

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00029

vom 16. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2012.00029

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00029 du 16 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00029 del 16 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1933, war bei der Krankenkasse Wädenswil gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) obligatorisch krankenversichert als an seinem linken Auge am 3. und 18. Mai 2011 je eine Scanning-Laser-Ophthalmoskopie durchgeführt wurde (Urk. 11/4). Die Krankenkasse Wädenswil holte in der Folge einen Bericht des behandelnden Arztes (Urk.

11/4) sowie einen Bericht ihres Vertrauensarztes (Urk. 11/5) ein.

Am 28. Juni 2011 teilte die Krankenkasse Wädenswil dem Versicherten und seinem behandelnden Arzt mit, dass für die erste der drei in Frage stehenden Scanning-Laser-Ophthalmoskopien keine Leistungspflicht bestehe, dass hingegen bei der zweiten und dritten der fraglichen Scanning-Laser-Ophthalmoskopien von einer Leistungspflicht auszugehen sei, weshalb die Kosten für die Letzteren im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, abzüglich der gesetzlichen Kostenbeteiligung, von ihr übernommen werden würden (Urk. 11/6).

Am 24. November 2011 (Urk. 11/7) holte die Krankenkasse Wädenswil zu der am 23. September 2011 durchgeführten Scanning-Laser-Ophthalmoskopie erneut einen Bericht des behandelnden Arztes des Versicherten (Urk. 11/8) sowie anschliessend einen Bericht ihres Vertrauensarztes (Urk. 11/9) ein. Mit Schreiben vom 27. Dezember 2011 (Urk. 11/10) teilte die Krankenkasse Wädenswil dem behandelnden Arzt und dem Versicherten mit, dass sie für die am 23. September 2011 durchgeführte Laser-Scanning-Ophthalmoskopie keine Kostengutsprache erteile, worauf der Versicherte am 22. Februar 2012 (Urk.

11/11) den Erlass einer Verfügung verlangte. Mit Verfügung vom 7. März 2012 (Urk. 3/4) verneinte die Krankenkasse Wädenswil einen Anspruch des Versicherten auf Übernahme der (dritten)

Scanning-Laser-Ophthalmoskopie vom 23. September 2011.

Die vom Versicherten am 3. April 2012 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 3/6) wies die Krankenkasse Wädenswil mit Entscheidung vom 20. April 2012 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

E. 1.2

Gemäss Art. 1a Abs. 2 lit . a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) gewährt die soziale Krankenversicherung Leistungen bei Krankheit (Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), wobei Krankheit nach Art. 3 Abs. 1 ATSG jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit ist, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (vgl. Gebhard Eugster , ATSG und Krankenversicherung, in: SZS 47/2003, S. 216 f.). 1. 3

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Kranken pflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit . a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Mass gabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG übernimmt die obliga torische Krankenpflegeversicherung die Kosten für jene Leistungen, die der Di agnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Darunter fallen nach Art. 25 Abs. 2 lit . a KVG die von Ärzten durchgeführten Untersu chungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen. 1. 4

Die Leistungen nach den Art. 25-31 KVG, somit auch die ärztliche Behandlung, müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG).

Die Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 32 Abs. 1 und Art. 56 Abs. 1 KVG bezieht sich nicht nur auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Mass nahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, so etwa auf die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder (teil-)stationär durchzuführen ist (BGE 126 V 334 E. 2b). Geprüft wird unter diesem Kriterium das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Massnahme, wobei die Krankenversicherer das Recht haben, die Übernahme von unnötigen therapeutischen Vorkehren oder von sol chen Massnahmen, die durch weniger kostspielige ersetzt werden können, abzulehnen (BGE 130 V 532 E. 2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_703/2012 vom 11. Juli 2013 E. 3.31). 1. 5

Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschrän ken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck er forderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinaus gehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG). 1. 6

In Art. 57 KVG ist die Stellung der Vertrauensärzte geregelt. Diese beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Abs. 4). Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen (Abs. 5). 1. 7

Zur Wahrung der Prinzipien der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirt schaftlichkeit sieht Art. 33 KVG ein System zur Be zeichnung der vergütungsfä higen Leistungen vor. Die in Art. 33 KVG veran kerte gesetzliche Ordnung un terscheidet dabei danach, um welche Art von Leistungserbringern und/oder um

welche Art von erbrachten Leistungen es geht. Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (Art. 33 Abs. 1 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV). Er legt den Umfang der Vergütungspflicht bei neuen oder umstrittenen Leistungen fest, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (Art. 33 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. c KVV). Der Bundesrat setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten (Art. 33 Abs. 4 erster Satz KVG). Laut Art. 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) bezeichnet der Anhang 1 zur Verordnung diejenigen Leistungen, die nach Artikel 33 lit. a und c KVV von der Leistungskommission geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (lit. a), nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden (lit. b) oder nicht übernommen werden (lit. c). 1. 8

