

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2017 41

Entscheid vom 14. Juli 2017

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Gion Tomaschett, Richter
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

Parteien

B._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt A._____,

gegen

C._____ Krankenkasse,
Vorinstanz,

Gegenstand

Krankenversicherung (Kostenübernahme Mammareduktionsplastik)

Sachverhalt:

A. Mit Schreiben vom 18. November 2015 stellte Prof. Dr.med. H._____ (Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie FMH, D._____) bei der C._____ Krankenkasse für B._____, geb. 1966, ein Gesuch um Kostenübernahme für eine beidseitige Mammareduktionsplastik. Mit Schreiben vom 18. Dezember 2015 teilte C._____ Krankenkasse Dr.med. H._____ ihre ablehnende Haltung mit.

B. Am 11. Januar 2016 ersuchte Prof. Dr.med. H._____ unter Beilage eines Schreibens von B._____ vom 10. Januar 2016 um nochmalige Prüfung des Gesuches. Dieses Wiedererwägungsgesuch lehnte C._____ Krankenkasse mit Schreiben vom 4. Februar 2016 ab. Nach der Ablehnung zweier weiterer Wiedererwägungsgesuche (vom 1.4.2016 von Prof. H._____ unter Beilage Rheumatologischer Bericht Dr.med. E._____, sowie vom 2.8.2016 von Dr.med. F._____) verfügte C._____ Krankenkasse am 1. November 2016 die Ablehnung der Kostenübernahme für eine beidseitige Mammareduktionsplastik.

C. Gegen die Verfügung vom 1. November 2016 erhob B._____ am 11. November 2016 Einsprache, welche sie mit Eingabe vom 6. Januar 2017 ergänzte. Zwischenzeitlich, am 22. November 2016, liess sich B._____ bei stationärem Aufenthalt in der G._____ durch Dr.med. F._____ operieren und die beidseitige Mammareduktionsplastik vornehmen. Mit Entscheid vom 20. April 2017 hat C._____ Krankenkasse die Einsprache von B._____ abgewiesen.

D. Am 17. Mai 2017 lässt B._____ gegen den Einspracheentscheid vom 20. April 2017 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 20. April 2017 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten im Zusammenhang mit der bei der Beschwerdeführerin am 22. November 2016 durchgeführten Mammareduktionsplastik im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

E. Mit Vernehmlassung vom 6. Juni 2017 beantragt C._____ Krankenkasse, die Beschwerde sei, soweit darauf einzutreten sei und soweit vernehmlassend keine Zugeständnisse enthalten seien, vollumfänglich unter Kosten- und Entschädigungsfolgen abzuweisen. Am 19. Juni 2017 repliziert die Beschwerdeführerin und hält an ihren Anträgen fest. Mit Schreiben vom 22. Juni 2017 ver-

zichtet die Vorinstanz unter Festhaltung am gestellten Rechtsbegehren auf weitere Ausführungen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und zu prüfen ist im vorliegenden Fall, ob die Vorinstanz die Kosten für die beidseitige Mammareduktionsplastik vom 22. November 2016 aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat.

Nach Darstellung der Beschwerdeführerin sei der Mammahypertrophie klarerweise Krankheitswert zugekommen und deren Ursächlichkeit für die geklagten Rücken- und Nackenbeschwerden sei gegeben. Die Operation sei daher nicht nur indiziert, sondern auch wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen. Demgegenüber hält die Vorinstanz fest, erstens fehle die Dokumentation eines erheblichen Krankheitswertes und die Kausalität zwischen den Beschwerden und der Mammahyperplasie sei nicht nachgewiesen und zweitens sei der Eingriff in der G. _____ vorgenommen worden, welche weder über einen kantonalen Leistungsauftrag verfüge noch über einen OKP-Vertrag mit C. _____ Krankenkasse gemäss Art. 49a Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10).

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 bis 31 KVG nach Massgabe der in Art. 32 bis 34 festgelegten Voraussetzungen. Die Versicherer dürfen im Rahmen der OKP keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25 bis 33 KVG übernehmen (Art. 34 KVG).

