

# BGE 151 V 158

Bundesgericht (BGE), 2024-10-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge\\_151 V 158](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_151_V_158)

FR: ATF 151 V 158

IT: DTF 151 V 158

## Regeste

Regeste Art. 32, 41, 42, 56 und 62 KVG; Art. 90c und 99 KVV; Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien). Die Überprüfung der WZW-Kriterien durch den Krankenversicherer resp. die Anordnung von Massnahmen zur Gewährleistung derselben als Voraussetzungen der Kostenübernahme von Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) stützt sich unmittelbar auf Art. 32 KVG. Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit kann sich in gewissen Konstellationen auch prospektiv oder während einer laufenden Behandlung rechtfertigen (E. 3.1-3.4). Der Grundsatz der freien Arztwahl bzw. die Pflichtleistungsvermutung ändern nichts daran, dass jede durch einen Leistungserbringer verordnete Behandlung den WZW-Kriterien zu genügen hat. Daraus lässt sich ableiten, dass der Krankenversicherer in begründeten Einzelfällen auch unabhängig von einem vertraglich vereinbarten sog. Gatekeeper-Modell einen "Behandlungspfad" durch eine federführende medizinische Institution als Erstanlaufstelle anordnen darf (E. 6).

## Erwägungen

### E. 3.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen ( Art. 25 Abs. 1 KVG ). Die entsprechenden Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein ( Art. 32 Abs. 1 KVG ; sog. WZW-Kriterien) und werden periodisch dahingehend überprüft ( Art. 32 Abs. 2 KVG ). Leistungserbringer haben sich in ihren Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist ( Art. 56 Abs. 1 KVG ). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden ( Art. 56 Abs. 2 Satz 1 KVG ).

### E. 3.2

Die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gehören zu den grundlegenden, kumulativ zu erfüllenden BGE 151 V 158 S. 161 Voraussetzungen der von der OKP zu übernehmenden Leistungen ( BGE 125 V 95 E. 2a; Urteil K 39/01 vom 14. Oktober 2002 E. 1.2). Sie stellen die allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen dar (Urteil K 42/00 vom 21. September 2000 E. 2d, in: RKUV 2000 KV Nr. 135 S. 338) und bezwecken, eine effiziente, qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen ( BGE 127 V 80 E. 3c/aa; Urteil 9C\_702/2023 vom 15. Februar 2024 E. 4.2 mit Hinweisen, in: SVR 2024 KV Nr. 8 S. 34). Sie sind auf zwei Ebenen zu beachten: Zum einen bei der Bezeichnung der von der OKP zu vergütenden Leistungen durch den Verordnungsgeber, in welchem Bereich sie die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen einschränken, und zum andern als Vergütungsvoraussetzung

im konkreten Einzelfall, in dem der Leistungserbringer stets zu prüfen hat, ob die Voraussetzungen vorliegen. Art. 32 KVG enthält mithin eine allgemeingültige Regel, der stets Rechnung zu tragen ist - sowohl bei den generellen Festlegungen des Verordnungsgebers als auch bei der Beurteilung der jeweiligen einzelnen Konstellation (OGGIER/VOKINGER, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, N. 3 f. zu Art. 32 KVG ; GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG [nachfolgend: Rechtsprechung], 2. Aufl. 2018, N. 1 zu Art. 32 KVG ; GÄCHTER/RÜTSCHKE, Gesundheitsrecht, Ein Grundriss für Studium und Praxis, 2018, S. 274 Rz. 1055).

### **E. 3.2.1**

Die Überprüfung der WZW-Kriterien durch den Krankenversicherer resp. die Anordnung von Massnahmen zur Gewährleistung derselben kann sich folglich entgegen dem von der Beschwerdeführerin Vertretenen unmittelbar auf Art. 32 KVG stützen. So hat bereits das damalige Eidg. Versicherungsgericht (EVG) mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot (dazu Näheres in E. 3.3.3 hiernach) erkannt, dieses ergebe sich - neben dem heutigen Art. 32 Abs. 1 KVG - auch aus Art. 56 Abs. 1 KVG, wonach der Leistungserbringer seine Leistungen auf das Mass beschränken müsse, welches das Interesse der versicherten Person und der Zweck der Behandlung erfordere. Die Krankenversicherer seien daher berechtigt, die Übernahme der Kosten für unnötige therapeutische Massnahmen oder für Massnahmen, die durch andere, weniger kostspielige Vorkehren hätten ersetzt werden können, zu verweigern; sie seien dazu sogar verpflichtet, da sie für die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu sorgen hätten ( BGE 127 V 43 E. 2b mit Hinweisen u.a. auf BGE 125 V 95 E. 2b; Urteil K 75/97 BGE 151 V 158 S. 162 vom 17. März 1998 E. 7, nicht publ. in: BGE 124 V 128, aber in: SVR 1999 KV Nr. 6 S. 11).

