

# LU\_GERICHTE S 96 836 vom 27. April 1998

LU Gerichte, 1998-04-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu\\_gerichte\\_S\\_96\\_836](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_S_96_836)

FR: LU\_GERICHTE S 96 836 du 27 avril 1998

IT: LU\_GERICHTE S 96 836 del 27 aprile 1998

## Regeste

Art. 6 Ziff. 1 EMRK; Art. 4 BV; Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 und 2, Art. 23 und 30 Abs. 1 KUVG; Art. 21 Abs. 1 Vo III KUVG; Art. 1 und 2 Vo 8 des EDI KUVG; Art. 25, 32, 80 KVG; Art. 2 Abs. 1 und 2, Art. 3 KLV. Formloser Entscheid der Krankenkasse; Prüfungs- und Überlegungsfrist des Versicherten. Wiedererwägung; prozessuale Revision. Psychotherapie; Pflichtleistung; Leistungsvoraussetzungen; Kostenübernahme. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen. Vertrauensärztliche Prüfung. Medizinische Berichte und Gutachten; Beurteilung durch den Richter. | Krankenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

In medizinischer Hinsicht steht fest, dass A bereits seit längerer Zeit psychisch beeinträchtigt ist. Es kann auf die im Sachverhalt wiedergegebenen ärztlichen Diagnosen verwiesen werden. Mit Schreiben vom 8. November 1994 teilte die Krankenkasse dem Therapeuten Dr. G und A mit, dass ab 10. Januar 1994 maximal eine Psychotherapiesitzung pro 14 Tage übernommen werden könne. Am 17. Mai 1995 wurde ein Amtsvormund zum Beistand von A ernannt. Mit Schreiben vom 20. Mai 1996 ersuchte der Beistand von A die Krankenkasse, auf den Entscheid vom 8. November 1994 zurückzukommen und die ärztlichen Kosten für wöchentliche Psychotherapiesitzungen zu übernehmen. Dies lehnte die Krankenkasse mit Verfügung vom 18. Juli 1996 bzw. mit Einspracheentscheid vom 1. Oktober 1996 ab. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob A ab 10. Januar 1994 Anspruch auf eine Psychotherapiesitzung pro Woche hat. a) Ist der Versicherte mit einem Entscheid der Kasse nicht einverstanden, so hat diese innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung mit Angabe der Gründe und unter Hinweis auf Beschwerderecht und Beschwerdefrist zu erlassen und dem Betroffenen zuzustellen (Art. 30 Abs. 1 KUVG, in Kraft bis Ende 1995). Diese Regelung gilt auch nach dem seit 1. Januar 1996 geltenden Art. 80 Abs. 1 KVG (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 158). Eine gesetzliche Pflicht der Krankenkassen, die Rechtsverhältnisse zu ihren Mitgliedern in jedem Fall durch Erlass formeller Verfügungen zu regeln, besteht nicht. Nach Art. 30 Abs. 1 KUVG und Art. 80 Abs. 1 KVG muss die Kasse eine mit Rechtsmittelbelehrung versehene schriftliche Verfügung nur erlassen, wenn das Mitglied mit dem eröffneten Entscheid nicht einverstanden ist; die Kasse ist hiezu verpflichtet, sobald der Versicherte oder Aufnahmebewerber (schriftlich oder mündlich) ausdrücklich oder durch sein Verhalten gegenüber der Kasse zum Ausdruck bringt, dass er mit der von der Kasse getroffenen Regelung nicht einiggeht. Nicht zulässig ist es, den Erlass einer Verfügung vom ausdrücklichen Verlangen des Betroffenen abhängig zu machen (BGE 102 V 15 Erw. 1a; EVGE 1967 S. 67; RKUV 1991 S. 296 Erw. 2c, 1990 S. 81 Erw. 2a, 1989 S. 20 Erw. 1,