2.2 Gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG übernimmt die OKP die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Diese Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen bzw. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen, durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

2.3 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische

Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6.10.2000 [ATSG, SR 830.1]).

2.4 Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein; die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

2.5.1 Die durch die OKP zu übernehmende Leistung muss von einem zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden (Art. 35 KVG). Anstalten, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie (u.a.) auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG). Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter denjenigen Spitälern frei wählen, die mit der entsprechenden Leistung auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Mithin besteht eine Vergütungspflicht nach Art. 49a Abs. 1 KVG (ausser wenn medizinisch notwendig) nur gegenüber Listenspitälern und nur für Leistungen, für welche diese über einen Leistungsauftrag verfügen (BGE 133 V 579 Erw. 3.3; 132 V 6 Erw. 2.4.1; 126 V 172 Erw. 2b; 125 V 448 Erw. 3b; vgl. auch BGE 138 II 398 Erw. 3.9.2; SBVR Soziale Sicherheit-EUGSTER, E. Krankenversicherung, Rz. 1219). Auf der Spitalliste nicht aufgeführte Leistungserbringer können gesetzliche Pflichtleistungen weder erbringen noch veranlassen (SBVR Soziale Sicherheit-EUGSTER, E. Krankenversicherung, Rz. 831).

2.5.2 Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung kann sodann die Austauschbefugnis grundsätzlich auch in der OKP zur Anwendung gelangen, indem der gleiche gesetzliche Zweck auf einem andern Weg oder mit andern Mitteln verfolgt wird (BGE 126 V 330 Erw. 1b; 111 V 326 Erw. 2a; RKUV 1994 Nr. K 933 S. 73 Erw. 6a). Sie kommt dann zum Tragen, wenn zwei unterschiedliche, jedoch von der Funktion her austauschbare Versicherungsleistungen in Frage stehen (vgl. BGE 120 V 280 Erw. 4). Sie darf jedoch nicht dazu führen, Nichtpflichtleistungen durch Pflichtleistungen zu ersetzen; es kann nicht die gesetzliche Ordnung durch eine andere, inhaltlich weiter gehende Regelung ersetzt werden. So ist es ausgeschlossen, zugelassene durch nicht zugelassene Leistungserbringer auszutauschen (Urteil Sozialversicherungsgericht Zürich, KV.2006.00067 vom 15.1.2008 Erw. 4.4). Wählt der Versicherte, aus welchen Gründen auch immer, eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Pflege und Behandlung, so entfällt der Anspruch. Es geht daher nicht an, die Austauschbefugnis

damit zu begründen, dass lediglich die im Gesetz vorgesehenen Leistungen in Anspruch genommen werden. Denn als Pflichtleistungen gelten nur die von zugelassenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen (BGE 126 V 330 Erw. 1b).

2.5.3 Ausnahmsweise können auch Leistungen zulasten der OKP abgerechnet werden, wenn das Spital, das nicht auf einer Spitalliste steht, aber die Voraussetzungen nach den Art. 38 und 39 Abs. 1 lit. a-c und f KVG erfüllt und über einen Vertrag mit dem Versicherer verfügt (Art. 49a Abs. 4 KVG).

2.6 Bezogen auf die Mammareduktionsplastik besteht gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung eine Kostenübernahmepflicht für die operative Brustreduktion, wenn die Hypertrophie, Dysplasie oder Asymmetrie körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht und deren Behebung das eigentliche Ziel des Eingriffs ist, der von einem zugelassenen Leistungserbringer erbracht wird.

Entscheidend ist nicht das Vorliegen eines bestimmten Beschwerdebildes, sondern ob die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive genügend zurückdrängen. Dabei genügt es, wenn sowohl die Beschwerden wie auch deren Kausalzusammenhang mit der Mammahypertrophie, -dysplasie oder -asymmetrie nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sind; die blosse Möglichkeit ist nicht ausreichend, andererseits ist ein Zusammenhang im streng wissenschaftlichen Sinn nicht erforderlich (Urteil EVGer K 12/04 vom 4.4.2005 Erw. 2.1; RKUV 2000 Nr. KV 138 S. 359 Erw. 3a mit Hinweisen; Urteil L. vom 29.1.2001 [K 171/00] Erw. 2b; vgl. auch BGE 130 V 299 Erw. 4 und 5).

