

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2016 136

Entscheid vom 13. Februar 2017

Besetzung

lic.iur. Achilles Humbel, Präsident
lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
MLaw Svetlana Vasic, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

B._____,
Beschwerdeführer,

gegen

CSS Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance,
C._____, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Krankenversicherung (Zahlungsausstand/Kodierung)

Sachverhalt:

A. Am 4. April 2015 um 10.58 Uhr kam A._____, der Sohn von B._____ und G._____ mittels Sectioge-burt (Kaiserschnitt) bei Strepto B positiv der Mutter in der Gebärklinik des Spitals Schwyz zur Welt (Bf-act. D 1, 8.4 und 15.2).

B._____ und A._____ sind bei der CSS Kranken-Versicherung (kurz: CSS) krankenpflege-versichert.

B. Mit Leistungsabrechnung vom 19. Juni 2015 (Bf-act. D 2.1) zeigte die CSS B._____ an, dass das Spital Schwyz für die Behandlung von A._____ im Spital Schwyz im Zeitraum vom 4. bis 10. April 2015 Fr. 4'754.70 und für Leistungen des Röntgeninstituts Schwyz vom 4. Mai 2015 Fr. 187.15 in Rechnung gestellt habe, wovon B._____ den Selbstbehalt von Fr. 350.-- mittels beige-legtem Einzahlungsschein bis 27. Juli 2015 zu bezahlen habe. Am 9. Juli 2015 schrieb das Spital Schwyz B._____ (Bf-act. D 3), man habe erfahren, dass er mit der Spitalrechnung für die postnatale Betreuung von A._____ nicht ein-verstanden sei bzw. der Rechnungsbetrag für ihn nicht nachvollziehbar sei. Das Re-sultat dieser Rechnungsstellung sei aber systembedingt. Für weitere Fragen verwies man B._____ an die CSS. Mit Mahnung vom 15. August 2015 bat die CSS B._____, den Rechnungsbetrag von Fr. 350.-- bis 2. September 2016 zu bezahlen (Bf-act. D 4). Hiergegen opponierte B._____ mit Einschreiben vom 18. August 2015 (Bf-act. D 5). Mit Zahlungsaufforderung vom 19. Septem-ber 2015 ersuchte die CSS B._____ erneut um Bezahlung des ausstehenden Betrags von Fr. 350.-- wobei zusätzlich eine Mahngebühr von Fr. 15.-- anfiel (Bf-act. D7).

D. In der Folge kam es zu weiteren Schriftenwechseln zwischen B._____, der CSS und dem Spital Schwyz bzw. der Kinderärztin Dr.med. D._____ zur Frage der kodierten Hauptdiagnose von A._____ unmittelbar nach der Geburt und damit zur Frage, ob die Rechnungsstellung der CSS korrekt war oder nicht. Nachdem diesbezüglich keine Einigung erzielt werden konnte, leitete die CSS am 18. Juni 2016 beim Betreibungsamt Schwyz das Betreibungsbegehren (Nr. E._____) gegen B._____ für die Forderungssumme von Fr. 350.-- sowie Spesen von Fr. 60.-- ein (Vi-act. 4). Gegen den am 29. Juni 2016 zugestellten Zahlungsbefehl erhob B._____ gleichentags Rechtsvorschlag (Vi-act. 6-1/2).

E. Mit Verfügung vom 11. August 2016 legte die CSS den Zahlungsausstand auf Fr. 410.-- fest (Kostenbeteiligung vom Juni 2015 von Fr. 350.-- und Spesen von Fr. 60.--) und hob den Rechtsvorschlag gegen die Betreuung Nr.

E. _____ auf (Vi-act. 7). Hiergegen erhob B. _____ am 12. September 2016 Einsprache (Vi-act. 8).

F. Am 15. November 2016 entschied die CSS was folgt (Einspracheentscheid vom 15.11.2016; Vi-act. 9 = Bf-act. A):

3. Entscheid
- 3.1 Die Einsprache wird abgewiesen.
- 3.2 Der von Herrn B. _____ geschuldete Betrag für die ausstehende Kostenbeteiligung beläuft sich auf CHF 350.00 (zzgl. Mahnspesen von CHF 60.00).
- 3.3 Der Rechtsvorschlag vom 29.06.2016 in der Betreuung Nr. E. _____ des Betreibungsamtes Schwyz wird aufgehoben und über den Betrag von CHF 350.00 (zzgl. Mahnspesen von CHF 60.00) wird die Rechtsöffnung erteilt. Die Betreuungskosten sind vom Einsprecher zu bezahlen.
- 3.4 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben; eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

G. Gegen den Einspracheentscheid vom 15. November 2016 erhebt B. _____ mit Eingabe vom 15. Dezember 2016 rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der C. _____ AG vom 11.08.2016 (Zahlungsausstand) sei vollumfänglich aufzuheben und meine Einsprache dazu vollumfänglich gutzuheissen.
2. Falls die Begründungen nicht genügen sollten den Begehren von Pkt. 1 vollumfänglich stattzugeben (eventualiter) soll die C. _____ AG aufgefordert werden, die für solche Fälle neutrale Kontroll- und Aufsichtsinstanz, das Eidgenössische Departement des Innern EDI, Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit, Klassifikationen, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel, unter Einbezug aller Beteiligten beizuziehen um eine entsprechend neutrale Stellungnahme zu erwirken.
3. Die Zusammensetzung des für diesen Entscheid zuständigen Verwaltungsgremiums sollte nicht mit Personen besetzt werden, die in irgend einem Bezug zum Spital Schwyz oder zur CSS-Versicherung stehen resp. befangen sind.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdegegners.

H. Mit Vernehmlassung vom 6. Januar 2017 macht die Vorinstanz geltend, der Beschwerdeführer habe am 5. Dezember 2016 einen exakt der betriebenen Forderung von insgesamt Fr. 443.30 entsprechenden Betrag einbezahlt. Das Verfahren sei somit gegenstandslos geworden und abzuschreiben. Inhaltlich sei die Beschwerde ohnehin abzuweisen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer sie schriftlich zu mahnen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges hinzuweisen (Art. 64a Abs. 1 KVG). Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen (Art. 105b Abs. 1 KVV). Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht (Art. 105b Abs. 2 KVV). Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben (Art. 64a Abs. 2 Satz 1 KVG). Für fällige Beitragsforderungen sind gemäss Art. 26 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 Verzugszinsen zu leisten. Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien nach Art. 26 Abs. 1 ATSG beträgt 5 Prozent im Jahr (Art. 105a KVV).

