

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 35

Entscheid vom 11. September 2018

Besetzung

lic.iur. Achilles Humbel, Präsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,

gegen

1. **C.**_____ **AG (Krankenversicherung),**
Vorinstanz,
2. **D.**_____,
Beigeladene,

Gegenstand

Krankenversicherung (Zahlungsausstand wegen Fehlkodierung;
2. Rechtsgang im Verfahren I 2016 136)

Sachverhalt:

A. Am 4. April 2015 um 10.58 Uhr kam B._____, der Sohn von A._____, (beide bei der C._____ AG krankenpflegeversichert) und F._____ mittels Sectiogeboort (Kaiserschnitt) in der Gebärklinik des Spitals D._____ zur Welt. Mit Leistungsabrechnung vom 19. Juni 2015 teilte die C._____ AG A._____ mit, dass das Spital D._____ für die Behandlung von B._____ im Spital D._____ im Zeitraum vom 4. bis 10. April 2015 Fr. 4'754.70 und für Leistungen des Röntgeninstituts D._____ vom 4. Mai 2015 Fr. 187.15 in Rechnung gestellt habe. A._____ bezahlte in der Folge den Selbstbehalt von Fr. 350.-- nicht, mit der Begründung, es sei bei der Leistungsabrechnung falsch codiert worden. Gegen die nachfolgende Betreuung der C._____ AG erhob A._____ Rechtsvorschlag, der von der C._____ AG mit Verfügung vom 11. August 2016 aufgehoben wurde. Die von A._____ hiergegen erhobene Einsprache wurde von der C._____ AG mit Entscheid vom 15. November 2018 abgewiesen, der Rechtsvorschlag wurde aufgehoben und die Rechtsöffnung wurde erteilt. Das Verwaltungsgericht bestätigte diesen Einspracheentscheid mit VGE I 2016 136 vom 13. Februar 2017.

Die von A._____ gegen den VGE I 2016 136 erhobene Beschwerde wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_220/2017 vom 9. April 2018 teilweise gutgeheissen, der Entscheid des Verwaltungsgerichts wurde aufgehoben "und die Sache zu neuer Entscheidung im Sinne der Erwägungen an dieses zurückgewiesen".

In Erw. 3.3 legt das Bundesgericht folgendes Vorgehen fest:

Die Vorinstanz [d.h. das Verwaltungsgericht] wird beim Bundesamt für Statistik eine Auskunft zur Kodierungsregel S1610c einholen und danach den auf die CPAP-Behandlung des Versicherten (mit O2-Bedarf bis 30 % während ca. zehn Minuten nach der Geburt) anwendbaren Tarif bestimmen. Allenfalls wird sie nach Beiladung des Spitals D._____ einen Einzelleistungstarif festzusetzen haben (vgl. BGE 131 V 133 E. 12.3 und E. 13 S. 145 f.). Danach wird die Beschwerdegegnerin den vom Vater zu bezahlenden Selbstbehalt neu festzusetzen haben.

B. Mit Schreiben vom 23. April 2018 ersuchte das Verwaltungsgericht die C._____ AG und das Spital D._____ um Zustellung sämtlicher für die Kodierung erforderlichen Unterlagen in anonymisierter Form; dies aufgrund Ziff. 1.5 des Rundschreiben des Bundesamtes für Statistik (BFS), Abteilung Gesundheit und Soziales, für Kodiererinnen und Kodierer 2018/Nr. 1 vom Dezember 2017, wonach nur Kodierungsanfragen behandelt werden, welche in der Beilage alle notwendigen klinischen Unterlagen zur Fallbeurteilung in anonymisierter Form

(Austrittsbericht, Operationsbericht, Kodierung) enthalten. Das Spital D._____ wurde ins Verfahren beigelegt.

In der Folge reichte die C._____ AG die (anonymisierten) Unterlagen ein, welche A._____ zur Akteneinsicht erhielt. Dieser reichte dem Verwaltungsgericht mit Schreiben vom 18. Mai 2018 ebenfalls anonymisierte Unterlagen (Bf-act. 1-14) ein mit dem Antrag, diese dem Bundesamt für Gesundheit (recte: Bundesamt für Statistik), Abteilung Gesundheit und Soziales, zu unterbreiten.

C. Am 22. Mai 2018 stellte das Verwaltungsgericht dem BFS, Abteilung Gesundheit und Soziales, die anonymisierten Akten der C._____ AG und von A._____ (je gemäss Urkundenverzeichnis) sowie ein Exemplar des VGE I 2016 136 vom 13. Februar 2017 zu, mit dem Ersuchen um die vom Bundesgericht verlangte Auskunft zur Kodierungsregel S1610c (vgl. Ingress lit. A).