Die Rechtsprechung erachtet eine Mammareduktionsplastik als medizinisch indiziert und dem Erfordernis der Zweckmässigkeit genügend, sofern eine Gewebereduktion von gegen 500 Gramm oder mehr beidseits vorgesehen ist beziehungsweise durchgeführt wurde (BGE 121 V 211) und wenn gleichzeitig Beschwerden geltend gemacht werden, die auf die Hypertrophie zurückgeführt werden können, und keine Adipositas vorliegt. Eine Person gilt als übergewichtig (adipös), wenn der Body Mass Index (BMI) grösser als 25 ist. Dabei kommt diesem (unteren) Grenzwert lediglich Richtwertcharakter zu. Er bildet den Ausgangspunkt für die Gewichtung des Merkmals "keine Adipositas" im Rahmen der Prüfung des letztlich entscheidenden Kausalzusammenhangs zwischen den geklagten körperlichen Beschwerden und der Mammahypertrophie (BGE 130 V 299 Erw. 3; RKUV 1996 Nr. K 972 S. 3 ff. Erw. 5ac mit Hinweisen; Urteil EVGer K 171/00 vom 29.1.2001 Erw. 2c).

Des Weiteren ist für die Vergütung der Mammareduktionsplastik durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung von Bedeutung, ob konservative Massnahmen, insbesondere Physiotherapie bei Rückenbeschwerden, eine wirksame alternative Behandlungsmöglichkeit darstellen oder dargestellt hätten. Ist das zu bejahen, stellt sich weiter die Frage, welche der beiden Leistungen die zweckmässigere ist. Je nachdem entfällt eine Kostenübernahmepflicht für die Operation (BGE 130 V 299 Erw. 6.1 und 6.2).

Schliesslich ist festzuhalten, dass die Wirksamkeit sowie die Zweckmässigkeit einer Leistung prognostisch zu beurteilen sind (RKUV 2000 Nr. KV 138 S. 362 Erw. 5b in fine). Allein aus einer postoperativ festgestellten Schmerzfreiheit kann nicht ohne weiteres auf die Mammaryhyperplasie als Ursache der Beschwerden geschlossen werden. Umgekehrt kann bei Ausbleiben des angestrebten Erfolges nicht auf fehlende Kausalität geschlossen werden (BGE 130 V 299 Erw. 5.2).

3.1 Die Vorinstanz bringt im Rahmen der Vernehmlassung vor, es bestehe keine Leistungspflicht, da die Mammareduktionsplastik von einem nicht dafür zugelassenen Leistungserbringer erbracht worden sei, nachdem die G._____, wo der stationäre Eingriff im November 2016 erfolgt sei, keine kantonalen Leistungsaufträge besitze. Auch bestehe zwischen der Klinik und C._____ Krankenkasse kein Vertrag nach Art. 49a Abs. 4 KVG. Entsprechend könnten die Leistungen gar nicht von der OKP übernommen werden.

Dem hält die Beschwerdeführerin entgegen, sie wisse nicht, dass weder die Klinik noch Dr.med. F._____ für die erbrachte Leistung zugelassene Leistungserbringer seien. Sie sei nie darüber informiert worden, weder von der Klinik, noch von Dr.med. F._____, noch von der C._____ Krankenkasse. Immerhin habe letztere von der Klinik resp. Dr.med. F._____ im August 2016 ein Kostengutsprachege such für den Eingriff erhalten.

