

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00057

vom 10. Februar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2021.00057

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00057 du 10 février 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00057 del 10 febbraio 2023

Erwägungen

E. 1.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat zum Ziel, eine zeitgemässe und umfassende medizinische Grundversorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen. Dementsprechend übernimmt sie nicht sämtliche Behandlungsmassnahmen, die aus medizinischer Sicht möglich wären. Vielmehr enthält das geltende Recht vielfach Regelungen, welche den finanziellen Aufwand für das Gesundheitswesen begrenzen oder bestimmte Behandlungsmassnahmen, welche medizinisch möglich wären, von der Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausschliessen (Art. 25 ff. und 54 ff. des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG; BGE 136 V 395 E. 7.5 mit Hinweisen).

E. 1.2

Art. 24 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 gehört die Übernahme der Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Dazu zählen nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die ärztlich verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände (lit . b).

Diese Leistungen umfassen auch die ärztlich verordneten Arzneimittel der Spezialitätenliste (SL; Art. 25 Abs. 1 und 2 lit . b sowie Art. 52 Abs. 1 lit . b KVG). Voraussetzung für eine Kostenübernahme im Einzelfall ist neben der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung (Art. 32 Abs. 1 KVG), dass der Einsatz des Medikaments im Rahmen der von der Heilmittelbehörde (Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut) genehmigten medizinischen Indikationen und Dosierungen (BGE 131 V 349) sowie gemäss den Limitierungen nach Art. 73 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; zu deren Bedeutung: BGE 130 V 532 E. 3.1) erfolgt (BGE 136 V 395 E. 5.1, 142 V 325 E. 2.1 mit Hinweisen).

Gemäss

Art. 73 KVV kann die Aufnahme in eine Liste unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen.

E. 1.3.1

Die Vergütungspflicht erstreckt sich nach Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG grundsätzlich nur auf Arzneimittel, die in der SL aufgeführt sind. Die SL zählt die pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel im Sinne einer Positivliste abschliessend auf. Aufgenommen werden nur Spezialitäten, für welche die Pharmahersteller oder Importeure einen Antrag stellen (BGE 139 V 375 E. 4.2 mit Hinweisen; BGE 142 V 325 E. 2.2). Ein Arzneimittel kann unter den in Art. 65 KVV statuierten Voraussetzungen in die SL aufgenommen werden (BGE 144 V 333 E. 3.3).

Kassenpflichtig sind pharmazeutische Spezialitäten des Weiteren lediglich im Rahmen von Indikationen und Anwendungsvorschriften, die bei Swissmedic registriert sind (BGE 130 V 532 E. 5.2). Die Anwendung eines Arzneimittels ausserhalb der registrierten Indikationen und Anwendungsvorschriften macht dieses zu einem solchen «ausserhalb der Liste» bzw. zu einem «Off-Label-Use» und damit grundsätzlich zur Nichtpflichtleistung (BGE 139 V 375 E. 4.3, 136 V 395 E. 5.1, 130 V 532 E. 3.2.2 und E. 3.4; BGE 142 V 325 E. 2.3).

E. 1.3.2

Nach der Rechtsprechung sind ausnahmsweise auch die Kosten von nicht in der SL aufgeführten Arzneimitteln und von Arzneimitteln der SL ausserhalb der registrierten Indikationen und Anwendungsvorschriften zu übernehmen. Voraussetzung ist, dass ein sogenannter Behandlungskomplex vorliegt oder dass für eine Krankheit, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Probleme nach sich ziehen kann, wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame Behandlungsmethode verfügbar ist; diesfalls muss das Arzneimittel einen hohen therapeutischen (kurativen oder palliativen) Nutzen haben (BGE 139 V 375 E. 4.4, 136 V 395 E. 5.2; BGE 142 V 325 E. 2.3.1).

E. 1.4.1

Seit 1. März 2011 (mit auf 1. März 2017 erfolgten, nachfolgend zitierten Anpassungen) sind die Ausnahmetatbestände in Anlehnung an die Rechtsprechung positivrechtlich in Art. 71a ff. KVV normiert.