D. Am 21. Juni 2018 reichte das BFS seine Auskunft ein, welche das Verwaltungsgericht den Verfahrensparteien mit der Möglichkeit zur Stellungnahme unterbreitete. Mit Stellungnahme vom 11. Juli 2018 hält die C._____ AG an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest. A._____ stellt mit Stellungnahme vom 14. Juli 2018 die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der C._____ AG vom 11.08.2016 (Zahlungsausstand) sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Die C._____ AG soll mit dem Spital D._____ einen Kostenvergleich aushandeln, der dem tatsächlichen Aufwand der speziell für das Kind B._____ erbrachten Leistungen vom 4.4.2018 im Geburtsaal des Spitals D._____ entspricht.

E. Am 8. August 2018 reicht das Spital D._____ eine kurze Stellungnahme ein. A._____ reicht am 30. August 2018 eine weitere Stellungnahme ein. Mit Schreiben vom 31. August 2018 setzt der vorsitzende Richter den Verfahrensparteien eine Frist bis 10. September 2018 für allfällige Schlussbemerkungen

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Im vorliegenden Verfahren geht es darum, den auf die CPAP-Behandlung des Sohnes des Beschwerdeführers (mit O2-Bedarf bis 30% während ca. zehn Minuten nach der Geburt) anwendbaren Tarif zu bestimmen. Von der Bestimmung des anwendbaren Tarifs hängt ab, ob in der Betreuung Nr. _____ des Betreibungsamtes _____ über den Betrag von CHF 350.00 (zzgl. Mahnspeisen von CHF 60.00) der Rechtsvorschlag des Beschwerdeführers vom 29. Juni 2016 zu bestätigen oder der Vorinstanz die Rechtsöffnung zu erteilen ist.

1.2 Welche Bestimmungen zu fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen und dem Betreibungsverfahren (bzw. Rechtsöffnungsverfahren) zur Anwendung gelangen, wurde bereits im VGE I 2016 136 vom 13. Februar 2017 (ab Erw. 1.1) dargelegt. Es wird darauf verwiesen. Ebenfalls dargelegt wurde der massgebliche Sachverhalt im Zusammenhang mit der Geburt des Sohnes des Beschwerdeführers im Spital und der danach stattgefundenen CPAP-Behandlung sowie der anschliessende Schriftenwechsel zwischen dem Beschwerdeführer und der Vorinstanz bis und mit Abschluss des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens I 2016 136, worauf ebenfalls verwiesen wird (Erw. 2.1 ff.).

1.3.1 Der Übersicht halber wird an dieser Stelle die Kodierungsregel S1610c (Asphyxie unter der Geburt), wie sie im Zeitpunkt der Geburt des Sohnes des Beschwerdeführers am 4. April 2015 gemäss dem damals geltenden Medizinischen Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik in der Version 2015, festgelegt war, wiedergegeben (so bereits in VGE I 2016 136 vom 13.2.2017 Erw. 4.1):

Die Kategorie *P21.- Asphyxie unter der Geburt* ist zu verwenden, wenn:

- die Diagnose vom Arzt gestellt ist
- und**
- alle Hinweise und Kriterien der IDC-10-GM erfüllt sind.

1.3.2 Im Jahr 2015 regelte die von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebene internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification, in der Schweiz im Jahr 2015 die Version 2014, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>) in der Kategorie P21.- Asphyxie unter der Geburt folgendes:

P21.- Asphyxie unter der Geburt

Hinw.: Diese Kategorie ist nicht zu benutzen bei niedrigem Apgarwert ohne Hinweis auf Asphyxie oder sonstige Atmungsprobleme

Exkl.: Intrauterine Hypoxie oder Asphyxie (P20.-)

P21.0 schwere Asphyxie unter der Geburt

[...]

P21.1 leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt

Nichteinsetzen der normalen Atmung innerhalb einer Minute, Herzfrequenz 100 oder mehr, geringer Muskeltonus, geringe Reaktion auf Reize.