3.2 Der Eingriff der Mammareduktionsplastik erfolgte stationär in der G._____. Die G._____ ist für die Beschwerdeführerin eine ausserkantonale Leistungserbringerin. Diese befindet sich weder auf der Spitalliste des Kantons Luzern vom 22. März 2016 als Standortkanton noch auf der Schwyzer Spitalliste 2015 Akutsomatik, gültig bis 31. Dezember 2016, als Spitalliste des Wohnsitzkantons. Mithin hat die Beschwerdeführerin für ihren stationären Eingriff eine ausserkantonale Leistungserbringerin ausgewählt, welche für Leistungen zulasten der OKP nicht zugelassen ist (Art. 39 und Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Die C._____ Krankenkasse führt die G._____ auf der Liste "Spitäler und Kliniken mit Leistungseinschränkungen", als ein Spital, bei welchem es sich weder um ein Listenspital noch um ein Vertragsspital handelt; bei einem

Aufenthalt könne die C._____ Krankenkasse keine Kosten übernehmen ([https://www.C._____ Krankenkasse.ch/sites/default/files/2016-09/Spitalliste.pdf](https://www.C._____Krankenkasse.ch/sites/default/files/2016-09/Spitalliste.pdf); Stand 1.3.2016; eingesehen am 3.7.2017). Es besteht somit auch kein Vertrag gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG. Ausgeschlossen ist ebenso, eine Leistungspflicht unter dem Titel der Austauschbefugnis zu verlangen (Erw. 2.5.2). Eine Kostenübernahme durch die OKP ist damit ausgeschlossen.

3.3 Die Beschwerdeführerin bringt vor, von der Tatsache, dass die G._____ keine zugelassene Leistungserbringerin sei, nichts gewusst zu haben. Sie sei nie darüber informiert worden, auch nicht von der C._____ Krankenkasse, welche von der G._____ bzw. Dr.med. F._____ ein Kostengutsprachege such erhalten habe (Replik Ziff. 4.b).

Soweit die Beschwerdeführerin damit geltend machen will, die C._____ Krankenkasse habe ihre Aufklärungs- und Informationspflicht gemäss Art. 27 ATSG verletzt, kann dem nicht gefolgt werden. Der C._____ Krankenkasse wurden insgesamt vier Kostengutsprache gesuche unterbreitet. Sie wurden alle samt mangels Krankheitswert und/oder Kausalität abgelehnt. Die Frage des Leistungserbringers stand nie im Raum. Wenn die Versicherung die Kostenübernahme allein schon deshalb ablehnt, weil (ihres Erachtens) gar keine Krankheit vorliegt, dann besteht keine Aufklärungspflicht hinsichtlich möglicher Leistungserbringer. Dies namentlich auch deshalb, weil der Eingriffsort gar nie thematisiert wurde und nie um Kostenübernahme für einen konkreten Eingriff durch einen konkreten Leistungserbringer ersucht wurde.

Das erste Gesuch stammte von Prof. Dr.med. H._____. Ebenso das zweite und dritte, wobei dem zweiten ein persönliches Schreiben der Beschwerdeführerin beigelegt war und dem dritten ein rheumatologischer Bericht von Dr.med. E._____, der für ein Konsilium beigezogen wurde. Das vierte Gesuch reichte Dr.med. F._____ unter der Adresse des I._____ am 2. August 2016 ein (Vi-act. 1.7). Es trug den Betreff "Wiedererwägungsgesuch". Dr.med. F._____ berichtet darin, die Beschwerdeführerin habe seine Sprechstunde für eine Zweitmeinung aufgesucht. Er bat C._____ Krankenkasse aufgrund seiner Untersuchung, das Dossier nochmals zu prüfen. Diese neuerliche Prüfung nahm die C._____ Krankenkasse vor und sie lehnte die Kostenübernahme erneut ab. Aufgrund der Formulierung des Gesuches musste die C._____ Krankenkasse in keiner Weise davon ausgehen, dass ein allfälliger Eingriff durch Dr.med. F._____ in der G._____ vorgenommen werden sollte, d.h. dass um Kostengutsprache für einen Eingriff in der G._____ nachgesucht wurde. Erstens stellte sich die Frage eines Eingriffes gar nicht und zweitens ersuchte Dr.med.

F._____ um eine Wiedererwägung des bereits eingereichten Gesuches aufgrund seiner Zweitmeinung.

