

200 18 732 KV
LOU/ISD/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 2. Oktober 2019

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Krankenkasse SLKK
Hofwiesenstrasse 370, Postfach, 8050 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. September 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1947 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war 2016 bei der Krankenkasse SLKK (SLKK bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert (Dossier der SLKK, act. II 2). Am 15. November 2016 unterzog sie sich einem operativen Einbau einer inversen Schulterprothese links. Gleichentags ersuchte das Spital B. _____ um Kostengutsprache für eine anschliessende klinisch-stationäre Behandlung/Rehabilitation (act. II 6). Die SLKK übernahm unter anderem die Kosten der Akut- und Übergangspflegeleistungen und lehnte die Übernahme der nicht durch die Austauschbefugnis gedeckten Kosten des stationären Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik C. _____ zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab (vgl. act. II 4/2, 5). Der diesbezügliche Entscheid vom 9. Oktober 2017 wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern (nachfolgend: Verwaltungsgericht) mit Urteil vom 26. Februar 2018, KV/17/986, in teilweiser Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Auf die dagegen erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Entscheid vom 28. März 2018, 9C_228/2018, nicht ein.

Die SLKK traf in der Folge weitere Abklärungen, namentlich holte sie von der Klinik C. _____ Angaben zu den erbrachten Pflegeleistungen ein (act. II 16 bzw. act. IIA [Sammelbeilage Pflegeleistungen der Klinik C. _____]), und lehnte mit Verfügung vom 26. Juli 2018 (act. II 17) eine weitergehende Kostenübernahme der stationären Rehabilitation ab. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 7. September 2018 fest (Beschwerdebeilagen [act. I] 1).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 5. Oktober 2018 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen

Einspracheentscheidendes sowie die vollständige Übernahme der Behandlungskosten der stationären Rehabilitation in der Klinik C._____.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. November 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdeführerin und, es sei festzustellen, dass die in der Sozialversicherung allgemein gültige Austauschbefugnis mit der Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen für die ärztliche Behandlung und sämtliche ambulanten Kosten, welche die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Aufenthaltes in der Klinik C._____ entrichtet habe, vollumfänglich erfolgt sei.

Mit Replik vom 22. November 2018 bzw. Duplik vom 30. November 2018 hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 87 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32

des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 7. September 2018 (act. I 1). Streitig und zu prüfen ist einzig, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten der stationären Rehabilitationsbehandlung in der Klinik C._____ vom 23. November bis 5. Dezember 2016 nach den Bestimmungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat. Soweit die Beschwerdegegnerin beantragt, es sei festzustellen, dass sie die Leistungen im Rahmen der Austauschbefugnis erbracht habe (vgl. Beschwerdeantwort, Rechtsbegehren Ziff. 2), fehlt es diesem (negativen) Feststellungsbegehren aufgrund des Prinzips der Subsidiarität (vgl. dazu BGE 122 V 28 E. 2b S. 30; MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 49 N. 20) an einem schutzwürdigen Interesse, zumal vorliegend ein rechtsgestaltendes Urteil ergeht. Auf diesen Antrag ist daher nicht einzutreten. Ebenso nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden Kosten für Leistungen durch die Klinik C._____ respektive andere Leistungserbringer ab dem 6. Dezember 2016, da hierüber im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. September 2018 (act. I 1) nicht befunden wurde, womit diesbezüglich kein Streitgegenstand besteht (vgl. zum Streitgegenstand: BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 165; SVR 2010 BVG Nr. 14 S. 56 E. 4.1).

1.3 Die Gesamtkosten der stationären Behandlung in der Klinik C._____ betragen gemäss der Kostenzusammenstellung der Beschwerdegegnerin Fr. 4'756.60 (act. II 5), wobei nicht alle Positionen umstritten sind. Der Streitwert liegt folglich unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen u.a. den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG; vgl. auch Art. 39 Abs. 1 KVG und BGE 126 V 323 E. 2b S. 326, 120 V 200 E. 6a S. 206; SVR 2012 KV Nr. 13 S. 52 E. 3.1).

2.2

2.2.1 Laut Art. 25a KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden (Abs. 1). 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. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen (Abs. 2). Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen, regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung (Abs. 3) und er setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest; massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden (Abs. 4 Satz 1 und 2). Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung (Abs. 5 Satz 1 und 2).