Gemäss Art. 71a Abs. 1 KVV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten eines in die SL aufgenommenen Arzneimittels für eine Anwendung ausserhalb der vom Institut genehmigten Fachinformation oder ausserhalb der in der SL festgelegten Limitierung, wenn der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht (sog. Behandlungskomplex; lit. a) oder wenn vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist (lit. b; BGE 144 V 333 E. 3.3.2).

Mit der - hier nicht weiter interessierenden - Übernahme der Kosten eines vom Institut nicht zugelassenen importierten Arzneimittels befasst sich Art. 71c KVV (BGE 144 V 333 E. 3.3.3).

E. 1.4.2

Im Rahmen der in Art. 71a ff. KVV geregelten Vergütung im Einzelfall wird somit danach unterschieden, ob ein Arzneimittel in der Schweiz zugelassen ist (Art. 71a und 71b KVV)

oder nicht und entsprechend auch nicht vertrieben wird (Art. 71c KVV). Im ersten Fall (in der Schweiz zugelassenes Arzneimittel) wird weiter da nach differenziert, ob das Arzneimittel in der SL gelistet ist (Art. 71a KVV) oder nicht (Art. 71b KVV). Für alle drei Konstellationen gilt, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gut sprache des Versicherers nach vorgängiger vertrauensärztlicher Konsultation über nimmt (Art. 71d Abs. 1 KVV; BGE 144 V 333 E. 3.3.4).

E. 2

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid

auf den Standpunkt , eine Leistungspflicht für das Arzneimittel Inspra in der Situation des Beschwerdeführer s sei bereits mit rechtskräftigem Einspracheentscheid vom 25. Februar 2021 verneint worden ,

und zwar mit der Begründung, dass Inspra ausserhalb der SL-Limitierung und der von Swissmedic genehmigten Indikationen angewendet werde und dass die Voraussetzungen für eine aus nahmsweise Kostenübernahme nach Art. 71a KVV nicht erfüllt seien. Im Weiteren sei im damaligen Einspracheentscheid darauf hingewiesen worden , dass für die Prüfung der Kostenübernahme von In spra ab dem 1. Januar 2021 dem Vertrauensarzt ein neues Kostengutsprache gesuch einzureichen sei. Das (danach eingereichte) neue Kostengutsprache gesuch respektive der Bericht von D r. A.____ vom 17. März 2021 enthalte keine neuen Erkenntnisse und auch in der Ein sprache fänden sich keine neuen Informationen oder Vorbringen, auf die zusätz lich einzugehen wäre. Der Vertrauensarzt empfehle daher weiterhin keine Kostengutsprache zulasten der obligatorischen Krankenpflege versicherung. Im Übrigen sei die gestützt auf den Vertrauensschutz geforderte Zeit für eine Medikamentenumstellung bereits gewährt worden. Es sei dem Beschwerdeführer im vorgängigen Rechtsverfahren aufgezeigt worden, dass die Anwendung von Inspra ausserhalb der Limitation respektive Zulassung erfolge und somit nicht zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden könne. Er hätte entsprechend bereits genügend Zeit für eine Medikamenten umstellung gehabt. Im Sinne des Vertrauensschutzes seien die bis dahin (bis Ende 2020; Urk. 9/1) noch angefallenen Kosten übernommen worden. Dennoch sei sie, die Beschwerdegegnerin bereit, die Kosten für Inspra letztmalig und bis maximal am 30. November 2021 zu übernehmen.

Die Kostenübernahme ab dem 1. Dezember 2021 werde abgelehnt

(Urk. 2 S. 2 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, dem Bericht von Dr. A.____ vom 10. August 2020 (Urk. 9/9.3.1) sei zu entnehmen, dass die Limitation erfüllt sei. Aus den älteren Berichten aus den Jahren 2018 und 2019 gehe hervor , dass er an einer Dyspnoe NYHA 3-4 leide und deswegen auch bereits in der Herz insuffizienz -Sprechstunde des Universitätsspitals C.____

(U rk. 3/21) vor stellig geworden sei. Die Voraussetzung der kardiovaskulären Mortalität und Morbidität sei aufgrund der Diagnoseliste gemäss dem Bericht von Dr. A.____ vom