1.2 Gemäss Art. 79 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG; SR 281.1) vom 11. April 1889 hat ein Gläubiger, gegen dessen Betreuung Rechtsvorschlag erhoben worden ist, seinen Anspruch im Zivilprozess oder im Verwaltungsverfahren geltend zu machen, sofern er nicht über einen Rechtsöffnungstitel verfügt, der ihn berechtigt, das summarische Rechtsöffnungsverfahren nach Art. 80 ff. SchKG in Anspruch zu nehmen (vgl. Art. 79 SchKG).

1.3 Unterliegt der in Betreuung gesetzte Anspruch dem öffentlichen Recht, so ist zu seiner Beurteilung nicht der Zivilrichter, sondern die Verwaltungsbehörde zuständig. Das ordentliche Verfahren ist hierbei nicht der Zivilprozess, sondern das Verwaltungsverfahren. Die Verwaltungsbehörde kann hierbei zusammen mit ihrem materiellen Entscheid den Rechtsvorschlag beseitigen. Zu den Verwaltungsbehörden gehört neben den Beschwerdeinstanzen insbesondere auch die erstinstanzlich verfügende Behörde (Daniel Staehelin, in: Basler Kommentar, Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs I [BSK SchKG], 2. Aufl., Basel 2010, N 14 zu Art. 79 SchKG). Im Streitfall hat der Richter eine umfassende Kontrolle der Forderung vorzunehmen (vgl. Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich/ Basel/ Genf 2010, N 20 zu Art. 61 KVG [nachfolgend zitiert als Eugster, Krankenversicherung]). Der Beweis für Bestand und Um-

fang der Forderung ist mit der blossen Auflistung von Kostenbeteiligungen oder Prämien nicht erbracht (RKUV 2003 KV 252 227), ebenso wenig mit EDV-Auszügen mit nicht nachvollziehbaren Codierungen (Urteil EVG K 144/99 vom 28.3.2001 Erw. 4). Eine geltend gemachte Tilgung ist unter Mitwirkung des Zahlungspflichtigen von Amtes wegen abzuklären (vgl. Eugster, N 20 zu Art. 61 KVG).

Nur diejenigen Verwaltungsbehörden können einen Rechtsvorschlag beseitigen, deren materielle Verfügungen im Rechtsöffnungsverfahren zur definitiven Rechtsöffnung berechtigen würden (BGE 134 III 115 Erw. 3.2). Gemäss Art. 80 Abs. 2 Ziff. 2 SchKG sind Verfügungen schweizerischer Verwaltungsbehörden den gerichtlichen Entscheiden, die nach dessen Abs. 1 zur Aufhebung des Rechtsvorschlags berechtigen, gleichgestellt. Daher sind die Verwaltungsbehörden befugt, selbst einen Rechtsvorschlag zu beseitigen, wenn sie einen noch nicht rechtskräftig festgesetzten Anspruch in Betreuung gesetzt haben und danach gleichzeitig den Anspruch durch eine Verfügung feststellen (Stahelin, BSK SchKG, a.a.O., N 101 zu Art. 80 SchKG sowie N 15 zu Art. 79 SchKG m.H. auf BGE 134 III 115 Erw. 3.2). Voraussetzung für die Beseitigung des Rechtsvorschlags durch die Verwaltungsbehörde ist, dass die materielle Verfügung über den in Betreuung gesetzten Anspruch erst nach erhobenem Rechtsvorschlag und zusammen mit dessen Beseitigung erlassen wird (vgl. Stahelin, BSK SchKG, a.a.O., N 16 zu Art. 79 SchKG). Krankenkassen können im Sinne von Art. 1a Abs. 1 KVG nur im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung den Rechtsvorschlag beseitigen, nicht hingegen bei den Zusatzversicherungen, welche dem Privatrecht unterstehen (Stahelin, BSK SchKG, a.a.O., N 15 zu Art. 79 SchKG).

2. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der nicht bezahlte Selbstbehalt von Fr. 350.-- des Beschwerdeführers für die Leistungsabrechnung vom 19. Juni 2015 über einen Gesamtbetrag von Fr. 4'941.85 (Bf-act. D 2.1, 4 und 7) sowie die durch die Nichtbezahlung verursachten Folgekosten (Spesen von Fr. 60.--; vgl. Vi-act. 4). Hintergrund der Rechnungsstellung ist die vom Spital Schwyz anlässlich der Geburt des Sohnes des Beschwerdeführers eingeleitete CPAP-Behandlung bei diagnostizierter Asphyxie unter der Geburt (ICD-10 P21.1). Bei dieser Diagnose hat die Vorinstanz unter Anwendung der Kodierregel S160c (Asphyxie unter der Geburt) aus dem medizinischen Kodierungshandbuch des Bundesamtes für Statistik (Version 2015) dem Spital Schwyz einen Betrag von Fr. 4'754.70 vergütet (sowie der Röntgeninstitut Schwyz AG einen Betrag von Fr. 187.15; Vi-act. 1). Der Beschwerdeführer macht eine Fehlkodierung geltend. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen seien bei korrekter

Anwendung der Kodierregeln weder die Diagnose ICD-10 P21.1 noch die (im angefochtenen Einspracheentscheid [Erw 2.3 zweiter Absatz] als einschlägig aufgeführte) Diagnose ICD-10 P21.9 (Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet) erfüllt, weshalb nicht nach diesen Diagnosen hätte kodiert werden dürfen.