2.2.2 Der entsprechende Leistungsbereich wird – gestützt auf Art. 33 lit. b der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) – in Art. 7 ff. der Verordnung vom 29. September 1985 des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) näher

umschrieben. Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die auf Grund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV umfassen die Leistungen im Sinne von Abs. 1 der Bestimmung Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV gelten als Leistungen der Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 2 KVG) die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Abs. 2 lit. a und Art. 8 nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin von Personen und Institutionen nach Abs. 1 lit. a-c erbracht werden. Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Leistungen für Bedarfsabklärungen sowie Behandlungs- und Grundpflege sind in Art. 7a Abs. 1 KLV geregelt.

2.3 Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG).

2.4 Die sog. „Austauschbefugnis“ (vgl. dazu allgemein BGE 131 V 107 E. 3.2.3 S. 112, 127 V 121 E. 2a S. 123; SVR 2011 EL Nr. 1 S. 2 E. 4.1) kann zwar grundsätzlich auch in der obligatorischen Krankenversicherung zur Anwendung gelangen, sie darf jedoch nicht dazu führen, Pflichtleistungen durch Nichtpflichtleistungen zu ersetzen, und zwar auch dann nicht, wenn die Nichtpflichtleistungen billiger wären als die Pflichtleistungen (BGE 131 V 107 E. 3.2.2 S. 111; SVR 2010 IV Nr. 10 S. 33 E. 7.1). Wählt eine versicherte Person eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Pflege und Behandlung, so hat sie keinen Anspruch auf Anrechnung der dadurch eingesparten Pflichtleistungskosten (BGE 126 V 330 E. 1b S. 332; RKUV 1994 K 933 S. 73 E. 6a).

3.

3.1 Das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 26. Februar 2018, KV/17/986 ist mit dem Nichteintreten auf die Beschwerde des Bundesgerichts mit Entscheid vom 28. März 2018, 9C_228/2018, in Rechtskraft er-

wachsen und somit nach dem Grundsatz der abgeurteilten Sache (res iudicata; vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Dezember 2016, 9C_527/2016, E. 2.1 mit Hinweisen) für das Verwaltungsgericht insoweit verbindlich, als bereits über Leistungsansprüche befunden wurde. So stellte das Verwaltungsgericht im besagten Urteil fest, dass – im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum zwischen dem 23. November und dem 5. Dezember 2016 (vgl. E. 1.2 hiervor) mangels Spitalbedürftigkeit kein Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG bestehe (Urteil des Verwaltungsgerichts, KV/17/986, E. 3.2.3). Demgegenüber hielt es fest, gestützt auf Art. 25a Abs. 2 KVG (vgl. dazu E. 2.2.1 hiervor) bestehe ein grundsätzlicher Anspruch auf Leistungen der Akut- und Übergangspflege in einem Pflegeheim oder auf Kostenübernahme einer Pflege durch die Spitex, wobei der stationäre Aufenthalt in der Klinik C._____ einer Vergütung der Behandlungskosten gestützt auf Art. 25a KVG aufgrund der geltenden Austauschbefugnis (vgl. dazu E. 2.4 hiervor) nicht entgegenstehe (Urteil des Verwaltungsgerichts, KV/17/986, E. 3.2.4).

Nachfolgend verbleibt folglich einzig zu prüfen, auf welche der erbrachten Leistungen bzw. in welchem Umfang ein Anspruch auf Kostenübernahme gestützt auf Art. 25a Abs. 2 KVG und nach Massgabe der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. E. 2.3 hiervor) besteht bzw. ob diese allenfalls unzumutbar gewesen sind (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts, KV/17/986, E. 3.2.4).

Demgegenüber nicht mehr zu prüfen ist die – von der Beschwerdeführerin wiederholt unter Verweis auf ihre Gesamtsituation aufgeworfene (vgl. Beschwerde S. 2 ff.; Replik S. 2) – Frage nach dem Anspruch auf Entschädigung für eine stationäre Akutrehabilitation in einem Spital, da das Verwaltungsgericht dem Voranstehenden zufolge bereits mit Urteil vom 26. Februar 2018, KV/17/986, E. 3.2.3, einen derartigen Anspruch rechtskräftig verneint hat. Weiterungen hierzu erübrigen sich damit.