Asphyxia livida [Blaue Asphyxie]

Asphyxie mit Apgar-Wert 1 Minute postnatal: 4-7

P21.9 Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet

Anoxie

Asphyxie o.n.A. [ohne näheren Angaben]

Hypoxie

1.3.3 In der Kategorie P22.- Atemnot (Respiratory distress) beim Neugeborenen wird folgendes geregelt (gemäss ICD-10, Version 2014):

P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen

Exkl.: Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen (P28.5)

P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen

Inkl.: Hyaline Membranenkrankheit

[P.22.1 Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen]

P22.8 Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen

2.1 Nachdem das Verwaltungsgericht dem BFS die anonymisierten Unterlagen der Vorinstanz und des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der Kodierungsregel S1610c zugestellt hatte und um Auskunft entsprechend den Vorgaben des Bundesgerichts ersucht hatte, teilte das BFS mit Schreiben vom 21. Juni 2018 unter anderem was folgt mit:

Die Diagnosestellung liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Die Kodierer dürfen bei der Kodierung keine Diagnosen stellen. Die Diagnose, die durch den Arzt gestellt wird, darf möglicherweise von der kodierten Diagnose abweichen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Kodierrichtlinien vor weiteren Kodierhinweisen Vorrang haben. Würde zum Beispiel ein Arzt die Diagnose leichte Asphyxie stellen, dürfte der Code P21.1 nur dann kodiert werden, wenn alle Kriterien unter P21.1 erfüllt sind und der Hinweis und das Exklusivum der Kategorie P21.- zutreffen. Sollte es nicht der Fall sein, müsste eine nicht näher bezeichnete Asphyxie (Code P21.9) kodiert werden, unter der Bedingung, dass die Asphyxie ärztlich diagnostiziert ist.

Wird vom Arzt keine Asphyxie, sondern eine Adaptationsstörung diagnostiziert, müsste der Code P22.8 Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen kodiert werden, was im vorliegenden Fall gemäss den uns zur Verfügung stehenden Unterlagen, welche vom Gericht beigefügt wurden, auch zutrifft.

Im Jahr 2015 und mit der damaligen Version des Swiss DRG Groupers wurden die Codes P21.1 und P21.9 sowie der Code P22.8 in der selben DRG (Diagnosis Related Group) des Tarifsystems SwissDRG gruppiert, weshalb diese Codes im Jahr 2015 auch das gleiche Kostengewicht hatten. Die Tarifstruktur Swiss DRG ist jedoch ein lernendes System und die damit verbundene Datenanalyse, welche für die Pflege und Weiterentwicklung eines solchen Systems essentiell ist, zeigte, dass eine gewisse Anzahl an Neugeborenen, die trotz minimalen transienten Anpassungsstörungen bei der Geburt als gesund zu betrachten sind, unglücklicherweise in diese DRG fielen. Daraufhin wurden bereits im Folgejahr Massnahmen mit Anpassungen im Grouper und in den Kodierregeln ergriffen, um diese gesunden Neugeborenen mit irrelevanten Adaptationsstörungen in ein DRG für gesunde Kinder zu gruppieren.

Abschliessend hielt das BFS fest, dass der gleiche Fall von einem Jahr zum andern möglicherweise anders kodiert werde, weil die Kodierrichtlinien in einer sich wandelnden Tarifstruktur jährlich neu bearbeitet und weiter entwickelt werden. Die Kodierrichtlinien würden ständig aktualisiert; eine aktualisierte Version dürfe nicht rückwirkend zur Anwendung gelangen.

2.2 Gemäss Stellungnahme der Vorinstanz vom 11. Juli 2018 führe das BFS aus, dass P21.0 und 21.1 nur dann kodiert werden dürfen, wenn der Arzt die Diagnose gestellt habe und alle im ICD-10 Handbuch aufgeführten Kriterien zu diesen Codes erfüllt seien. Auch bestätige das BFS, dass P21.9 dann kodiert werden dürfe, wenn der Arzt die Diagnose Asphyxie gestellt habe und die Kriterien zu P21.0 und P21.1 nicht alle erfüllt seien.

Das Spital habe P21.1 gewählt, was nicht korrekt sei, da die Kriterien für die Kodierung der P21.1 nicht alle erfüllt gewesen seien. Die Vorinstanz habe P21.9 gewählt, da die Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 9. Dezember 2015 von einer leichten Asphyxie spreche.

Das BFS hätte den Fall mit P22.8 (sonstige Atemnot beim Neugeborenen) kodiert, dies vermutlich aufgrund des Verlaufseintrages der Pädiaterin vom 6. April 2015, in dem eine initial "primäre Adaptationsstörung" welche mit CPAP behandelt worden sei, aufgeführt werde. Dies sei auch korrekt, wenn man die Stellungnahme der Ärztin nicht als Diagnosestellung ansehe.

Da der Fall im Jahr 2015 unabhängig davon, ob dieser mit dem ICD-10-Code P21.1, P21.9 oder P22.8 kodiert worden wäre, immer den DRG P66C zum Ergebnis habe, sei der vom Spital gestellte, nicht korrekte Code P21.1 durch die Vorinstanz nicht beanstandet worden. Dies, weil das Ergebnis des abgerechneten DRG P66C des Spitals korrekt gewesen sei.