### **E. 3.2.2**

In Bezug auf die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer stationären Behandlung hatte das EVG im erwähnten BGE 127 V 43 (E. 2e) erkannt, der Krankenversicherer habe nicht nur das Recht, sondern sei auch verpflichtet, diese mit Hilfe seines vertrauensärztlichen Dienstes zu kontrollieren. Die Wirksamkeit einer derartigen Kontrolle setze indes voraus, dass sie vor der Behandlung oder währenddessen ausgeübt werden könne, da die behandelnde Ärzteschaft nach einer berechtigten Intervention durch den vertrauensärztlichen Dienst möglicherweise eine kostengünstigere Massnahme als den Verbleib der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus verschreiben müsse. Eine solche Vorabkontrolle der Wirtschaftlichkeit der Behandlung finde in der Regel statt, wenn der Krankenversicherer als Drittzahler auftrete. Sie sei aber im System des Tiers garant ( Art. 42 Abs. 1 KVG [die Versicherten schulden den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung und haben gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung]) ebenfalls denkbar, auch wenn diesfalls aus offensichtlichen praktischen Gründen eine Kontrolle meist erst im Nachgang stattfinde. So sei eine vorherige vertrauensärztliche Kontrolle höchststrichterlich etwa in einem Fall als wünschenswert beurteilt worden, in dem es um die Durchführung einer kostspieligen medikamentösen Behandlung gegangen sei, bei der eine missbräuchliche Verschreibung oder Abgabe von Medikamenten nicht habe ausgeschlossen werden können (Urteil K 85/81 vom 16. Juni 1983 E. 3b und c, in: RKUV 1984 K Nr. 566 S. 26). Es liege zudem auch im Interesse der Patienten, auf eine Weise behandelt zu werden, die den Kriterien der Wirtschaftlichkeit entspreche, damit die

Leistungen des Anbieters von der OKP erstattet würden. Eine Kontrolle vor oder während der Behandlung könne den Patienten finanzielle Unannehmlichkeiten und je nach Fall sogar wirtschaftliche Probleme ersparen. Neben den auf einem Rechtserlass (KVV [SR 832.102], KLV [SR 832.112.31], Spezialitätenliste [SL], Analysenliste) oder einem zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer geschlossenen Vertrag beruhenden, vorgängig erforderlichen Kostengutsprachen sowie der im Anhang 1 KLV und in der SL resp. der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) vorgesehenen, vor Behandlungsbeginn einzuholenden Genehmigung des vertrauensärztlichen Dienstes (dazu Art. 58h Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Art. 57 Abs. 4 Satz 2 KVG ) BGE 151 V 158 S. 163 kann sich eine Wirtschaftlichkeitskontrolle daher auch in anderen Fällen prospektiv oder während einer laufenden Behandlung rechtfertigen (so ebenfalls EUGSTER, Rechtsprechung, a.a.O., N. 5 zu Art. 56 KVG ). Dies dürfte sich in erster Linie bei längerdauernden Behandlungszyklen mit einem Koordinierungsbedarf als sinnvoll erweisen.

### **E. 3.3.1**

Eine Leistung gilt als wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten medizinischen (diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen) Nutzen hinzuwirken bzw. wenn sie den Verlauf einer Krankheit günstig beeinflusst (OGGIER/VOKINGER, a.a.O., N. 6 zu Art. 32 KVG ; EUGSTER, Rechtsprechung, a.a.O., N. 2 ff. zu Art. 32 KVG ; vgl. auch BGE 143 V 95 E. 3.1 mit Hinweisen; BGE 133 V 115 E. 3.1). Der Behandlungserfolg im Einzelfall ist von den Begleitumständen der Patientin oder des Patienten, beispielsweise Komorbiditäten oder Alter, abhängig (OGGIER/VOKINGER, a.a.O., N. 13 zu Art. 32 KVG ).

### **E. 3.3.2**

Zweckmässig ist jene Anwendung, die gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken aus vorausschauender Sicht den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen im Einzelfall aufweist (OGGIER/VOKINGER, a.a.O., N. 12 ff. zu Art. 32 KVG ; EUGSTER, Rechtsprechung, a.a.O., N. 9 ff. zu Art. 32 KVG ; ferner BGE 130 V 299 E. 6.1, BGE 130 V 532 E. 2.2).