2.1 Den vorliegenden Akten lässt sich folgendes entnehmen:

2.1.1 Im Geburtsblatt des Sohnes des Beschwerdeführers dokumentierte die bei Geburt anwesende Kinderärztin Dr.med. F._____ (FMH Kinder- und Jugendmedizin) als Befund "gesunder termingeb. Knabe (...)". Darüber hinaus wog er gemäss Geburtsblatt bei der Geburt (Schwangerschaftsdauer 37 1/7 Wochen) 2'210 Gramm bei einer Länge von 45 cm und einem Kopfumfang von 33 cm, der Apgar-Score (Atmung Puls Grundtonus Aussehen Reflexe) betrug nach 1 Minute 7, nach 5 Minuten 8 und nach 10 Minuten 9, der Wert der Nabelschnurarterien-pH 7.27 (Bf-act. D 1 und 8.4). Im Dokument "Neugeborenen-Überwachung" wurde für die Geburtsminute 10.58 Uhr eine leicht verzögerte primäre Adaption festgehalten. Bei 10.59 Uhr findet sich der Eintrag "leicht Bradykard laut Pädiater, CPAP [Continuous Positive Airway Pressure] mit 21% O₂. ad Pulsoxi präduktal" (leichte Bradykardie, d.h. eine Unterschreitung der altersüblichen physiologischen Herzfrequenz), gemäss der Pädiaterin bestanden beim Sohn des Beschwerdeführers postpartal Probleme bei der Adaption, die eine CPAP-Unterstützung notwendig machten; gemäss dem Überwachungsbericht dauerte diese bis 11.10 Uhr (Bf-act. D 8.4, 8.5 und 15.2). Im Verlauf zeigte sich beim Neugeborenen eine gute Erholung und ein unauffälliger Status, sodass er am 10. April 2015 bei einem Gewicht von 2'165 Gramm aus dem Spital entlassen werden konnte (Bf-act. D 1 und 8.3).

2.1.2 In der Neugeborenen-Überwachung des Spitals Schwyz wurde in den ersten Minuten nach der Geburt u.a. folgendes festgehalten (Bf-act. D 8.4 u. 8.5):

10.58 Uhr		Sectiogeurt, leicht verzögerte prim. Adaption. Wird abgetrocknet und stimuliert.
10.59 Uhr		zunehmend rosig jedoch leicht Bradykard laut Pädiater, CPAP mit 21% O ₂ . ad Pulsoxi präduktal.
11.01 Uhr	Puls 121	Erreicht Sättigungsziel nicht. 6 Inflationen bei unregelm. leicht apnoischer Atmung.
11.04 Uhr	Puls 130	-
11.04 Uhr	Puls 123	Kann Sättigung mit CPAP nicht halten bei Apnoe, unterstützt mit Beatmung.
11.08 Uhr	Puls 132	Erhält mit CPAP O ₂ Unterstützung.

11.10 Uhr	Puls 134	In Bauchlage ohne Atem Unterstützung. Kann Sätt > 90% halten.
11.15 Uhr	Puls 142	Zu Mami auf Sectiotisch und anschliessend auf Abteilung. Atmung zunehmend regelmässiger, jedoch noch leicht angestrengt.

2.1.3 In einem weiteren Auszug des Spitals Schwyz wird der Apgar-Wert des Neugeborenen wie folgt wiedergegeben (Bf-act. D 8.2):

Apgar	1 Minute	5 Minuten	10 Minuten
Kolorit	1	1	2
Atmung	1	1	1
Herzfrequenz	1	2	2
Reaktivität	2	2	2
Tonus	2	2	2
Score	7	8	9

2.2 Mit Schreiben vom 16. Oktober 2015 und vom 24. November 2015 ersuchte die Vorinstanz das Spital Schwyz durch die (bei der Geburt von A. _____ anwesende) Pädiaterin Dr.med. D. _____ zu erläutern, ob bei A. _____ eine leichte Asphyxie (ICD-Code P21.1) bestanden habe oder nicht (Bf-act. D 9 und 13). Aus der Kodierung des Spitals Schwyz resultiere die SwissDRG-Pauschale P66C. Als Hauptdiagnose sei der ICD-Code P21.1 kodiert worden. Die Kodierregel S1610c gebe vor, dass die Kategorie P21.- nur zu verwenden sei, wenn die Diagnose einer Asphyxie durch den Arzt gestellt und alle Hinweise sowie Kriterien der ICD-10-GM erfüllt seien. Den Unterlagen entnehme die Vorinstanz, dass A. _____ eine leicht verzögerte primäre Adaption gehabt habe, welche mittels CPAP und O2 behandelt worden sei. Der Apgar-Wert habe in der ersten Minute bei 7 gelegen. Eine Diagnosestellung durch die behandelnde Pädiaterin liege der Vorinstanz nicht vor (Bf-act. D 9).

2.3 Am 9. Dezember 2015 äusserte sich die Pädiaterin Dr.med. D. _____ gegenüber der Vorinstanz wie folgt (Bf-act. D 15.2):

Im Rahmen der primären Sectio in der 37 1/7 SSW bei Strepto pos Mutter bestanden postpartal Probleme bei der Adaption, die eine CPAP Unterstützung in der ersten Zeit mit O2-Bedarf bis zu 30% O2 notwendig machte. Dies zeigte sich auch im Apgar mit initialem Wert nach einer Minute von 7. Dies würde laut ICD-Codierung einer leichten Asphyxie entsprechen.

Weiter bestand aufgrund des tiefen Geburtsgewichtes von 2210g eine Indikation zur Ueberwachung des Blutzuckers, der initial 2,2mmol/l war.

Ebenso bestand die Notwendigkeit zu einer intensiveren Ueberwachung aufgrund der Adaptionsprobleme und der Strepto-B-Positivität der Mutter.

Insgesamt trotz der initialen Problematik mit vermehrtem Bedarf einer Ueberwachung musste das Kind nicht zu einer intensiveren Pflege ins Kinderspital verlegt werden.

2.4 Am 11. Januar 2016 zeigte sich der Beschwerdeführer mit dieser Beurteilung der Pädiaterin nicht einverstanden, dies im Wesentlichen aufgrund der folgenden Ausführungen (Bf-act. D 18.1):

1. Der Apgar mit initialem Wert nach einer Minute von 7 stimmt nicht überein mit den Aufzeichnungen der Ihnen [der Vorinstanz] vom Spital Schwyz zur Verfügung gestellten Unterlagen. Der Wert müsste korrekt 8 sein, denn die bei einer Minute eingetragene Bewertung von 1 für den Parameter der Herzfrequenz ist darum falsch, weil das Kind weder vor noch nach der Geburt nie eine Herzfrequenz unter 100 hatte (alle Aufzeichnungen bewegen sich zwischen 121-145 P/min), wofür zwingend unter diesem Parameter die Bewertung 2 hätte eingetragen werden sollen womit dies einen Gesamt-Wert nach Apgar von 8 ergibt und somit nicht nach ICD-Codierung einer leichten Asphyxie entspricht!
2. Der Muskeltonus (Muskelspannung) des Kindes wurde von der Pädiaterin nach einer Minute mit dem Apgar-Wert von 2 bewertet, was in der Literatur mit "kräftig, aktiv" umschrieben wird und nicht dem für die Anwendung der ICD-Codierung P21.1, der dafür einen "geringen Muskeltonus" (...) beschreibt, entspricht.
3. Auch die Reaktivität (Reflexe) wurde von der Pädiaterin nach einer Minute mit dem Apgar-Wert von 2 bewertet, was in der Literatur mit "Schreien" umschrieben wird und nicht dem für die Anwendung der ID-Codierung P21.1, der dafür "geringe Reaktion auf Reize" (...) beschreibt, entspricht!