3.2 Hinsichtlich der einzelnen von der Klinik C._____ zwischen dem 23. November und 5. Dezember 2016 erbrachten Leistungen ist den Akten Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 Im Überweisungsrapport (Austrittsbericht Pflege) vom 18. November 2016 (act. II 22) wurde der Umfang der pflegerischen Interventionen, namentlich Medikation, Parameterkontrolle, teilweise Unterstützung bei der Körperpflege und der Mobilität, Besonderheiten bei der Ernährung, Wund- und Hautpflege, festgelegt. Ergänzend wurde auf die vorgesehene Physiotherapie hingewiesen. Die vorgesehenen Pflegeleistungen richteten sich nach den anlässlich der ärztlichen Einweisung definierten Behandlungszielen (Wiederherstellung der bestmöglichen Normalfunktion sowie der Selbstständigkeit, Mobilisation, Überwachung und Therapie von Begleiterkrankungen) sowie den angegebenen geringgradigen Hilfeleistungen betreffend Ankleiden, Essen sowie Toilette (vgl. act. II 6/2 f.).

3.2.2 Der Verlauf der Pflege während des Aufenthaltes in der Klinik C._____ vom 23. November bis 5. Dezember 2016 und die dabei vorgenommenen einzelnen Behandlungen wurden im tabellarischen „Pflegeverlauf“ (act. II 20) aufgeführt und zudem im „Formular Pflegethemen in Minuten und Pflegebedarfsstufe“ ausgehend von 59 Pflegeminuten inklusive Querschnittsleistungen pro Tag mit der Pflegebedarfsstufe 3 konkret quantitativ festgelegt (vgl. act. IIA/1). Die Angaben im vorgenannten Formular wurden am 28. November 2016 erfasst und visiert; Unterschrift und Stempel der Klinik datieren demgegenüber vom 6. Juli 2018. Hierbei handelt es sich jedoch mit Blick auf die Fusszeile des betreffenden Dokuments (vgl. act. IIA/1 unten) und gemäss den plausiblen Angaben im Aktengutachten vom 22. Oktober 2018 (act. II 18/2) nicht um das Erstellungs-, sondern lediglich um das Druckdatum.

Die Dres. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und E._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielten im Bericht vom 8. Dezember 2016 (act. IIA 16/2 f.) zum Behandlungsverlauf fest, unter dem gezielten physiotherapeutischen Übungsprogramm (vgl. dazu der Austrittsbericht Physiotherapie vom 2. Dezember 2016 [act. IIA 16/26 f.]) gemäss den operativen Vorgaben habe sich eine unauffällige Rekonvaleszenz gezeigt. Die Wundheilung sei sogleich und die passive Mobilisation zeitgerecht erfolgt. Die Beschwerden seien rasch rückläufig gewesen und Analgetika im Verlauf nur bei Bedarf erforderlich. Bei einer Bronchitis sei auf Wunsch der

Beschwerdeführerin eine antibiotische Behandlung erfolgt; weitere interkurrente Krankheiten hätten nicht bestanden. Die Entlassung sei bei subjektivem Wohlbefinden, mit dem Erreichten soweit knapp zufrieden, bei abgelehnter Kostengutsprache zur Reha und weitgehend schmerzfrei mit reizlosen Wundverhältnissen in die häusliche Umgebung erfolgt.

3.2.3 Im Aktengutachten vom 22. Oktober 2018 (act. II 18) führte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. Med. F._____, Praktischer Arzt und Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, zum Verlauf der Pflege im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin sei von der Klinik C._____, im Rahmen des Pflegeassessments (vgl. dazu act. IIA 16/1) in der BESA-Stufe 3 eingeteilt, womit klar dokumentiert sei, dass keine bedeutende pflegerischen Massnahmen notwendig gewesen seien. Dies ergebe sich auch aus dem Pflegeverlaufsbericht, wobei für die Körperpflege täglich 17 Minuten bzw. für Mobilität und Motorik (Hilfestellung beim Anziehen der Unterschenkelprothesen und Unterstützung bei der Platzierung des Abduktionskissens) 14 Minuten benötigt worden seien. Die weitere Minutagen für medizinische Pflege betreffe lediglich die Wundpflege der Operationsnarbe. Gestützt auf den ärztlichen Bericht der Klinik C._____ vom 8. Dezember 2016, in dem zur medikamentösen Selbsttherapierung ein unmissverständlicher Hinweis auf eine mangelhafte Compliance bestehe, sei vollumfänglich erstellt, dass die Behandlung in der Klinik C._____ aus medizinischer Sicht vollumfänglich ausgereicht habe und die Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation nicht gegeben gewesen seien. Der niedrige Pflegebedarf wäre ohne weiteres bereits nach dem Austritt aus dem Akutspital im häuslichen Umfeld applizierbar gewesen. Ebenso wäre die Physiotherapie im Sinne einer Domizilbehandlung lege artis gewesen. Insgesamt könne der Aufenthalt in der Klinik C._____ in der Akut- und Übergangspflege als medizinisch korrekt und adäquat beurteilt werden; die Beschwerdeführerin habe alle für die Genesung notwendigen therapeutischen und pflegerischen Handreichungen erhalten. Auffallend sei indes die fehlende Compliance.