10. August 2020 eindeutig gegeben. Bei einer schweren Herzinsuffizienz be stehe die Standardtherapie aus einem Betablocker, ACE-Hemmer oder Sartan plus einem Mineral k orti k oid -Antagonisten - vorliegend Inspra . Die entsprechende Medikation gehe aus dem Bericht von Dr. A.____ vom 1 4. Mai 2020 hervor. Die SL-Limitation sei von der Beschwerdegegnerin offenbar missinterpretiert worden. Jedenfalls aber habe

die Kostenübernahme aufgrund von Art. 71a KVV zu erfolgen. Die Beschwerdegegnerin sei auf seine Ausführungen dazu nicht ein gegangen. Die Voraussetzungen eines Off-Label-Use hinsichtlich des Medikamentes Inspra seien indes erfüllt. Denn er, der Beschwerdeführer , leide an einer schweren koronaren Herzerkrankung mit Vorwandinfarkt im Jahr 1998, multiplen zwischenzeitlichen Revaskularisationen und schwer eingeschränkter linksventrikulärer Funktion.

Dr. A.____ beschreibe die Prognose ohne optimale Medikation und ICD-Einlage als infaust. Er, der Beschwerdeführer , hätte ein mittleres Überleben vergleichbar mit einer malignen Tumorerkrankung. Das Medikament werde zudem in einem Behandlungskomplex abgegeben. So er scheine er regelmässig zur kardialen Verlaufskontrolle bei koronarer Herz erkrankung. Hierzu werde auf den Bericht von Dr. A.____ vom 14. Mai 2020 (Urk. 9/9.3.2) verwiesen. Auch bestehe für ihn keine therapeutische Alternative. Denn aufgrund der invalidisierenden Mastodynie sei eine Fortsetzung mit dem Medikament Aldactone nicht mehr möglich und es sei ein Wechsel auf das Medikament Inspra erfolgt. Die Kostenübernahme habe eventualiter erneut ge stützt auf Treu und Glauben zu erfolgen, da er Inspra seit 2016 verwende und die Beschwerdegegnerin dieses bis zur erstmaligen Leistungseinstellung am 3. März 2020 immer vorbehaltlos aus de r obligatorischen Krankenpflege versicherung übernommen habe . Dadurch habe die Beschwerdegegnerin bei ihm ein berechtigtes Vertrauen begründet, dass das Arzneimittel weiterhin von der Sozialversicherung übernommen werde. Es sei ihm rechtsprechungsgemäss zur Anpassung an die geänderte Praxis der obligatorischen Krankenpflege versicherung die nötige Zeit zuzugestehen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass er bereits einmal die medikamentöse Therapie habe anpassen müssen (Urk. 1 S. 3 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungs pflicht für die Kosten der Behandlung des Beschwerdeführers mit dem Arzneimit tel Inspra (Wirkstoff Eplerenon) verneint hat und ihre Leistungen zu Recht ab dem 1. Dezember 2021 eingestellt hat.

Soweit der Beschwerdeführer die Kostenvergütung für das Medikament Inspra vom 1. Januar bis 3 0. November 2021 verlangt (Urk. 1 S. 2), für welchen Zeit raum das Gesuch um Kostenübernahme aus der obligatorischen Krankenpflege ver sicherung im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. August 2021 indes bereits gutgeheissen wurde (Urk. 2 S. 3), ist auf die Beschwerde mangels Rechts schutzinteresses nicht einzutreten.

E. 3.1

Unstrittig und ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer an einer koronaren Eing efässerkrankung

mit eingeschränkter links ventrikulärer Funktion (EF > 40 %) und rezidivierenden kardialen Dekompensationen leidet (Urk. 3/

E. 3.2.1

Strittig und zu klären ist zunächst, ob die Anwendung des Arzneimittels Inspra beim Beschwerdeführer innerhalb dieser

Limitationen erfolgt.

Die Anwendung aufgrund der zweiten Option gemäss der Limitatio der Spezialitätenliste kommt beim Beschwerdeführer nicht in Frage, da gemäss den Berichten von Dr. A.____ und des Universitätsspitals C.____

keine linksventrikuläre systolische Dysfunktion von LVEF

≤ 30 % vorlag; soweit aktenkundig lag der LVEF-Wert zwar nicht über 40 %, aber jedenfalls jeweils über 30 % (Urk. 9/2, Urk. 9/9.3.1-2, Urk. 3/6, Urk. 3/8, Urk. 3/21, Urk. 3/21-24) , so dass diese Limitatio nicht erfüllt ist.