Die Geburtsaufzeichnungen und die Diagnose für die Codierung der pauschalen Spitalkostenvergütung des Kindes nach ICD-10-GM, P21.1 weisen erhebliche Mängel und Ungereimtheiten auf. Nach Kodierregel SwissDRG erfüllt nur eines von mehreren Kriterien die Anforderungen zur ICD-10-GM-Diagnose P21.1, nämlich das "Nichteinsetzen der normalen Atmung nach einer Minute", alle anderen Kriterien erfüllt die Kodierung nicht, womit sie nicht angewendet werden dürfte. (...).

2.5 In einem weiteren Schreiben, welches am 19. Januar 2016 bei der Vorinstanz einging (Bf-act. D 21), hielt Dr.med. D. _____ zum Apgar-Wert in der ersten Minute nach der Geburt des Sohnes des Beschwerdeführers folgendes fest:

Tonus 2: (...).

Farbe 1: (...).

Atmung 1: zu Beginn zeigte A. eine verminderte Atmung und musste unterstützt werden, das wurde auch mit O₂-Gabe und CPAP (= Beatmung mit positivem end-expiratorischem Druck) so dokumentiert. Dies ist eine Therapieform, welche wir nur anwenden, wenn wir sehen, dass das Kind nicht adäquat mit der Atmung einsetzt und ist keine Routinemassnahme.

Herzfrequenz 1: zu Beginn war der neugeborene Knabe bradykard (= Puls unter 100/Min). Wir können dies aus technischen Gründen nicht von Beginn weg apparativ messen, da wir eine gewisse Zeit benötigen, bis der Sättigungsmonitor beim Kind installiert ist. Damit keine Zeit verloren geht und um den Kindern eine optimale Versorgung zu bieten, beginnen wir sofort mit unterstützenden Massnahmen (...) und installieren gleichzeitig ein Monitoring. Daher ist die erste Angabe der Herzfre-

quenz eine ungefähre Messung, die mit einem Stethoskop oder mit palpieren des Pulses an der Nabelschnur bestimmt wird. Zu erwähnen ist, dass die Herzfrequenz deutlich verlangsamt sein muss, bevor wir einen Punkteabzug machen.

Reflexe 2: (...).

Zum Abschnitt Herzfrequenz findet sich noch der Hinweis, dass im Kinderblatt (= Bf-act. D 8.2) nur deshalb eine Herzfrequenz von 145/Min eingetragen worden sei, weil es sich dabei um einen gemessenen Wert in den ersten vier Lebensstunden handle (Bf-act. D 21).

2.6 Diesen Ausführungen von Dr.med. D. _____ hielt der Beschwerdeführer in seiner E-Mail vom 11. Februar 2016 u.a. folgendes entgegen (Bf-act. D 23):

(...).

2. Einzig auf Ihre Diagnose mit der Begründung des Apgar-Wertes 7 nach einer Minute mit einer leichten Asphyxie kann nach ICD-10-GM resp. der Kodierregel S1610c nicht abgestellt werden, denn es müssen alle folgenden Hinweise und Kriterien erfüllt sein (P21.1 gemäss medizinischem Handbuch Version 2015): Nicht-einsetzen 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. Ihre Feststellungen nach Apgar 1 Minute waren für den Tonus (Muskeltonus) der bestmöglich zu erteilende Wert 2 und für die Reflexe (Reaktion auf Reize) ebenfalls der bestmögliche Wert 2! Eine leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt darf aber nur diagnostiziert werden, wenn wie eingangs geschrieben alle Hinweise und Kriterien erfüllt sind, was gemäss Ihren eigenen Einschätzungen für den Apgar-Wert nicht stimmt, dass das Kind nach einer Minute einen geringen Muskeltonus wie auch geringe Reaktion auf Reize gehabt hätte.

Der Beschwerdeführer hielt weiter fest, dass er die medizinischen Unterlagen drei unabhängigen Fachpersonen (Kinderärztin, Gynäkologin und eidg. dipl. med. Kodierexpertin) zur Beurteilung unterbreitet habe und dass alle Fachpersonen seine Auffassung, wonach die Diagnosestellung einer leichten Asphyxie durch die Pädiaterin Dr.med. D. _____ unzutreffend sei, bestätigen würden (die Pädiaterin würde gar nicht wissen, welche Bedingungen für die vorgenommene Kodierung erfüllt sein müssten; sämtliche Unterlagen und auch die Tatsache, dass das Kind nach der Entbindung laut geschrien habe, sprächen gegen eine Herzfrequenz von unter 100/min nach einer Minute; gemäss Medizinischem Kodierungshandbuch Version 2016 S. 143 [recte: S. 154] müssten sowohl [1] AGPAR 4-7 im Alter von 5 Minuten, [2] Nabelarterien pH: <7.15 sowie [3] Notwendigkeit einer kardio-respiratorischen Überwachung mit kontinuierlichem Monitoring auf einer pädiatrischen/neonatologischen Abteilung mit kinderärztlicher Leitung und speziell ausgebildetem Pflegepersonal erfüllt sein, wobei vorliegend keine dieser Bedingungen erfüllt sei).

2.7 Am 9. März 2016 (Eingangsdatum) nahm die (externe) medizinische Kodiererin H. _____ (med. Kodiererin mit eidg. Fachausweis, NICE Computing AG, Lausanne) Stellung zum vorliegenden Fall (wobei gemäss Vernehmlassung der Vorinstanz unklar ist, von wem sie zugezogen wurde) (Bf-act. D 31.1). Nach ihrer Beurteilung der Gesamtsituation unmittelbar nach der Geburt des Knaben mit einem Apgar-Wert von 7 in der ersten Minute und entsprechenden Massnahmen (CPAP, O₂-Verabreichung und Betreuung durch die Pädiaterin) könne durchaus der Code P21.1 (leichte bis mässige Asphyxie unter der Geburt) verwendet werden. Die Änderung des Codes P21.1 auf P21.9 (Asphyxie unter der Geburt nicht näher bezeichnet) ändere jedoch nichts an der DRG (Diagnosis Related Groups) und somit am Kostengewicht, da die Kodierung einer dieser Codes gerechtfertigt sei. Zudem komme der Fall bereits durch das Geburtsgewicht von 2210 Gramm in eine höher bewertete DRG.