2.3 Der Beschwerdeführer macht in seiner Eingabe vom 14. Juli 2018 zusammengefasst geltend, im vorliegenden Fall bestehe eine überaus grosse Diskrepanz zwischen Leistungserbringung und Leistungsabgeltung, die nicht einfach damit abgetan werden dürfe, dass die Fallpauschalen-Tarifstruktur SwissDRG ein "lernendes System" sei und sakrosankt anzuwenden sei. Der rund 80-fache Betrag, welcher der Versicherer dem Spital D. _____ für die erbrachte Leistung vergütet habe, könne und dürfe nicht mit der Fallpauschalen-Regelung abgetan werden. Dieser Betrag sei hochgradiger Wucher. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, dass das Bundesgericht in seinem Urteil vom 9. April 2018 ausgeführt habe, dass nach Einholung der Auskunft beim BFS und nach Beiladung des Spitals D. _____ ein Einzelleistungstarif festzusetzen sei, was

bei der vorliegenden Diskrepanz zwischen Leistungserbringung und Leistungsabgeltung unabdingbar sei.

An diesen Ausführungen hält der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 30. August 2018 fest.

3.1 Das Bundesgericht hat im Urteil 9C_220/2017 vom 9. April 2018 Erw. 2 festgehalten, dass die hier fragliche Leistung (CPAP-Behandlung [mit O2-Bedarf bis zu 30%] während ca. 10 Minuten nach der Geburt) der Diagnose ICD-10 P21.9 zugeordnet werden kann. Des Weiteren hielt das Bundesgericht fest, dass ICD-10 P21.9 "Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet" zwar als Anfangtatbestand aufgefasst werden könne, jedoch nur innerhalb dieses Klassifikationssystems (Kategorie P21.-). Die dazu gehörige übergeordnete Kodierungsregel S1610c verweise nun aber nicht integral darauf, sondern verlange neben einer fachärztlich diagnostizierten "Asphyxie unter der Geburt" als zweite Bedingung, dass "alle Hinweise und Kriterien der ICD-10-GM erfüllt" seien. Der Zusatz "ohne nähere Angaben", welcher die unter ICD-10 P21.9 genannten "Anoxie", "Asphyxie" und "Hypoxie" kennzeichne, könne indessen auch bei einem weiten Begriffsverständnis weder als Hinweis noch als Kriterium in diesem Sinne verstanden werden.

Des Weiteren hielt das Bundesgericht in besagtem Urteil fest, dass die Diagnose einer "Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet" nach ICD-10 P21.9 bzw. einer "Asphyxie, ohne nähere Angaben" eine unbekannte aber breite Palette von Manifestationen dieser Adaptationsstörung erfasse. Daraus sei auf einen entsprechenden ganz unterschiedlichen Behandlungsaufwand zu schliessen, was unter dem Kostenaspekt gegen die integrale Zuordnung zur selben Fallgruppe der schweren und leichten oder mässigen Asphyxie unter der Geburt nach ICD-10 P21.0 und ICD-10 P21.1 spreche.

3.2 Das BFS kommt in seinem Schreiben vom 21. Juni 2018 bezüglich Auskunft zur Kodierungsregel S1610c zusammengefasst zum Ergebnis, dass im Falle des neugeborenen Kindes des Beschwerdeführers korrekterweise der Code P22.8 Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen hätte kodiert werden müssen. Im Jahr 2015 seien in der damaligen Version des SwissDRG Groupers jedoch sowohl die Codes P21.1 und P21.9 als auch der Code P22.8 in der gleichen DRG gruppiert gewesen, weshalb alle diese Codes damals das gleiche Kostengewicht gehabt hätten. Unglücklicherweise sei eine gewisse Anzahl an Neugeborenen, die trotz minimalen transienten Anpassungsstörungen bei der Geburt als gesund zu betrachten seien, in diese DRG gefallen. Bereits im Folgejahr seien Anpassungen im Grouper und in den Kodierungsregeln erfolgt,

um diese Neugeborenen mit irrelevanten Adaptionsstörungen in eine DRG für gesunde Kinder zu gruppieren. Die Vorinstanz bestätigt in ihrer Stellungnahme vom 11. Juli 2018, dass sie seit dem 1. Januar 2016 eine entsprechende Regelanpassung vorgenommen hat.

