielle Gangstörung mit (unter anderem) - Status nach Schenkelhalsfraktur links nach Sturz am 14. Dezember 2016 - mittelschwere Demenz, primär Alzheimer Typ, Erstdiagnose Februar 2015 - rezidivierende Malnutrition - hypertensive und koronare Herzkrankheit - chronische Niereninsuffizienz - rezidivierende Gefahr für Dekubitus/Ulcus - Vitamin D Mangel - Status nach Hypokalämie (richtig wohl: Hypokaliämie oder Hypokalzämie) - Pneumopathie unklarer Ätiologie, Erstdiagnose November 2015 - Status nach cerebrovaskulärem Insult mit Hemiparese links 2001

Zum Verlauf führte sie aus, nach einem Sturz mit Schenkelhalsfraktur im Dezember 2016 habe die Patientin hospitalisiert werden müssen. Im Anschluss sei die Rehabilitation im Pflegezentrum D.\_\_\_\_ erfolgt, dies mit dem Ziel einer Rückkehr nach Hause. Nach Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse sei eine Stabilisierung des Gemütszustandes erfolgt, jedoch im weiteren Verlauf eine zunehmende Kraftverminderung und zunehmende Mobilitätseinschränkung. Durch die regelmässige Betreuung durch die Spitex sei jedoch die Situation soweit stabil gewesen, dass eine Zuweisung in ein Pflegeheim nicht indiziert gewesen sei. Erst im Juli 2017 sei es zu einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes und am 31. Juli 2017 zum Tod gekommen (S. 1 unten).

Durch die Spitex seien die Körperpflege, Kontrolle der Vitalparameter, der Medikamenteneinnahme und des Trinkverhaltens (Vermeidung Dehydrierung) sowie die Erinnerung an die Einnahme der Mahlzeiten erfolgt; ebenso, bei Tendenz zu Bildung eines Dekubitus am Fuß, regelmäßige Fußkontrollen

sowie Entlastung der Druckstellen mit Entlastungsbandagen und/oder korrekter Lagerung (S. 2 oben).

Die Versicherte habe mit ihrem Sohn, welcher psychisch erkrankt sei, zusammen gewohnt. Dieser habe vor allem ihre Betreuung während der Nacht übernommen und sei aufgrund des Umstandes, dass er seit langem mit ihr zusammengewohnt habe, eine wichtige Bezugsperson für sie gewesen. Ebenso sei auch die Versicherte eine wichtige Bezugsperson für ihren Sohn gewesen. Sie hätten sich gegenseitig stabilisiert. Der

Wegfall des alltäglichen Kontaktes zwischen ihr und ihrem Sohn hätte sich sicherlich negativ auf ihren und seinen Gesundheitszustand ausgewirkt (S. 2). 5. 5.1

Die Versicherte war zum Zeitpunkt, in welchem sie wegen der im Dezember 2016 erlittenen Schenkelhalsfraktur operiert und hospitalisiert werden musste, und im Zeitpunkt der Mitte Februar 2017 einsetzenden Spitex-Pflege mit über 97 Altersjahren hochbetagt. Sie lebte bis dahin mit ihrem einen

Sohn zusammen, der in diesem Zeitpunkt seinerseits über 60-jährig (vgl. Urk. 7) und laut ärztlichen Angaben psychisch beeinträchtigt war (vorstehend E. 4.4). Zu berücksichtigen ist sodann, dass sie an einer rund zwei Jahre zuvor erstmals diagnostizierten mittelschweren Demenz litt (vorstehend E. 4.4). 5.2

Diese Umstände sind, vor allem in ihrer Kombination, als aussergewöhnlich zu werten, wobei insbesondere die Wohnsituation ins Auge springt, mit dem damit einhergehenden, als fast symbiotisch beschriebenen Nahverhältnis zum längst erwachsenen Sohn. Dies lässt die übereinstimmende Feststellung, die Präsenz des Sohnes habe zu ihrem Wohlbefinden und zur psychischen Stabilisierung entscheidend beigetragen, und von einer Trennung infolge eines Wechsels zu stationärer Pflege wäre das Gegenteil zu befürchten gewesen (vorstehend E. 4.3 f.), als wohlbegründet erscheinen. Dass die Angaben nicht rechtzeitig erfolgt seien (vgl. Urk.

### **E. 3**

KVG). Der Leistungsbereich wird in Art.

### **E. 7**

der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) näher umschrieben.

### **E. 10**

S. 4 Ziff.

### **E. 15**

f.), vermag ihnen diese Plausibilität nicht zu nehmen, hatten doch erst die Beschwerdeführenden - aufgrund der von der Beschwerdegegnerin eingenommenen Haltung - Veranlassung, sie einzuholen. 5.3

Ins Gewicht fällt sodann die dementielle Beeinträchtigung der Versicherten. Es darf als notorisch vorausgesetzt werden, dass gerade bei Personen, die an Demenz leiden, die Emotionalität und andere nicht-intellektuelle Aspekte durchaus intakt oder gar von höherem Stellenwert sein können als bei Menschen, die im Kopf noch klar sind. Daraus ist zu schliessen, dass ein Verbleib in den vertraut anmutenden eigenen vier Wänden und - wie hier - in Gesellschaft besonders nahestehender Familienangehöriger solange einer Fremdplatzierung überlegen ist, als dabei keine Selbstgefährdung zu befürchten ist, dies sowohl aus gesundheitlichen Gründen im engeren Sinn als auch im Sinne der allgemeinen Lebensqualität . 5.4

Insgesamt führen die genannten Überlegungen zum Schluss, dass im vorliegenden Fall die Spitex-Pflege im Vergleich zur Heimpflege als erheblich wirksamer und zweckmässiger zu qualifizieren ist. Damit sind die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen (vorstehend E. 1.5) erfüllt, um deren gut dreimal höhere Kosten als gerechtfertigt und verhältnismässig einzustufen.

Der gegenteilige Standpunkt der Beschwerdegegnerin, resultierend in einer nur partiellen Kostenübernahme, erweist sich als unzutreffend. Damit ist der angefochtene Entscheid aufzuheben, dies in Gutheissung der Beschwerde und mit der Feststellung, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten der von der Spitex B.\_\_\_\_ vom 13. Februar bis 31. Juli 2017 erbrachten Pflichtleistungen in vollem Umfang zu übernehmen hat. 6.

Den obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführenden steht eine Prozessentschädigung zu, die bei massstäblichem Stundenansatz von Fr. 220. (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Atupri Gesundheitsversicherung vom 8. Februar 2018 mit der Feststellung aufgehoben, dass diese die Kosten der von der Spitex B.\_\_\_\_ vom 13. Februar

bis 31. Juli 2017 erbrachten Pflichtleistungen zu übernehmen hat . 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, den Beschwerdeführenden eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne von Aesch - Atupri Gesundheitsversicherung, unter Beilage einer Kopie von Urk. 31 - 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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