Dem hielt der Beschwerdeführer in seiner E-Mail vom 28. Juli 2016 im Wesentlichen entgegen, dass gemäss den Geburtsakten die Pädiaterin für den Muskeltonus wie auch für die Reflexe (Reaktion auf Reize) den bestmöglichen AGPAR-Wert von 2 angegeben habe, weshalb nicht alle Kriterien der ICD-10-GM für die Kodierung P.21.1 (leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt) erfüllt gewesen seien (Bf-act. D 31.2).

2.8 Vor Verwaltungsgericht reicht der Beschwerdeführer eine E-Mailkorrespondenz zwischen ihm und dem Kodierungssekretariat des Bundesamtes für Statistik (BfS) ein. Darin ersucht der Beschwerdeführer um Beantwortung der Frage, ob die Kodierregel S1610c betreffend P21.1 auch dann angewendet werde bzw. erfüllt sei, wenn neben der Diagnose eines Arztes nicht sämtliche 6 Kriterien der ICD-10-GM 2014 (1. 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) erfüllt seien. Zudem ersuchte der Beschwerdeführer um Klärung, ob, wenn wie im vorliegenden Fall weder ein geringer Muskeltonus noch eine geringe Reaktion auf Reize vorliege, die Kodierregel S1610c dennoch angewendet werden könne. Diese Fragen wurden vom Kodierungssekretariat wie folgt beantwortet (Bf-act. F, Beweismittel 4, Fettdruck im Original):

Im Jahr 2015 musste die Diagnose vom Arzt gestellt und **alle Hinweise und Kriterien erfüllt sein**, was in Ihrem Fall nicht zutrifft.

3.1 Gemäss den Ausführungen der Vorinstanz im angefochtenen Einspracheentscheid sei es zutreffend, dass der ICD-Code P21.1, welchen das Spital kodiert habe, nicht einfach anzuwenden sei. Die Kodierregel S1610c aus dem Jahr 2015 gebe vor, dass die Kategorie P21.- nur zu verwenden sei, wenn die

Diagnose einer Asphyxie durch den Arzt gestellt sei und alle Hinweise sowie Kriterien der ICD-10-GM erfüllt seien. Nach strenger Auslegung der Kodierregel S1610c seien vorliegend gemäss der Einschätzung der Vorinstanz nicht alle Kriterien für die verschlüsselte Hauptdiagnose P21.1 erfüllt. Die Erfüllung der zwei Kriterien, welche der Sohn des Beschwerdeführers bei "Muskeltonus" und "Reflexe" erhalten habe, könnten vorliegend zwar nicht abschliessend beurteilt werden. Laut Kodierhandbuch stelle die/der Kodierer/in keine Diagnosen und interpretiere auch keine Arzneimittellisten, Laborergebnisse u.ä, ohne dokumentierte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin/Arzt (angefocht. Entscheid Erw. 2.3 zweiter Absatz mit Verweis auf Kodierregel G40d). Die bei der Geburt anwesende Dr.med. D. _____ habe allerdings in ihrer Stellungnahme vom 9. Dezember 2015 eine leichte Asphyxie bestätigt. Der Knabe habe aus diesem Grund nach der Geburt laut dem Neugeborenen-Überwachungsblatt vom 4. April 2015 nicht nur eine Sauerstoffgabe benötigt, sondern auch eine CPAP-Beatmung. Da demnach ein klarer Aufwand erbracht worden sei und eine Diagnosestellung des Arztes vorhanden sei, wäre vorliegend der ICD-Code P21.9 (Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet) die korrekte Hauptdiagnose gewesen (angefocht. Entscheid Erw. 2.3 zweiter Absatz).

3.2 In der Beschwerde wird geltend gemacht, die Vorinstanz würde in Erwägung Ziff. 2.3 des angefochtenen Entscheids unumwunden zugeben, dass nicht alle Kriterien für die Hauptdiagnose P21.1 erfüllt seien (Beschwerde S. 4). Zum gleichen Ergebnis gelangte auch das vom Beschwerdeführer kontaktierte Bundesamt für Statistik (vgl. vorn Erw. 2.8).

Die im angefochtenen Entscheid erwähnte Diagnose P21.9 (Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet) dürfe nur dann angewendet werden, wenn ein Arzt einwandfrei entweder eine Anoxie, eine Asphyxie oder eine Hypoxie beim Neugeborenen diagnostiziert habe und keine weiteren Werte (Kriterien) zum Schweregrad zur Verfügung stünden, was im konkreten Fall nicht zutrefte. Es seien alle Kriterien vorhanden gewesen, um den Schweregrad der Asphyxie zu bestimmen resp. festzustellen, ob gemäss Kodierregel S1610 (2015) überhaupt eine Asphyxie diagnostiziert werden durfte oder nicht. Somit sei auch die vorinstanzliche Auffassung unzutreffend, dass der ICD-Code P21.9 die korrekte Hauptdiagnose gewesen wäre (Beschwerde S. 5).

Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer die Höhe des Rechnungsbetrags von Fr. 4'754.70 für die nur kurze Zeit stattgefundene CPAP-Behandlung. Bei einem Hausarzt hätte der gleiche (ambulante) Einsatz lediglich Fr. 40.-- bis Fr. 60.-- gekostet. Vorliegend liege ein Fall von Kosteninhomogenität vor, der nicht akzep-

tiert werden dürfe, da schliesslich die Allgemeinheit, d.h. die Prämienzahler, unter solchen Praktiken litten (Beschwerde s. 6 oben).

Zudem hält der Beschwerdeführer fest, dass auch bei korrekter ärztlicher Diagnose P21.1 im Jahr 2015 die Spitäler überhöhte Rechnungen an die Kostenträger stellen könnten, was die Tatsache beweise, dass ab dem Jahr 2015 die Parameter zur Diagnose einer leichten bis mässigen Asphyxie unter der Geburt geändert wurden (neu: Apgar 4-7 im Alter von 5 Minuten; Nabelarterien pH: <7.15) (...; Beschwerde S. 6 Mitte).