Art. 33 Abs. 1 KVG erteilt dem Bundesrat somit im Bereich der ärztlichen und chiropraktorisches Heilwendungen die Befugnis zur Bezeichnung einer Negativliste, die abschliessend ist (BGE 125 V 21 E. 5b). Diese gesetzliche Ordnung enthält insofern eine für die Versicherten vorteilhafte Ordnung, als im Falle einer seitens eines Arztes oder Chiropraktors erbrachten Leistung die Kostenvorgütungspflicht der Kasse zu bejahen ist, sofern die ärztlich erbrachte Leistung nicht von der Kostenvergütungspflicht ausgenommen worden ist. Die von Ärzten und Chiropraktoren durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen gelten somit vermutungsweise als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (Art. 32 Abs. 1 KVG) und sind kostenvergütungspflichtig, sofern sie nicht in der vom Bundesrat respektive vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) erstellten, abschliessenden Negativliste von der Leistungspflicht ausgenommen sind (BGE 136 V 84 E. 2.1 mit Hinweisen). Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene ärztliche oder chiropraktorisches Therapie unwirksam, unzureichend oder unwirtschaftlich sei (Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen (BGE 129 V 167 E. 3.2).

E. 1.9

Nach der Rechtsprechung (BGE 125 V 21 E. 6a; 124 V 185 E. 6) auferlegen sich die Gerichte bei Prüfung der Frage, ob eine Leistung zu Recht im Anhang 1 zur KLV als ärztliche Nichtpflichtleistung aufgeführt ist, einer grossen Zurückhaltung. Denn einerseits handelt es sich bei der KLV um eine departementale Verordnung, deren Änderung und fortlaufende Anpassung an die Bedürfnisse der Praxis einfach ist; einer Beschlussfassung durch den Gesamtbundesrat bedarf es nicht. Andererseits liegt der Aufzählung der ärztlichen Pflicht- und Nichtpflichtleistungen im Anhang 1 zur KLV eine Konsultation der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen zugrunde (Art. 1 KLV in Verbindung mit Art. 33 lit. a und Art. 37a lit. a KVV). Demgegenüber würde eine richterliche Ergänzung der Liste ohnehin eine vorgängige Anhörung von Experten voraussetzen, was geraume Zeit in Anspruch nähme und erst noch den Nachteil hätte, dass im Falle einer richterlichen Ergänzung die Liste der Krankheiten nicht auf einheitlicher fachmännischer Beurteilung beruhen würde (BGE 124 V 185 E. 6). Denn bei Sachverhalten, welche ausschliesslich medizinische und pharmazeutische Fragen

beschlagen sind die Gerichte im Allgemeinen nicht in der Lage, zu beurteilen, ob die Schlussfolgerungen der Fachleute stichhaltig sind, weshalb sie sich deren Meinung anschliessen, sofern sie nicht als unhaltbar scheint (RKUV 2000 Nr. KV 120 S. 165 E. 3c/aa mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts K 135/02

vom 28. Juli 2003 E. 4.3). 2. 2. 1

Sodann kommt dem Verordnungsgeber bei der Aufnahme von medizinischen Massnahmen in die Liste des Anhangs 1 zur KLV ein Gestaltungsspielraum zu (BGE 125 V 21 E. 6a). Auch aus diesem Grunde sowie aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit überprüfen die Gerichte im konkreten Einzelfall grundsätzlich lediglich die Übereinstimmung der vom Departement getroffenen Regelung mit Verfassung und Gesetz, namentlich ob diese sich im Rahmen der durch die Delegationsnormen (Art. 33 Abs. 1 und 3 KVG und Art. 33 lit. a und c KVV) gezogenen Schranken hält und nicht dem Willkürverbot widerspricht, und legen sich insbesondere was die Ergänzung der Liste in Anhang 1 KLV betrifft eine grosse Zurückhaltung auf (RKUV 2000 Nr. KV 138 S. 358 f.; BGE 124 V 185 E. 6.3). Diese Liste gilt in Bezug auf die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht zu übernehmenden medizinischen Leistungen bis zum Nachweis des Gegenteils als vollständig (RKUV 2000 Nr. 138 S. 359 E. 2b). Der Liste der ärztlichen Pflicht- und Nichtpflichtleistungen im Anhang 1 zur KLV kommt sodann Publizitätswirkung zu. Sie dient der Rechtssicherheit und auch dem Gleichbehandlungsgebot (vgl. zur Spezialitätenliste: RKUV 2003 Nr. KV 260 S. 302 E. 3.1.1). 2. 2