1988 S. 249; Maurer, a. a. O., S. 158). Das Gesetz nennt keine Frist, innerhalb welcher der Versicherte oder Aufnahmebewerber im Hinblick auf den Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung sein Nichteinverständnis mit der von der Kasse getroffenen Regelung bzw. mit dem formlosen und an sich nicht weiterziehbaren Entscheid gemäss Art. 30 Abs. 1 KUVG bzw. Art. 80 Abs. 1 KVG zu erklären hat. Die Rechtsprechung verlangt jedoch, dass er seine Auffassung innerhalb eines Zeitraumes kundtut, der nach den konkreten Umständen als vernünftig erscheint und gleichzeitig den Prinzipien des Vertrauensschutzes und der Rechtssicherheit Rechnung trägt. Handelt er nicht innert einer angemessenen Überlegungs- und Prüfungsfrist, so ist anzunehmen, er habe den Verwaltungsakt der Krankenkasse gebilligt (BGE 110 V 168 Erw. 2b, 102 V 16 Erw. 2a; RKUV 1990 S. 82, 1989 S. 20 Erw. 1, 1988 S. 395 Erw. 3a, S. 250; Maurer, a.a.O., S. 158). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Frist je nach Situation verschiedenermassen interpretiert: Als Billigung des Kassenentscheides galten in RSKV 1981 Nr. 464 S. 231 Erw. 2 eine Säumnis von sieben Jahren, in RSKV 1973 Nr. 183 S. 186 Erw. 2 eine solche von drei Jahren, in RSKV 1979 Nr. 379 S. 200 f. von zwei bzw. vier Jahren, in RSKV 1980 Nr. 416 S. 165 ein Zuwarten von 40 Monaten und in RKUV 1989 S. 18 ein Zuwarten von 33 Monaten. In BGE 102 V 16 wurden Einwendungen zwei Jahre nach einem Kassenentscheid (der zudem seinerzeit ausdrücklich akzeptiert worden war) als verspätet beurteilt. Dagegen erachtete das Gericht in RKUV 1988 S. 396 Erw. 3b ein Zuwarten von 11 Monaten und in RKUV 1986 S. 391 f. ein Zuwarten von 14 Monaten aufgrund der besonderen konkreten Umstände als angängig und in RSKV 1979 Nr. 379 S. 200 f. eine Dauer von knapp einem Jahr bei einem nicht versierten Versicherten ohne Vertretung als noch angemessen (nicht dagegen für eine Amtsstelle). In RSKV 1981 Nr. 461 S. 207 Erw. 1b genügte der blosser Zeitablauf von rund neun Monaten nicht, um einen Verzicht annehmen zu dürfen (vgl. auch Maurer, a. a. O., S. 158). b) Mit Schreiben vom 8. November 1994 eröffnete die Krankenkasse dem Therapeuten Dr. G - wie gesagt -, dass A gestützt auf die Beurteilung und Empfehlung ihres Vertrauenspsychiaters Dr. I ab 10. Januar 1994 maximal eine einstündige Psychotherapiesitzung pro 14 Tage übernehme. Die Kosten für eine darüber hinausgehende Psychotherapiebehandlung könnten nicht ausgerichtet werden. A wurde eine Kopie dieses Schreibens zugestellt. Mit Schreiben vom 20. Mai 1996 ersuchte der Beistand von A die Krankenkasse, auf den Entscheid vom 8. November 1994 zurückzukommen und die ärztlichen Kosten für wöchentliche Psychotherapiesitzungen zu übernehmen. Er verwies dabei auf eine Stellungnahme von Dr. G vom 17. Mai 1996. Die Krankenkasse macht geltend, weder A noch ein allfälliger Vertreter hätten eine beschwerdefähige Verfügung verlangt oder sonstwie ihr Nichteinverständnis mit dem Entscheid vom 8. November 1994 kundgetan. Das Schreiben des Beistands vom 20. Mai 1996 sei verspätet erfolgt, weshalb der Entscheid in Rechtskraft erwachsen sei. A bringt vor, sie sei in einer akuten psychischen Krankheitsphase und die Beistandschaft noch nicht errichtet gewesen. Krankheitsbedingte Gründe hätten sie gehindert, ihre Interessen wahrzunehmen oder einen Vertreter hierzu zu bestimmen. c) Das Schreiben der Krankenkasse vom 8. November 1994 stellt keine Verfügung dar. Hingegen ist es als Entscheid im Sinne von Art. 30 Abs. 1 KUVG zu betrachten. Der Beistand von A verlangte von der Krankenkasse unbestrittenermassen erstmals am 20. Mai 1996 eine Überprüfung dieses Entscheides, mithin 18 ½ Monate nach dessen Erlass. Es fragt sich, ob aufgrund dieses Zeitablaufs anzunehmen ist, A habe die Regelung der Krankenkasse gebilligt. Mit Schreiben vom 29. August 1994 berichtete Dr. G dem Vertrauensarzt der Krankenkasse, Dr. med. J, A sei seit 2. Juni 1994 wegen Schizophrenie in seiner Behandlung. Sie sei bei der letzten Konsultation mit der Bitte an ihn