### **E. 3.3.3**

Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit dient als Massstab für die Auswahl unter den wirksamen und zweckmässigen Behandlungsalternativen. Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen gilt die kostengünstigste Alternative als wirtschaftlich; zwischen Kosten und Nutzen soll ein optimales Verhältnis erreicht werden. Eine vergleichsweise grössere medizinische Zweckmässigkeit kann die Übernahme einer teureren Applikation rechtfertigen ( BGE 139 V 135 E. 4.4; BGE 130 V 532 E. 2.2; ferner OGGIER/VOKINGER, a.a.O., N. 15 ff. zu Art. 32 KVG ; EUGSTER, Rechtsprechung, a.a.O., N. 13 ff. zu Art. 32 KVG ). Unwirksame und unzweckmässige Behandlungen sind stets auch unwirtschaftlich (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 510 Rz. 336 mit Hinweisen).

### **E. 3.4**

Zur Wahrung dieser für das Leistungsrecht der OKP fundamentalen Prinzipien der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sieht Art. 33 KVG ein System zur Bezeichnung der vergütungsfähigen Leistungen vor. Die in BGE 151 V 158 S. 164 Art. 33 KVG verankerte gesetzliche Ordnung unterscheidet dabei danach, um welche Art von Leistungserbringern und/oder um welche Art von erbrachten

Leistungen (Leistungsarten) es geht ( BGE 129 V 167 E. 3.2). Nach Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärztinnen oder Ärzten oder von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der OKP nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (vgl. Art. 33 lit. a KVV und Art. 1 KLV in Verbindung mit Anhang 1 KLV). Art. 33 Abs. 1 KVG erteilt dem Bundesrat somit im Bereich der ärztlichen und chiropraktorisches Heilanwendungen die Befugnis zur Bezeichnung einer Negativliste, die abschliessend ist ( BGE 125 V 21 E. 5b). Diese gesetzliche Ordnung enthält insofern eine für die um Kostenvergütung ersuchende versicherte Person vorteilhafte Ordnung, als im Falle einer beispielsweise ärztlicherseits erbrachten Leistung die Kostenvergütungspflicht der Kasse zu bejahen ist, sofern jene nicht (seitens des Bundesrats bzw. des Eidgenössischen Departements des Innern nach Anhörung der beratenden Kommissionen; Art. 33 Abs. 5 KVG ) explizit von der Kostenvergütungspflicht ausgenommen worden ist. Die von Ärztinnen und Ärzten als Angehörige eines freien Berufes applizierten Heilanwendungen haben somit die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die OKP entsprechen ( BGE 125 V 21 E. 5b). Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene ärztliche (oder chiropraktorisches) Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei ( Art. 32 Abs. 1 KVG ), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (z.B. durch Einholung eines Gutachtens) und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen ( BGE 129 V 167 E. 3.2 und 4; vgl. auch BGE 136 V 84 E. 2.1). Die Pflichtleistungsvermutung kann somit im Einzelfall durch den Krankenversicherer im Rahmen einer Verfügung oder gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG durch den Verordnungsgeber im Sinne einer abschliessenden Negativliste umgestossen werden (Urteil 9C\_702/ 2023 vom 15. Februar 2024 E. 4.3 mit diversen Hinweisen, in: SVR 2024 KV Nr. 8 S. 34; VOKINGER/ZOBL, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, N. 2 zu Art. 33 KVG ).

### **E. 3.5**

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG kommt dem Versicherungsträger die Aufgabe zu, die notwendigen Abklärungen von Amtes vorzunehmen. BGE 151 V 158 S. 165 Er holt dazu die zur Prüfung der Leistungsbegehren erforderlichen Auskünfte ein. Soweit ärztliche oder anderweitige fachspezifische Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat die versicherte Person sich diesen zu unterziehen. Der Versicherungsträger kann zu diesem Zweck u.a. ein Gutachten bei einer unabhängigen sachverständigen Person veranlassen ( Art. 44 ATSG ).