3.3 In der Vernehmlassung wird geltend gemacht, auf die vom Beschwerdeführer eingereichte Antwort des Bundesamts für Statistik könne nicht abgestellt werden, da dem Bundesamt keine medizinischen und weiteren Unterlagen zur Verfügung gestanden hätten (Vernehmlassung S. 1 unten). Gemäss dem Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2015/Nr. 1 Punkt 1.5 würden nur Kodierungsanfragen behandelt, welche in der Beilage alle notwendigen klinischen Unterlagen zur Fallbeurteilung in anonymisierter Form und die Fallkodierung enthalten würden. Zudem handle es sich beim Bundesamt für Statistik nicht um eine Kontroll- und Aufsichtsinstanz (S. 2 oben).

Auch bestehe zwischen der Vorinstanz und dem Spital Schwyz vorliegend kein Kodierungswiderspruch. Auf die vom Spital Schwyz vorgenommene Endcodierung DRG P66C sei abzustellen. (...). Die Änderung des Codes P21.1 auf P21.9 (Asphyxie unter der Geburt nicht näher bezeichnet) ändere nichts an der DRG und somit am Kostengewicht, da die Kodierung einer dieser Codes gerechtfertigt sei. (...). Unter den ICD-10 Code P21.9 fielen zudem alle Asphyxien, die den Kriterien P21.0 oder P21.1 nicht entsprechen würden. Da das Neugeborene eine CPAP-Beatmung erhalten habe, bestehe ein kodierbarer Aufwand der Diagnose P21.9 im Sinne der Kodierrichtlinien. Zudem könne die von der behandelnden Ärztin gestellte Diagnose von der Vorinstanz grundsätzlich nicht angezweifelt werden (Beschwerde S. 2 ab Mitte mit Verweis auf Kodierhandbuch [Version 2017] S. 29 G40d).

4. Eine gerichtliche Würdigung dieser Ausführungen zeitigt die nachfolgenden Ergebnisse.

4.1 Im Zeitpunkt der Geburt des Sohnes des Beschwerdeführers am 4. April 2015 galt das Medizinische Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik in der Version 2015, worin bei der Kodierungsregel S1610c (Asphyxie unter der Geburt) folgendes festgehalten wird:

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.

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

4.2 In den vorliegenden Akten fehlt ein einschlägiger Arztbericht, in welchem für das am 4. April 2015 geborene Kind des Beschwerdeführers in der Zeit unmittelbar nach der Geburt die Diagnose einer leichten oder mässigen Asphyxie unter der Geburt gestellt worden wäre (vgl. Bf-act. D 8.1 Schreiben des Spitals Schwyz an die Vorinstanz vom 7.10.2015, wonach bei Säuglingen keine Austrittsberichte geschrieben werden und sich die Codierung aus der Krankengeschichte der Mutter und des Neugeborenen ergibt). Die bei der Geburt anwesende Dr.med. D. _____ hält in ihrer Stellungnahme vom 9. Dezember 2015 (Bf-act. D 15.2) fest, dass aufgrund postpartaler Probleme bei der Adaptation eine CPAP-Unterstützung in der ersten Zeit nach der Geburt notwendig geworden sei. Dies zeige sich auch im Apgar mit initialem Wert nach einer Minute von 7. "Dies würde laut ICD-Codierung einer leichten Asphyxie entsprechen".

Es liegt demnach von Dr.med. D._____ die Diagnose einer leichten Asphyxie vor. Eine genaue ICD-Codierung nennt sie allerdings nicht. Das Spital Schwyz hat als Hauptdiagnose den ICD-Code P21.1, leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt, kodiert (Bf-act. D 9). Im angefochtenen Einspracheentscheid (Erw. 2.3 zweiter Absatz) macht die Vorinstanz nun jedoch geltend, der vom Spital Schwyz codierte ICD-Code P21.1 sei nach strenger Auslegung der Kodierregel S1610c, welche die ärztliche Diagnosestellung einer Asphyxie und die Erfüllung aller Hinweise und Kriterien der ICD-10-GM verlangt, im vorliegenden Fall nicht zutreffend, weil die zwei Kriterien "geringer Muskeltonus" und "geringe Reaktion auf Reize" (gemäss ICD-10 P21.1) unmittelbar nach der Geburt nicht gegeben waren (die Pädiaterin Dr.med. D._____ hat für diese beiden Kriterien je einen Wert von 2 eingesetzt, was einem "gesunden" Wert entspricht, vgl. Bf-act. D 21). Hingegen sei unter Anwendung derselben Kodierregel S1610c die Diagnose ICD-10 P21.9 (Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet) erfüllt. An der Endcodierung DRG P66C und damit am Kostengewicht (wie somit auch an der Höhe des Rechnungsbetrags) ändere dies nichts, weshalb der Beschwerdeführer immer noch Fr. 350.-- schulde.

4.3 Es ist erstellt, dass beim Sohn des Beschwerdeführers eine Asphyxie diagnostiziert wurde (vorn Erw. 4.2; vgl. auch Bf-act. D 15.2). Auch ist es aufgrund der vorliegenden Akten erstellt, dass bei der Geburt initial eine Adaptionstörung vorlag (Bf-act. D 8.2 "leicht verzögerte prim. Adaption"; vgl. auch Bf-act. D 8.3).

Liegt aber eine ärztliche Diagnose einer Asphyxie unter der Geburt vor, so ist gemäss Kodierungshandbuch, Kodierregel S1610c die ICD-Code Kategorie P21.- heranzuziehen. Sie ist nur dann nicht zu benutzen, wenn bei niedrigem Apgarwert kein Hinweis auf Asphyxie oder sonstige Atmungsprobleme gegeben ist (ICD-10-GM Hinweis zu Kategorie P21.-), was vorliegend nicht der Fall ist.

Innerhalb der Kategorie P21.- sind die Hinweise und Kriterien massgebend, wobei jeweils alle erfüllt sein müssen (Kodierregel S1610c). Wie bereits hinlänglich ausgeführt, wurden bei der Geburt vom Sohn des Beschwerdeführers nicht alle Kriterien für eine leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt nach ICD-10 P21.1 erfüllt (vgl. Erw. 2.7, 3.1, 4.2), womit feststeht, dass die Kodierung durch das Spital Schwyz falsch war. Dass eine schwere Asphyxie unter der Geburt (ICD-10 P21.0) vorgelegen hätte, wird zu Recht von keiner Partei geltend gemacht.