In der seit 1. Januar 2004 beziehungsweise seit 1. August 2008 gültigen Fassung des Anhangs 1 zur KLV wird die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für eine Scanning-Laser-Ophthalmoskopie am Zentrum, an dem der Eingriff beziehungsweise die Behandlung durchgeführt werden soll, bei folgenden Indikationen bejaht: - Bei schwer behandelbarem Glaukom zur Indikationsstellung für chirurgischen Eingriff - Indikationsstellung für Behandlungen der Retina. 3. 3. 1

Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 7. März 2012 (Urk. 3/4) und in dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 20. April 2012 (Urk. 2) davon aus, dass die dritte der drei durchgeführten Scanning-Laser-Ophthalmoskopien

ausschliesslich der Kontrolle und der Beurteilung des weiteren Verlaufs gedient habe, weshalb diesbezüglich ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu verneinen sei. 3. 2

Der Beschwerdeführer bringt hiegegen vor, dass die Durchführung der dritten Scanning-Laser-Ophthalmoskopie vom 23. September 2011 der Bestandesaufnahme vor der Wiederaufnahme einer erneuten Behandlung gedient habe, weshalb diesbezüglich ein Anspruch auf Kostenübernahme ausgewiesen sei (Urk. 6). 3.3

Im Streit steht daher der Anspruch des Beschwerdeführers auf anteilmässige Übernahme der Kosten der an seinem linken Auge am 23. September 2011 durch die Ärzte der Y.____, Z.____, durchgeführten Scanning-Laser-Ophthalmoskopie. 4. 4. 1

Vorweg zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer gestützt auf den Grundsatz von Treu und Glauben Anspruch auf Übernahme der Kosten der am 23. September 2011 durchgeführten Scanning-Laser-Ophthalmoskopie hat. 4. 2

Der Vertrauensschutz ist in Art. 9 der Bundesverfassung (BV) verankert. Nach ständiger Rechtsprechung verleiht der dort geregelte Grundsatz von Treu und Glauben Anspruch auf

Schutz des berechtigten Vertrauens in behördliche Zusicherungen oder sonstiges, bestimmte Erwartungen begründendes Verhalten der Behörden (BGE 130 I 26 E. 8.1) und bedeutet unter anderem, dass falsche Auskünfte von Verwaltungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen eine vom materiellen Recht abweichende Behandlung der Rechtsuchenden gebieten. Gemäss der Rechtsprechung (BGE 129 I 161 E. 4.1, 128 II 112 E. 10b/aa, 127 I 31 E. 3a, BGE 126 II 377 E. 3a) ist eine falsche Auskunft bindend, 1. wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat;

2. wenn sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn die rechtsuchende Person die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte; 3. wenn die Person die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte; 4. wenn sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können; 5. wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat. Schliesslich scheidet die Berufung auf Treu und Glauben dann, wenn ihr über wiegende öffentliche Interessen gegenüberstehen. 4.3

Das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2011 an den Beschwerdeführer und an dessen behandelnden Arzt hat folgenden Wortlaut (Urk. 11/6): „ (...) Es stehen somit drei Untersuchungen zur Diskussion. Die erste muss aufgrund der Schilderungen als nicht KLV Anhang 1 entsprechend eingestuft werden. Sie diene primär diagnostischen Zwecken und erst sekundär der Behandlung der Netzhaut. Bei den danach folgenden Scanning Laser Ophthalmoskopien hingegen musste die Indikationsstellung der Netzhautbehandlung überprüft bzw. jeweils neu gestellt werden. Hier muss ich von einer Leistungspflicht ausgehen. Somit kann die Krankenkasse Wädenswil die Kosten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, abzüglich der gesetzlichen Kostenbeteiligung übernehmen“ . 4.4