herangetreten, er solle ein Gesuch um Rückerstattung der Kosten für drei Sitzungen bei Dr. med. K stellen. Weiter führte Dr. G aus, er finde es ein Zeichen ihres gesundheitlichen Fortschritts, dass sie sich für ihre finanziellen Belange wehre. Mit Bericht vom 17. Mai 1996 führte Dr. G aus, seines Erachtens nach habe dem Entscheid der Krankenkasse vom 8. November 1994 eine gewisse Willkür nicht abgesprochen werden können. Wegen der Übernahme der Mehrkosten durch die Ausgleichskasse Luzern habe an der bisherigen Sitzungsfrequenz von einer Behandlungssitzung pro Woche festgehalten werden können, worüber er für die Zusammenarbeit mit A erfreut und dankbar gewesen sei. Er habe es deshalb unterlassen, bei der Krankenkasse eine beschwerdefähige Verfügung zu verlangen. Aus dem Schreiben von Dr. G vom 19. August 1994 geht hervor, dass A trotz ihrer Krankheit durchaus in der Lage war, sich für ihre finanziellen Belange im Zusammenhang mit der Krankenkasse einzusetzen. Zudem bat sie diesbezüglich Dr. G um Hilfe. Gegen den Entscheid vom 8. November 1994 erhoben indessen weder Dr. G noch A Widerspruch. Gemäss dem Bericht von Dr. G vom 17. Mai 1996 unterblieb der Widerspruch gegen den Entscheid vom 8. November 1994 sogar bewusst, da die Ausgleichskasse Luzern für die Mehrkosten der wöchentlichen Therapie aufgekommen war. Im Mai 1995 wurde dann die Beistandschaft über A errichtet. Mit Schreiben vom 20. Mai 1996 - also knapp ein Jahr nach Errichtung der Beistandschaft - erhob der Beistand von A (ein Amtsvormund) Widerspruch gegen den Entscheid vom 8. November 1994. Diese Reaktion des Beistands war verspätet, zumal das Eidgenössische Versicherungsgericht ein Zuwarten von knapp weniger als einem Jahr für eine Amtsstelle als unangemessen erachtet (RKUV 1988 S. 396 Erw. 3b, RSKV 1979 Nr. 379 S. 200 f.), und der Beistand von A vorliegend keinerlei Gründe anführt, die sein Zuwarten von einem Jahr rechtfertigen würden. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass der nach 18 ½ Monaten erfolgte Widerspruch gegen den Entscheid der Krankenkasse vom 8. November 1994 nicht im Rahmen einer den Umständen angemessenen Überlegungs- und Prüfungsfrist erfolgte. Der Entscheid vom 8. November 1994 ist somit rechtskräftig.

## **E. 2**

a) Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, in Wiedererwägung ziehen, wenn sie zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 122 V 21 Erw. 3a, 173 Erw. 4a, 271 Erw. 2, 368 Erw. 3, 121 V 4 Erw. 6, je mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts kann die Verwaltung weder vom Betroffenen noch vom Richter zu einer Wiedererwägung verhalten werden. Es besteht demnach kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung. Verfügungen, mit denen das Eintreten auf ein Wiedererwägungsgesuch abgelehnt wird, sind somit grundsätzlich nicht anfechtbar. Wenn die Verwaltung auf ein Wiedererwägungsgesuch eintritt oder von sich aus eine Wiedererwägung vornimmt, die Wiedererwägungsvoraussetzungen prüft und anschliessend einen erneut ablehnenden Sachentscheid fällt, ist dieser beschwerdeweise anfechtbar (BGE 117 V 12 f. Erw. 2a mit Hinweisen; vgl. auch BGE 119 V 479 Erw. 1b/cc; Maurer, a. a. O., S. 166). b) Von der Wiedererwägung ist die sogenannte prozessuale Revision von Verfügungen zu unterscheiden. Danach ist die Verwaltung verpflichtet, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 122 V 21 Erw. 3a, 138 Erw. 2c, 173 Erw. 4a, 272 Erw. 2, 121 V 4 Erw. 6, je mit Hinweisen; Maurer, a. a. O., S. 166). c) Die Prinzipien betreffend Wiedererwägung und prozessuale

Revision sind per Analogie auch auf einen formlosen Entscheid einer Krankenkasse anzuwenden, der nach dem, was in Erwägung 1c gesagt wurde, nicht mehr in Frage gestellt werden kann (BGE 102 V 17 Erw. 3a; RSKV 1976 Nr. 243 S. 55 Erw. 3a).