Nicht gefolgt werden kann jedoch dem Beschwerdeführer, wenn er auch das Vorliegen der Diagnose ICD-10 P21.9 ausschliesst. Anders als die ICD-10 P21.0 und P21.1, welche klare Kriterien definieren, setzt ICD-10 P21.9 im Sinne eines Auffangtatbestandes einzig das Vorliegen einer Anoxie oder Asphyxie oder Hy-

poxie voraus; dies immer o.n.A. (d.h. ohne nähere Angaben). Wurde - wie vorliegend - eine Asphyxie diagnostiziert, spielen allfällige weitere Messwerte/Kriterien keine Rolle; es liegt dann eine "Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet" vor. Mit anderen Worten ist ICD-10 P21.9 nicht etwa deshalb ausgeschlossen, weil eine Asphyxie vorliegt, aber ebenso ein Apgar-Wert 1 Minute postnatal von 7 (was eines der Kriterien für eine leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt wäre) und/oder weitere Kriterien (in diesem Sinne klarer abgefasst ist das Kodierungshandbuch Version 16, welches unter der neu formulierten Regel S1610c zu Code P21.9 ausführt "Adaptationsstörungen bei nicht erfüllten o.g. Kriterien", also zur Anwendung gelangt, wenn weder die Kriterien P21.0 noch P21.1 erfüllt sind).

Aufgrund des Geburt-Überwachungsprotokolls ist es erstellt, dass beim Sohn des Beschwerdeführers initial eine Adaptionstörung vorlag, was in der Folge eine CPAP-Behandlung (mit O₂-Bedarf bis zu 30%) während ca. 10 Minuten notwendig machte. Nachdem also eine Asphyxie ärztlich diagnostiziert wurde (was auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten wird), jedoch nicht alle Kriterien für eine leichte, mässige oder schwere Asphyxie erfüllt waren, ist die Ausführung der Vorinstanz zutreffend, dass in Anwendung der Kodierregel S1610c der Aufwand des Spitals korrekterweise für die Diagnose P21.9 hätte kodiert werden müssen. Da indes dieser Aufwand nach P21.9 gegenüber der Kodierung der vom Spital Schwyz gestellten P21.1-Diagnose zu keiner anderen Endkodierung führt (also ebenfalls DRG P66C) - was vom Beschwerdeführer nicht bestritten wird - führt dies im Ergebnis zum selben Kostengewicht und somit auch zum gleichen Rechnungsbetrag (vgl. auch Bf-act. D 31.1). Mithin erfolgte die Leistungsabrechnung vom 19. Juni 2015 zu Recht.

4.4 Angesichts der gemachten Ausführungen kann im vorliegenden Verfahren auf den Beizug der im Beschwerdeantrag Ziff. 2 aufgeführten Bundesämtern und Departemente verzichtet werden.

5.1 Im angefochtenen Einspracheentscheid wurde sodann ausgeführt, der Sohn des Beschwerdeführers sei zu leicht und zu klein für sein Gestationsalter gewesen (Geburtsgewicht 2210 g, Grösse 45 cm). Da er unterhalb der 10. Geburtsperzentile gelegen habe, hätte das Spital Schwyz nach Ansicht der Vorinstanz zusätzlich den ICD-Code P05.1 (für das Gestationsalter zu kleine Neugeborene) kodieren müssen. Bei stattgehabter Hypoglykämie mit Blutzuckerkontrollen und Frühernährung würde die Vorinstanz die Kodierung des Spitals mit dem ICD-Code P70.4 (sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen, d.h. Bezugsgrössen sind das Körpergewicht und die Körperlänge unterhalb der 10. Perzentile) ergänzen (angefocht. Entscheid Erw. 2.3 dritter Absatz).

Aus dieser neuen Kodierung resultiere allerdings nach wie vor die verrechnete DRG P66C (Neugeborenes, mit Aufnahmegewicht 2000-2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 24 Stunden, mit anderem Problem). Die Kodierung des Spitals Schwyz sei demnach zwar nach Ansicht der Vorinstanz nicht ganz korrekt, es liege jedoch keine Tarifverletzung vor. Aus diesem Grund habe die Vorinstanz die gestellte Rechnung denn auch nicht beanstandet, zumal es nichts am Ergebnis, d.h. nichts an der Höhe der Rechnung sowie der geschuldeten Kostenbeteiligung ändere (angefocht. Entscheid Erw. 2.3 vierter Absatz).

5.2 In der Beschwerde wird bestritten, dass der Sohn des Beschwerdeführers mit einem Geburtsgewicht von 2210 Gramm und einer Grösse von 45cm zu klein und leicht für sein Gestationsalter gewesen sei. Die Vorinstanz könne das nicht wissen. Sie hätte sich vergewissern sollen, dass die Mutter des Kindes eine Polin mit sehr kleiner Körpergrösse und einem sehr geringen Körpergewicht sei. Aus diesem Grund habe das Spital Schwyz diesen Code nicht angewendet, da die Abstammung und Grösse der Eltern zwingend zu berücksichtigen gewesen seien (Beschwerde S. 6 unten f. mit dem Hinweis auf den von der Pädiaterin auf dem Geburtsblatt festgehaltenen Vermerk "Gesunde Termingeb. Knabe"). Das Gleiche gelte auch für die Feststellung der Vorinstanz, man hätte den ICD-Code P70.4 (sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen, d.h. Bezugsgrössen sind das Körpergewicht und die Körperlänge unterhalb der 10. Perzentile) anwenden müssen. Der Knabe sei nicht frühernährt worden, sondern von Beginn weg mit Brustmilch versorgt und vom Spitalpersonal genau gleich betreut und behandelt worden wie alle anderen Neugeborenen (Beschwerde S. 7 Mitte).

5.3 Ob das Spital Schwyz beim Sohn des Beschwerdeführers zusätzlich den ICD-Code P05.1 (für das Gestationsalter zu kleine Neugeborene) hätte kodieren müssen, braucht vorliegend nicht beantwortet zu werden, nachdem keine entsprechende Kodierung stattfand und damit kein entsprechender Aufwand Eingang in die Leistungsabrechnung fand. Diese Frage bildet somit nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens.

6. Unbehelflich ist auch der Einwand des Beschwerdeführers, der für die Geburt seines Sohnes in Rechnung gestellte Betrag stehe in keinem Verhältnis zum Aufwand des Spitals; ein Hausarzt würde die 5 bis 10 Minuten Atmungsunterstützung mit ca. Fr. 40.-- bis Fr. 60.-- in Rechnung stellen; die Fallpauschalen seien kosteninhomogen.