4.1 Das BFS gelangt in Bezug auf den vorliegenden Fall zum Ergebnis, dass im Jahr 2015 sowohl die Codes P21.1 und P21.9 als auch der Code P22.8 in der gleichen DRG gruppiert waren und alle diese Codes damals das gleiche Kostengewicht hatten. Damit werden die bisherigen Beurteilungen der Vorinstanz und des Verwaltungsgerichts bestätigt. Mit anderen Worten ist auch das BFS der Auffassung, dass im vorliegenden Fall die Kodierungsregel S1610c anwendbar ist, was im Ergebnis zur vorinstanzlichen Endkodierung (DRG P66C) führt und weshalb in betraglicher Hinsicht die Leistungsabrechnung vom 19. Juni 2015 weiterhin korrekt ist (vgl. Ingress lit. A).

4.2 Für das Verwaltungsgericht besteht keine Veranlassung, von dieser Zuordnung abzuweichen und stattdessen einen Einzelleistungstarif für die stattgefunden CPAP-Behandlung festzulegen. Die Diagnose ICD-10 P21.9 – verstanden im Sinne eines Auffangtatbestandes – beinhaltet zwar eine Vielzahl von Manifestationen dieser Adaptionsstörungen, mit je eigenem Behandlungsaufwand. Im vorliegenden Fall fand eine ca. 10-minütige respiratorische Unterstützung mit einem CPAP-Beatmungsgerät statt. Diese Massnahme ist in der Version 2016 des Medizinischen Kodierungshandbuchs des BFS [S. 143, Kodierungsregel S1610c neu unter S1610e] bei P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt als Kriterium aufgeführt (Respiratorische Unterstützung notwendig mindestens bis zum postnatalen Alter von 10 Minuten [intermittierende Positivdruckbeatmung per Maske oder Endotrachealtubus]). Mithin wurde für das Kind des Beschwerdeführers eine stationäre Massnahme erbracht, wie sie in Fällen schwerer Asphyxie unter der Geburt ebenfalls regelmässig zur Anwendung kommt. Eine Verlegung des Neugeborenen auf eine neonatologische Abteilung war im vorliegenden Fall nicht notwendig, jedoch bestand gemäss dem Kurzbericht der Pädiaterin vom 9. Dezember 2015 aufgrund der Adaptionsprobleme (des Neugeborenen) und der Strepto-B-Positivität der Mutter die Notwendigkeit einer intensiveren Überwachung. Insgesamt wurden damit im Spital Leistungen erbracht, die über dem üblichen Behandlungsaufwand für eine leichte Asphyxie unter Geburt, respektive über dem Behandlungsaufwand für eine Asphyxie ohne näheren Angaben (ICD-10 P21.9 [Version 2014 vgl. vorn Erw. 1.3.2]) lagen. Bei dieser Sachlage kann für den vorliegenden Fall nicht gesagt werden, der stationär geleistete Aufwand stehe in einem derartigen Missverhältnis zur vorgenommenen Zuordnung in die DRG P66C, dass der Grundsatz einer qualitativ hoch stehende und zweckmässige

ge gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten gemäss Art. 43 Abs. 6 KVG nicht mehr eingehalten sei. Dass im Zuge des 2012 vorgenommenen Systemwechsels der neuen Spitalfinanzierung eine Vergütung (leistungsbezogene Pauschale) je Fallgruppe vorgenommen wird und im Einzelfall dem Spital tiefere Kosten entstehen, als durch die Fallpauschale abgegolten wird, wurde bereits in VGE I 2016 136 vom 13. Februar 2017 Erw. 6 ausgeführt. Auch vor diesem Hintergrund ist es angezeigt, die nach der Geburt des Sohnes erbrachten Spitalleistungen weiterhin nach der Kodierungsregel S1610c zu kodieren.

5. Dem Gesagten nach bleibt es dabei, dass die Leistungsabrechnung der Vorinstanz vom 19. Juni 2015 zu Recht erfolgt ist. Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. In Bezug auf das durchgeführte Mahnverfahren bzw. die Mahnspesen wurde vom Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren (weiterhin) nichts vorgebracht, weswegen es diesbezüglich mit einem Verweis auf VGE I 2016 136 vom 13. Februar 2017 Erw. 7.1 f. sein Bewenden haben kann.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Aufhebung des Rechtsvorschlages und die Erteilung der Rechtsöffnung in der Betreibung Nr. _____ über den Betrag von Fr. 350.-- (zuzüglich Mahnspesen von Fr. 60.--) des Betreibungsamtes _____ durch die Vorinstanz wird bestätigt.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - die Beigeladene (R)
 - das Betreibungsamt _____ (A/ nur Dispositiv)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern (A).

Schwyz, 11. September 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 21. September 2018