Schliesslich erhellt aus den Akten, dass Dr.med. F._____ der Beschwerdeführerin mit Datum vom 9. August 2016 einen Kostenplan unterbreitet hat (Bf-act. 5). Demgemäss beliefen sich die Eingriffskosten auf total Fr. 14'474.-- (Fr. 6'800.- zugunsten I._____ und Fr. 7'674.-- zugunsten G._____). Die Beschwerdeführerin wurde aufgefordert, bis drei Wochen vor dem Eingriff ihre Einwilligung unterschriftlich zu bestätigen und die Zahlungen zu leisten. Einen Hinweis oder ein Vorbehalt auf allfällige Kostenübernahme oder -beteiligung durch die OKP enthielt der Kostenplan nicht. Die Beschwerdeführerin unterzeichnete den Kostenplan am 13. September 2016. Daraus erhellt, dass Dr.med. F._____ den Kostenplan erst nach Einreichung des Kostengutsprachegebietes erstellt hat und die Beschwerdeführerin ihre Einwilligung erst nach Ablehnung der Kostenübernahme durch die C._____ Krankenkasse vom 1. September 2016 abgab. Ob Dr.med. F._____ mit ihr die Kostenfrage des Eingriffes tatsächlich nicht besprochen hat (wie dies seine ärztliche Aufklärungspflicht wäre, BGE 127 V 43 Erw. 2) ist daher fraglich, kann aber letztlich offen bleiben. Am 5. Oktober 2016 schliesslich ersuchte die Beschwerdeführerin die C._____ Krankenkasse um eine anfechtbare Verfügung betreffend Kostenübernahme Brustverkleinerung (Vi-act. 1.9). Auch aus diesem Gesuch wurde nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin beabsichtigte, den Eingriff in der G._____ vornehmen zu lassen. Vielmehr begründet sie ihr Ersuchen damit, sie und ihre Ärzte würden den Entscheid der C._____ Krankenkasse (mangelnder Krankheitswert, fehlende Kausalität) nicht verstehen, weshalb sie ihre Rechtsschutzversicherung mit dem Fall beauftragen werde. Am 1. November 2016 erliess die C._____ Krankenkasse die ablehnende Verfügung; bei der geplanten Brustverkleinerung handle es sich nicht um eine Pflichtleistung. Diese ablehnende Haltung gilt generell und unabhängig der Leistungserbringer.

Wenn nun aber die Beschwerdeführerin resp. ihre Ärzte viermal um Kostengutsprache ersuchen und die Versicherung das Vorliegen einer Pflichtleistung viermal mangels Krankheitswert resp. Kausalität ablehnt und die Ablehnung verfügt, die Beschwerdeführerin den Eingriff in der Folge trotzdem ohne weitere Rücksprache mit der Versicherung in der G._____ vornehmen lässt, kann der Versicherung nicht vorgeworfen werden, sie hätte die Beschwerdeführerin informieren müssen, die G._____ sei keine zugelassene Leistungserbringerin. Nur der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass erstens die C._____ Krankenkasse die Leistungsverweigerung bei Leistungen durch die G._____ öffentlich publiziert hat und zweitens sich die Beschwerdeführerin nach Erhalt der ablehnenden Verfügung und noch vor dem Eingriff juristisch be-

raten liess und die J._____ Rechtsschutzversicherung am 11. November 2016 Einsprache gegen die Verfügung eingereicht hat. Die Hospitalisation erfolgte erst am 22. November 2016.

3.4 Nachdem die Beschwerdeführerin den Eingriff nach abgelehnter Kostengutsprache bei einer nicht zugelassenen Leistungserbringerin durchführen liess und der Versicherung keine Verletzung von Art. 27 ATSG vorgeworfen werden kann, besteht kein Raum für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die Fragen des Krankheitswertes der Mammahyperplasie oder deren Ursächlichkeit für die geklagten Beschwerden sowie die Frage, ob die Beschwerden nicht noch konservativ hätten therapiert werden können, sind daher nicht weiter zu prüfen. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht kein Anspruch auf Übernahme der Kosten der durch die G._____ vorgenommenen Mammareduktionsplastik. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

4. Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG). Dem Verfahrensausgang entsprechend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten 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).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Juli 2017

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die 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: 21. August 2017