Die Beschwerdegegnerin erkannte in der Verfügung vom 7. März 2012 (Urk. 3/4), dass beim Beschwerdeführer eine Scanning-Laser-Ophthalmoskopie durchgeführt worden sei, um eine Veränderung der Makula ausschliessen zu können. Dabei sei ein Ödem festgestellt worden, welches sich unter Behandlung bis zu einer Kontrolluntersuchung am 18. Mai 2011 mit einer weiteren Scanning-Laser-Ophthalmoskopie deutlich zurückgebildet habe. Nach Absetzen der Behandlung wegen Nebenwirkungen sei zu Kontrollzwecken die Durchführung einer weiteren Scanning-Laser-Ophthalmoskopie Ende Juni 2011 vorgesehen gewesen. Diese Untersuchung sei schliesslich im September 2011 durchgeführt worden. Während sie für die erste der durchgeführten Scanning-Laser-Ophthalmoskopien vorerst mit Schreiben vom 28. Juni 2011 einen Anspruch auf Kostenübernahme verneint habe, habe sie für die zweite und die dritte der drei ersten Scanning-Laser-Ophthalmoskopien vorerst eine Leistungspflicht anerkannt. Auf Grund des Berichts ihres Vertrauensarztes vom 14. Dezember 2011 habe sie jedoch eine neue Beurteilung vorgenommen und nun eine Leistungspflicht für die beiden ersten Scanning-Laser-Ophthalmoskopien anerkannt und eine solche für die dritte Scanning-Laser-Ophthalmoskopie verneint (S. 1). 4.5

Dem obenerwähnten Wortlaut der Verfügung vom 7. März 2012 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin ihr Schreiben vom 28. Juni 2011 (Urk. 11/6) dahingehend verstanden hat, dass sie darin eine Leistungspflicht für die erste der durchgeführten Scanning-Laser-Ophthalmoskopien verneint, jedoch eine Leistungspflicht für die zweite und die dritte der drei ersten Scanning-Laser-Ophthalmoskopien anerkannt hatte. Der

Beschwerdeführer durfte und musste das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2011 nach Treu und Glauben daher so verstehen, dass die Beschwerdegegnerin darin ihre Leistungspflicht für die zu diesem Zeitpunkt noch nicht durchgeführte dritte Scanning-Laser-Ophthalmoskopie bejahte. 4.6

Das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2011 an den Beschwerdeführer hatte daher eine konkrete Zusicherung, die Kosten der noch ausstehenden dritten Scanning-Laser-Ophthalmoskopie zu übernehmen, zum Inhalt. In sofern stellt dieses Schreiben der Beschwerdegegnerin eine genügende Vertrauensgrundlage dar. Bei der Beschwerdegegnerin handelte es sich sodann um die für die Auskunfterteilung zuständige Behörde. Auch wenn es sich dabei inhaltlich allenfalls um eine unrichtige Auskunft gehandelt haben sollte, konnte der Beschwerdeführer eine allfällige Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen. Der Beschwerdeführer, welcher

in der Folge sich einer dritten Scanning-Laser-Ophthalmoskopie unterzog, hat dadurch im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft der Beschwerdegegnerin Dispositionen getroffen, welche er nicht ohne Nachteil rückgängig machen konnte. 4.7

In Bezug auf die Kosten der dritten Scanning-Laser-Ophthalmoskopie vom 23. September 2011 sind auf Seiten des Beschwerdeführers daher die Voraussetzungen für eine Berufung auf Vertrauensschutz erfüllt, und es ist unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes der Anspruch des Beschwerdeführers auf anteilmässige Übernahme der Kosten der Scanning-Laser-Ophthalmoskopie vom 23. September 2011 zu bejahen. 4.8

Unter diesen Umständen kann die Frage, ob es sich bei der dritten Scanning-Laser-Ophthalmoskopie vom 23. September 2011 um eine ärztliche Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Sinne von Art. 33 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a KVV und Anhang 1 zur KLV handelte, offen gelassen werden. In diesem Sinne ist die Beschwerde daher gutzuheissen.

Die Einzelrichterin erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Krankenkasse Wädenswil vom 20. April 2012 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf anteilmässige Übernahme der Kosten der am 23. September 2011 an seinem linken Auge durchgeführten augenärztlichen Behandlung im Sinne einer Scanning-Laser-Ophthalmoskopie hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Krankenkasse Wädenswil - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Einzelrichterin Der Gerichtsschreiber KächVolz FK/VM/BS versandt

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 20. April 2012 (Urk. 2) erhob der Versicherte am

E. 7

Mai 2012 (Poststempel; Urk. 1) Beschwerde und beantragte sinn gemäss, dieser sei aufzuheben und die Krankenkasse Wädenswil sei zu verpflichten, die Kosten der dritten Scanning-Laser-Ophthalmoskopie vom 23. September 2011 zu übernehmen (Urk. 1 und Urk. 6).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2012 (Urk. 10) beantragte die Krankenkasse Wädenswil die Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 10

S. 2). Eine Kopie der Eingabe wurde dem Versicherten am 21. Juni 2012 zugestellt (Urk.

E. 12

). Die Einzelrichterin zieht in Erwägung: 1.

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