E. 3.2.2

Die erste Option betreffend bemerkte

der Vertrauensarzt Dr. B.____ in der Stellungnahme vom 3. November 2021, für eine Kostenübernahme gestützt auf die SL-Limitation sei die Voraussetzung eines beim Patienten kürzlich aufgetretenen Herzinfarktes nicht erfüllt . Es sei beim Beschwerdeführer kürzlich kein Herzinfarkt aufgetreten. In den medizinischen Akten sei ein Herzinfarkt dokumentiert. Dieser habe sich aber bereits am 2. Juni 1998 ereignet (Urk. 9/11 S. 1) .

Dies trifft zu. Wie unter anderem dem Bericht von Dr. A.____ vom 17. März 2021 zu entnehmen ist, erlitt der Beschwerdeführer erstmals und bisher letztmals am 2. Juni 1998 einen (Vorderwand-) Herzinfarkt («St. n. VW-Infarkt am 02.06.1998»; Urk. 9/9.3.2) . Dieser lag sowohl bei Beginn der Behandlung mit Inspra im Dezember 2016

(Urk. 9/9.3.1 S. 2) , als auch im Zeitpunkt des neuen Kostengutsprache gesuches im Jahr 2021 (Urk. 9/2) mehrere Jahre zurück, so dass jedenfalls nicht von einem «kürzlich aufgetretenem Herzinfarkt» im Sinne der SL- Limitatio zu m Arzneimittel

Inspra gesprochen werden kann.

E. 3.2.3

Somit

sind die bei der Swissmedic registrierten Anwendungenvorschriften respektive die massgeblichen SL-Limitierungen nicht erfüllt. Die Beschwerdegegnerin

(Urk. 2 S. 3, Urk. 8 S. 2) ging daher zu Recht davon aus, dass die Behandlung des Beschwerdeführers mit dem Arzneimittel Inspra

ausserhalb der Liste angewendet wird (Off-Label-Use), wodurch sie grundsätzlich eine Nichtpflichtleistung darstellt (BGE 142 V 325 E. 2.3 mit Hinweisen) .

Was der Beschwerdeführer dagegen einwendet (Urk. 1 S. 6) , führt zu keiner anderen Betrachtungsweise.

Im Bericht von Dr. A.____ vom 10. August 2020 (Urk. 9/9.3.1)

wird zwar erklärt, dass die Limitatio erfüllt sei. Jedoch hat Dr. A.____ diese Feststellung nicht weiter begründet ; vor allem aber ist auch diesem Bericht nicht zu entnehmen, dass kürzlich ein Herzinfarkt im Sinne der SL- Limitatio aufgetreten sei. Dass andere Voraussetzungen der SL- Limitatio

da gegen erfüllt sind, namentlich die Standardtherapie inklusive Betablocker zur Verringerung des Risikos der kardiovaskulären Mortalität und Morbidität

und das Vorliegen einer Herzinsuffizienz (Urk. 9/9.3. 1), genügt nicht, da die Voraussetzungen (entweder der Option 1 oder der Option 2) kumulativ erfüllt sein müssen, was hier nicht der Fall ist. 4. 4.1

Bei dieser Ausgangslage ist die Beurteilung der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin zur Übernahme der Kosten für die Behandlung des Beschwerdeführers mit dem Arzneimittel Inspra

verpflichtet ist, in Anwendung

von Art. 71a Abs. 1 lit . a und lit . b KVV vorzunehmen.

Da für die ausnahmsweise Kostenübernahme mit Art. 71a Abs. 1 lit . a und lit . b KVV dieselben Ausnahmetatbestände gelten, wie sie von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum Off-Label-Use von SL-Medikamenten vor der gesetzlichen Verankerung entwickelt worden waren (BGE 131 V 349, 130 V 532 E. 6.1 ; vgl. E. 1.4.1), ist die bisherige bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Off-Label-Use-Arzneimittel weiterhin beachtlich. 4.2

4.2.1

Der erste Ausnahmefall betrifft das Vorliegen eines Behandlungskomplexes im Sinne von Art. 71a Abs. 1 lit . a KVV (BGE 142 V 32 5 E. 2.3.2.1, 130 V 532 E. 6.1).