### **E. 4.1**

Die Beschwerdeführerin wurde auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin fachärztlich durch die Psychiaterin Dr. med. B. begutachtet. In der Expertise vom 19. September 2022 kam die Gutachterin zum Schluss, die Explorandin leide an einer artifiziellen Störung (ICD-10 F68.1), einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (emotional-instabil, abhängig, ängstlich, anankastisch, hypochondrisch; ICD-10 F61), einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), psychischen und Verhaltensstörungen durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom (nach ärztlicher Verordnung), gegenwärtig abstinent (ICD-10 F11.20), sowie durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch nach ärztlicher Verordnung (ICD-10 F13.80) oder low-dose-dependency (ICD-10 F33.4), einem schädlichen Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden

Substanzen, Analgetika (ICD-10 F55.2), einer rezidivierenden depressiven Störung, überwiegend remittiert (ICD-10 F33.4), einem Status nach zwei- bis dreimaligem Suizidversuch (Medikamente, Strangulation; ICD-10 X84) sowie an einem Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete Essstörung (ICD-10 F50.9). Zusammenfassend gelangte Dr. med. B. zum Ergebnis, die Explorandin nehme zwar eine grundsätzlich als wirksam und zweckmässig zu bewertende psychiatrische Behandlung in Anspruch, die aber nicht ausreichend störungsspezifisch sei. So würden insbesondere wegen der artifiziellen Störung Defizite in der Krankheitseinsicht und Therapiemotivation bestehen, welche die konsequente und langfristige Inanspruchnahme einer optimierten und effektiven Therapie be- und verhinderten. Auf Grund der komplexen somatischen, somatoformen und psychiatrischen Verzahnung und Interaktion der Störungsbilder sei bei der weiteren Behandlung eine interdisziplinäre Kommunikation und Führung mit einem abgestimmten Vorgehen unabdingbar. Eine koordinierte Behandlung in einer polydisziplinären Institution erscheine für eine optimale Therapie hinsichtlich der WZW-Kriterien wünschenswert oder sogar unverzichtbar. Hierzu sei aus gutachterlicher Sicht einem Kompetenzzentrum mit interdisziplinärer Zusammenarbeit in BGE 151 V 158 S. 166 komplexen Fällen gegenüber der bisherigen Behandlung durch den Hausarzt Dr. med. C., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, und den Psychiater Dr. med. D., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eindeutig der Vorzug zu geben. Es sei somit eine Leistungskoordination im Sinne eines Gatekeepings vor dem Hintergrund des psychiatrischen Störungsbilds notwendig; ein anderes Verfahren oder Vorgehen erfülle die WZW-Kriterien nicht.

#### **E. 4.2**

Die Vorinstanz hat dem nach Massgabe von Art. 44 ATSG durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten samt den daraus gezogenen Schlüssen uneingeschränkten Beweiswert im Sinne der hierfür geltenden Anforderungskriterien (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a) zuerkannt. Insbesondere habe auch der langjährige behandelnde Psychiater Dr. med. D. die gutachterliche Beurteilung im Ergebnis und insbesondere betreffend Diagnostik, Empfehlung und Behandlungskonzept nicht in Frage gestellt. Die Beschwerdeführerin wendet dagegen vor dem Bundesgericht nichts Substantielles ein, weshalb - Anhaltspunkte für offenkundige Mängel sind nicht auszumachen - darauf abzustellen ist (vgl. nicht publ. E. 1).

#### **E. 5.1**

Gestützt auf die Ausführungen der Dr. med. B. ist das kantonale Gericht zum Schluss gelangt, die bisherige unkoordinierte Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch die Beschwerdeführerin ("Ärztelisting") sei als unwirksame und unzweckmässige Behandlungsmethodik und der von der Beschwerdegegnerin angestrebte koordinierte Behandlungspfad daher als grundsätzlich probates und zulässiges Instrument einzustufen. Die dieses umsetzende Anordnung müsse jedoch dergestalt konkretisiert bzw. vervollständigt werden, dass die Einsprachegegnerin im Rahmen der OKP mit Wirkung ab dem 30. April 2023 ausschliesslich Kosten für diejenigen Leistungen übernehme, welche von einem den Anforderungen gemäss dem psychiatrischen Gutachten der Dr. med. B. vom 19. September 2022 entsprechenden und vom vertrauensärztlichen Dienst der Einsprachegegnerin vorgängig bewilligten Gatekeeper selbst erbracht oder (bspw. durch schriftliche Überweisung) bei Dritten veranlasst würden. Die Einsprecherin könne einen Gatekeeper vorschlagen; im Falle von Uneinigkeit oder bei Ausbleiben eines Vorschlags

entscheide die Einsprachegegnerin über den einzusetzenden Gatekeeper. Ausgenommen von dieser Regelung seien jährliche gynäkologische BGE 151 V 158 S. 167 Vorsorgeuntersuchungen sowie ausgewiesene Notfälle, wobei der Notfallbegriff von Art. 41 KVG massgebend sei. Diese Anordnung gelte bis zu ihrem Widerruf durch die Einsprachegegnerin oder solange sie sich als medizinisch notwendig erweise.