Mit der per 2012 in Kraft getretenen neuen Spitalfinanzierung hat der Gesetzgeber bewusst einen Systemwechsel vorgenommen (vgl. Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzie-

rung) vom 15.9.2004, BBI 2004 S. 5551). Seither werden die Leistungen der Spitäler über leistungsbezogene Fallpauschalen vergütet (Art. 49 Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Demgemäss wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und weiteren Faktoren, einer Gruppe von Behandlungsfällen - sogenannten Fallgruppen (z.B. Blinddarmoperationen) - zugeordnet. Die Vergütung (leistungsbezogene Pauschale) je Fallgruppe ergibt sich aus einem Kostengewicht multipliziert mit einem Basispreis. Die Definition der Fallgruppen und die Höhe der Kostengewichte sind schweizweit einheitlich und bilden zusammen die Tarifstruktur des Vergütungssystems, die dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten ist. Auch wenn in diesem DRG-System (Diagnosis Related Groups) Behandlungsfälle zu Gruppen zusammengefasst werden (z.B. Blinddarmoperationen), die hinsichtlich medizinischer und ökonomischer Kriterien möglichst homogen sind, kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Einzelfall dem Spital im Konkreten tiefere - aber auch höhere - Kosten verursacht, als durch die Fallpauschale letztlich abgegolten wird. Es ist dies jedoch systembedingt. Mit der neuen Spitalfinanzierung hat der Gesetzgeber dies bewusst in Kauf genommen. Ob die vom Spital Schwyz für die Geburt des Sohnes des Beschwerdeführers ausgestellte Rechnung den effektiven Kosten des Spitals entspricht, kann damit offen bleiben. Dass die Leistungsabrechnung gemäss geltendem Tarifsysteem korrekt erfolgt ist (resp. die korrekte Kodierung zu derselben Leistungsabrechnung geführt hätte), wurde oben ausgeführt (Erw. 4.3).

7.1 Die Vorinstanz hat das Mahnverfahren durchgeführt. Von den Parteien wird diesbezüglich nichts geltend gemacht, weshalb sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen (vgl. vorn Erw. 1.1 ff.).

7.2 Die Vorinstanz erhob für die Zahlungsaufforderung vom 19. Oktober 2015 eine Mahngebühr von Fr. 15.-- (Vi-act. 3). Im Betreibungsbegehren vom 18. Juni 2016 sowie in der Verfügung vom 11. August 2016 wurden Spesen von insgesamt Fr. 60.-- in Rechnung gestellt. Gemäss Art. 105b Abs. 2 KVV kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, wenn die versicherte Person Aufwendungen verschuldet, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht. Es bedarf demnach einer ausdrücklichen Rechtsgrundlage in den Versicherungsbedingungen (BGE 125 V 276). Gemäss dem angefochtenen Einspracheentscheid (Erw. 2.5) findet sich eine solche Rechtsgrundlage in Art. 14 Ziff. 3 des Reglements für die Versicherungen nach KVG der Vorinstanz vom Januar 2014, wobei allerdings die Höhe der Mahngebühr/ Umtriebsspesen nicht festgelegt wurden.

Die von der Vorinstanz geltend gemachten Spesen von insgesamt Fr. 60.-- erweisen sich unter Berücksichtigung des Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzips als angemessen (vgl. Art. 105b Abs. 2 KVV; Gebhard Eugster, Rechtsprechung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung, N 15 f. zu Art. 61 KVG; vgl. auch VGE II 2015 93 vom 17.12.2015 Erw. 3.2; VGE I 2014 105 vom 21.1.2015 Erw. 4).

8.1 Die Vorinstanz begründet den Antrag auf Abschreibung der Beschwerde unter Hinweis auf die Bezahlung von Fr. 443.50 durch den Beschwerdeführer am 5. Dezember 2016. Der Beschwerdeführer hat für diese Zahlung keinen Einzahlungsschein mit Referenznummer verwendet, sondern einen von Hand ausgefüllten leeren Einzahlungsschein (vgl. Vi-act. 11). Darauf hat er notiert "Fr. 350.- + 30.- + 30.- + 33.30". Damit nimmt der Beschwerdeführer offensichtlich Bezug auf die betriebene Forderung (vgl. Vi-act. 4-6).

Die Vorinstanz macht geltend, sie sei in Anwendung von Art. 87 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (5 Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220) vom 30. März 1911 berechtigt sei, diese Zahlung an die älteste bzw. mahn-/betriebsstechnisch am weitesten fortgeschrittene Forderung anzurechnen. Gleichzeitig bezieht sich die Vorinstanz auf das Schreiben des Beschwerdeführers vom 12. Dezember 2016 mit dem Betreff "Überweisung" (Bf-act. E 3), worin dieser ausführt, er habe gemäss dem beiliegend kopierten Zahlungsbeleg einen Betrag von Fr. 443.30 überwiesen, um damit inskünftige Monatsprämien zu begleichen. Keineswegs dürfe dieser Betrag für das hängige Betreibungsverfahren verwendet werden.

8.2 Liegt weder eine gültige Erklärung über die Tilgung noch eine Bezeichnung in der Quittung vor, so ist die Zahlung auf die fällige Schuld anzurechnen, unter mehreren fälligen auf diejenige Schuld, für die der Schuldner zuerst betrieben worden ist, und hat keine Betreibung stattgefunden, auf die früher verfallene (Art. 87 Abs. 1 OR).

Auch wenn das Schreiben des Beschwerdeführers vom 12. Dezember 2016, die Zahlung dürfe nicht zur Begleichung der in betriebenen Forderung verwendet werden, an Rechtsmissbrauch grenzt, spricht nichts gegen eine rechtsgültige Willenserklärung gemäss Art. 87 Abs. 1 OR. Somit fällt es vorliegend ausser Betracht, diese Zahlung zur Tilgung der in Betreibung gesetzten Forderung (Fr. 350.-- zzgl. Spesen von Fr. 60.-- sowie Betreibungskosten) zu verwenden. Es besteht daher kein Raum, die Beschwerde als gegenstandslos abzuschreiben. Vielmehr bleibt es bei der Abweisung der Beschwerde.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Aufhebung des Rechtsvorschlages und die Erteilung der Rechtsöffnung in der Betreuung Nr. 101224 über den Betrag von Fr. 350.-- (zuzüglich Mahnspesen von Fr. 60.--) des Betreibungsamtes Schwyz 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).
4. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - das Betreibungsamt Schwyz (A)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern (A).

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***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: 17. Februar 2017

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