Die Beschwerdegegnerin hat zur Frage, ob ein solcher vorliegt, im angefochtenen Entscheid nichts ausgeführt und sinngemäss auf den Einspracheentscheid vom 25. Februar 2021 verwiesen (Urk. 2). Dort hatte sie ebenfalls ohne Begründung festgehalten, dass kein Behandlungskomplex vorliege (U rk. 9/1 S. 4). Auch der Beschwerdeantwort (Urk. 8 S. 3) und der beigelegten vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 3. November 2021 (U rk. 9/11) ist dazu keine weiterführende Begründung zu entnehmen. Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, dass ein Behandlungskomplex vorliege, jedoch ebenfalls ohne relevante Begründung . Er erklärt lediglich, dass er regelmässig zur kardialen Verlaufskontrolle bei koronarer Herzerkrankung erscheine, wozu auf die «Beurteilung und Vorschlag zum Prozedere» im

Bericht von Dr. A.____ vom 14. Mai 2020 (Urk. 9/9.3.2) verwiesen werde (Urk. 1 S.

E. 6

, 145 V 116 E. 3.2.3) und mangels eines groben Missverhältnisses zwischen Aufwand und Heilerfolg (vgl. BGE 136 V 395 E. 7.4 , 145 V 116 E. 5) ebenfalls zu bejahen. Denn die Behandlung mit

Inspra ist mit einem Publikumspreis von Fr. 69.55 und einem Fabrikabgabepreis von Fr. 46.29

für 30

Stück in der SL gelistet , was bei einer Tablette pro Tag, welche dem Beschwerdeführer verordnet wurde (Urk. 9/2 S. 1), respektive mit einem Kosten aufwand nach dem Listen-Höchstpreis von rund Fr. 8 50 .-- pro Jahr (Art.

71 d Abs. 4

KVG) , jedenfalls nicht unverhältnismässig ist , weshalb die Leistung auch unter diesem Aspekt nicht zu verweigern ist. 4.5.2

Im Ergebnis ist festzuhalten , dass die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Abweichung vom Grundsatz der Listenpflicht nach Art. 71a Abs. 1 lit . b KVV erfüllt sind und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Behandlung des Beschwerdeführers mit dem Arzneimittel Inspra (Wirkstoff Eplerenon) zu bejahen ist. Sie hat die Kosten für diese Behandlung daher

weiterhin, das heisst nicht nur bis am 30. November 2021 (Urk. 2 S. 3), sondern auch noch darüber hinaus, zu übernehmen.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde , soweit darauf einzutreten ist, ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 13.

August 2021 (Urk. 2)

folglich aufzuheben , soweit damit die Kostenübernahme für die Behandlung des Beschwerdeführers mit dem Arzneimittel Inspra (Wirkstoff Eplerenon) ab dem 1.

Dezember 2021 abgelehnt wurde, und es ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin für die se Behandlung leistungspflichtig ist

und die Kosten dafür ab dem 1. Dezember 2021 weiterhin zu erstatten hat. 5.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streit sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt §

E. 7

der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) den Zeitauf wand und die Barauslagen. Unter Berücksichtigung dieser Massstäbe ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen. Die Tatsache, dass auf die Beschwerde mangels eines aktuellen Rechtsschutzinteresses teilweise nicht einzutreten ist und daher nur ein teilweises Obsiegen vorliegt, rechtfertigt vorliegend keine Reduktion der Prozessentschädigung. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 13.

August 2021 insoweit aufgehoben , als die Kostenübernahme für die Behandlung des Beschwerdeführers mit dem Arzneimittel Inspra ab dem 1. Dezember 2021 abgelehnt wird , und es wird festgestellt , dass die Beschwerdegegnerin für diese Behandlung leistungspflichtig ist und die Kosten dafür ab dem 1. Dezember 2021 weiterhin zu erstatten hat ; im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG
- Atupri Gesundheitsversicherung - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
FehrHartmann

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