### **E. 5.2**

Dem hält die Beschwerdeführerin zum einen entgegen, der angeordneten Massnahme fehle es an einer gesetzlichen Grundlage; zum andern bewirke sie einen unrechtmässigen Eingriff in ihre (verfassungsmässigen) Grundrechte.

### **E. 6.1**

Unstrittig hat die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin im Grundversicherungsbereich das "Standard-Versicherungsmodell" BASIS abgeschlossen, das insbesondere das Recht beinhaltet, für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung geeignet sind, frei wählen zu können ( Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG ). Keinen Gebrauch gemacht hat die Beschwerdeführerin von der Möglichkeit, ihr Wahlrecht gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG (in Verbindung mit Art. 99 Abs. 1 KVV ) im Einvernehmen mit der Beschwerdegegnerin auf Leistungserbringer zu beschränken, welche diese im Hinblick auf eine kostengünstigere - und für die versicherten Personen regelmässig mit einer Prämienermässigung einhergehende - Versorgung ausgewählt hat ( Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG ; Art. 90c KVV ) mit der Folge, dass nur die Kosten für diejenigen Leistungen zu übernehmen sind, die von den betreffenden Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst wurden (sog. Gatekeeper-Modelle; vgl. dazu Urteil 9C\_878/2013 vom 14. Oktober 2014 E. 2.1 f., in: SVR 2015 KV Nr. 9 S. 36; ferner eingehend VOKINGER/ROHNER, Gatekeeper-Modelle und Obligatorische Krankenpflegeversicherung, Rechtliche Würdigung eines neuen Standardmodells, Jusletter 7. November 2022).

### **E. 6.2**

Die von Dr. med. B. empfohlene und vorinstanzlich bestätigte Massnahme im Sinne der vorgängigen Festlegung eines "Behandlungspfads" durch eine federführende medizinische Institution als Erstanlaufstelle ("Gatekeeper") findet ihre Stütze mithin nicht in einem von der Beschwerdeführerin explizit gewählten entsprechenden Versicherungsmodell. Vielmehr bildet sie nach Auffassung von Vorinstanz und Beschwerdegegnerin unmittelbar Ausfluss der sich in den WZW-Kriterien manifestierenden allgemeinen Leistungsvoraussetzungen der OKP. Zu prüfen ist daher, ob diese Vorgehensweise grundsätzlich als rechtmässig einzustufen ist und sich im BGE 151 V 158 S. 168 Speziellen mit dem in Art. 41 Abs. 1 KVG statuierten Grundsatz der freien Arztwahl resp. der Pflichtleistungsvermutung hinsichtlich ärztlich verordneter Behandlungen vereinbaren lässt.

#### **E. 6.3.1**

Was zunächst die von der Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe explizit angerufene Pflichtleistungsvermutung anbelangt, kann diese, wie in E. 3.4 hiavor dargelegt, durch den Krankenversicherer im Einzelfall (etwa mittels einer medizinischen Expertise) umgestossen werden, wenn sich die vorgesehenen Heilanwendungen als unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich erweisen. Gleiches gilt mit Blick auf das in Art. 41 Abs. 1 KVG verankerte Prinzip der freien Arztwahl, steht der Pflichtleistungscharakter jeder darauf beruhenden ärztlichen Behandlung doch ebenfalls stets unter dem allgemeinen Vorbehalt

der WZW-Kriterien (so E. 3.2 hiervor). Erscheint eine ins Auge gefasste Therapie oder Behandlung im Lichte der bereits in Anspruch genommenen Massnahmen schon vorgängig als nicht mit diesen Anforderungen kompatibel, wofür der Krankenversicherer die Beweislast trägt, ist es deshalb zulässig, diese prospektiv abzulehnen (dazu E. 3.2.2 hiervor).

### **E. 6.3.2**

Die Beschwerdegegnerin hat auf dieser Basis die Gutachtenserstellung bei Dr. med. B. in die Wege geleitet und gestützt auf deren Empfehlungen das weitere Behandlungskonzept, vorinstanzlich bestätigt, festgelegt. Dass es sich dabei um ein nicht dem Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- oder Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechendes Behandlungssetting handeln sollte, wird auch seitens der Beschwerdeführerin nicht substantiiert ins Feld geführt. Allein der Umstand, dass nicht nur eine einzelne therapeutische Massnahme zur Diskussion steht, sondern ein gesamtheitliches, koordiniertes Vorgehen mittels Gatekeeping angestrebt wird, ändert daran nichts. Vor diesem Hintergrund vermögen weder der blosse Hinweis auf die Pflichtleistungsvermutung noch der Grundsatz der freien Arztwahl die Rechtswidrigkeit der fraglichen Anordnung zu bewirken.

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