3.3

3.3.1 Gestützt auf die Zusammenfassung der im Rahmen der Behandlung in der Klinik C. _____ zwischen dem 23. November und 5. Dezember 2016 erbrachten Leistungen und der diesbezüglich schlüssig begründeten Ausführungen im Aktengutachten vom 22. Oktober 2018 (zum Beweiswert von vertrauensärztlichen Aktenbeurteilungen vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126; Entscheide des BGer vom 14. November 2018, 9C_580/2018, E. 4.1, und vom 4. September 2017, 8C_135/2017, E. 3.2, je mit Hinweisen) waren die erbrachten Pflegemassnahmen und die Physiotherapie aufgrund des Bedarfes der Beschwerdeführerin medizinisch indiziert (Art. 7 Abs. 1 i.V.m. Art. 7 Abs. 2 lit. a und Art. 8 KLV [vgl. dazu E. 2.2.2 hiavor] sowie spitalärztlich angeordnet (vgl. Art. 25a Abs. 2 KVG). Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise dafür, dass die tatsächlich erbrachten Leistungen nicht den gesetzlichen Anforderungen an Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. E. 2.3 hiavor) entsprochen hätten. Dies wird von den Parteien denn auch nicht behauptet. Nachdem die medizinische Indikation und die evidente Wirksamkeit der vorliegend angewandten Behandlungsmethoden gegeben sind, ist auch die Zweckmässigkeit der Massnahmen zu bejahen (BGE 139 V 135 E. 4.4.2 S. 140, 130 V 532 E. 2.2 S. 536; SVR 2001 KV Nr. 21 S. 62 E. 2c). Die erbrachten Pflegeleistungen und die Physiotherapiebehandlung – auf die Frage einer stationären Rehabilitation ist vorliegend nicht einzugehen, da hierauf kein Anspruch besteht (vgl. E. 3.1 hiavor) – erscheinen sodann gemessen an den verursachten Kosten bzw. dem ausgewiesenen therapeutischen Nutzen (vgl. act. II 4, act. IIA 16/3 und 16/26 f.) auch unbestrittenermassen wirtschaftlich. Dass die gemäss dem Verlaufsbericht zur Therapie (vgl. E. 3.2.2 hiavor) erbrachten Leistungen der Pflege, Physiotherapie und die abgegebene Medikation nicht indiziert oder gar unzumutbar gewesen wären, ergibt sich weder aus den Akten noch wird dies geltend gemacht.

3.3.2 Vor diesem Hintergrund ergibt sich, dass die im Rahmen der Akut- und Übergangspflege nach Art. 25a Abs. 2 KVG erbrachten Behandlungsleistungen und Physiotherapie respektive die dadurch verursachten und von der Beschwerdegegnerin gemäss Leistungsabrechnung vom 11. Januar 2017 (act. II 4/2) durch die obligatorischen Krankenpflegeversicherung

im Rahmen der Austauschbefugnis (vgl. E. 2.4 hiavor) bereits übernommenen Kosten nicht zu beanstanden sind. Die total angegebenen Behandlungskosten sowie die entsprechende Berechnung der übernommenen Kosten – abzüglich der vorliegend nicht zu beurteilenden Leistungen an Erholungskuren aus Zusatzversicherungen (vgl. act. II 4/2, 5) – werden von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Dementsprechend ist im Umkehrschluss davon auszugehen, dass die zusätzlich angefallenen Kosten für Spital- und Hotellerie-Leistungen (auch) nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gestützt auf Art. 25a Abs. 2 KVG zu tragen sind. Dies ergab sich so grundsätzlich auch bereits aus dem Urteil des Verwaltungsgerichts vom 26. Februar 2018, KV/17/986, E. 3.2.3, gemäss welchem eine Spitalbedürftigkeit rechtskräftig verneint wurde.

3.4 Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. September 2018 (act. I 1) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG). Eine mutwillige oder leichtsinnige Prozessführung besteht entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort S. 12) nicht.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Krankenkasse SLKK
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.