### **E. 3**

Nach dem in Erwägung 2c Gesagten ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision des Entscheides vom 8. November 1994 vorliegen. A beruft sich auf die Berichte von Dr. G vom 17. Mai 1996 und vom 18. Oktober 1996. In diesen Berichten führt Dr. G im wesentlichen aus, nach dem Übertritt von A von der Psychiatrischen Klinik des Kantons X in die Wohnsiedlung Y am 10. Januar 1994 sei sie ihm vom Heimarzt Dr. med. L am 2. Juni 1994 zur Behandlung überwiesen worden. Aufgrund des beträchtlichen geistigen Potentials, des damaligen Lebensalters von 42 Jahren, des Übertritts aus einer psychiatrischen Klinik und der hohen Übertrittspsychopharmakamedikation von A habe er eine intensivere psychiatrische Behandlung als gerechtfertigt erachtet. Er habe mit ihr daher von Anfang an eine wöchentliche Behandlungssitzung von einer Stunde Dauer durchgeführt. Es sei wichtig, dass sie trotz Therapieresistenz in ihrer Not aus Selbst-Fremdablehnung, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit, Aussichtslosigkeit und Mittellosigkeit die mitmenschliche Anteilnahme, Erbarmen, Mitleid und Bedauern in Form auch von Seelsorge erfahren dürfe. Auch eine latente Gefährdung durch Suizidalität mache eine intensive Betreuung notwendig. 14-tägliche Intervalle zwischen den einzelnen Sitzungen erschwerten sowohl A als auch dem Psychiater die Aufrechterhaltung des notwendigen therapeutischen Vertrauensverhältnisses und des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Eine Reduktion auf eine 14-tägliche Behandlungssitzung hiesse, A fallen und sie ihrem schweren Schicksal zu überlassen. Aus diesen Ausführungen von Dr. G geht hervor, dass er bereits ab Juni 1994 wöchentliche Therapiesitzungen als notwendig erachtete. Dr. G legte denn auch mit Schreiben an den Vertrauensarzt der Krankenkasse vom 29. August 1994 dar, dass A bei der Schwere ihres Leidens wöchentliche Sitzungen brauche. Diese Tatsachen waren somit bereits bei Erlass des Entscheides vom 8. November 1994 bekannt und wurden bereits zu jener Zeit vorgebracht. Die Ausführungen von Dr. G in den Berichten vom 17. Mai/18. Oktober 1996 stellen mithin keine neuen Tatsachen oder Beweismittel dar. Die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision des Entscheides vom 8. November 1994 sind deshalb nicht erfüllt (vgl. auch RSKV 1976 Nr. 243 S. 55 Erw. 3b).

### **E. 4**

Im weiteren fragt sich, ob die Krankenkasse mit der Verfügung vom 18. Juli 1996 bzw. mit dem Einspracheentscheid vom 1. Oktober 1996 ein Eintreten auf das Wiedererwägungsgesuch vom 20. Mai 1996 betreffend den Entscheid vom 8. November 1994 abgelehnt oder ob sie das Wiedererwägungsgesuch materiell geprüft hat (Erwägung 2c). a) Bei der Behandlung eines Wiedererwägungsgesuchs durch die Verwaltung bzw. vorliegend durch die Krankenkasse sind drei Fälle auseinanderzuhalten: aa) ob sie auf das Wiedererwägungsgesuch nicht eintritt, bb) ob sie die Wiedererwägungsvoraussetzungen zwar prüft, diese aber verneint und das Wiedererwägungsgesuch mit einem erneut ablehnenden Sachentscheid beantwortet oder cc) ob sie die Wiedererwägungsvoraussetzungen prüft und bejaht sowie einen neuen, von der ursprünglichen Verfügung abweichenden Sachentscheid trifft. Im Falle cc stellen sich keine Abgrenzungsprobleme. In den beiden andern Fällen kann jedoch auch ein an sich klares Verfügungsdispositiv nicht ausschlaggebend, sondern höchstens ein Indiz dafür sein, in

welchem Sinne die Verwaltung ein Wiedererwägungsgesuch behandelt hat. Wiewohl das Eidgenössische Versicherungsgericht verschiedentlich auf das auf Nichteintreten erkennende Verfügungsdispositiv abgestellt hat (vgl. ZAK 1989 S. 159 Erw. 4b, 1985 S. 232 und 329), ist es in andern Fällen trotz dispositivmässigen Nichteintretens näher der Frage nachgegangen, wie die Begründung der neuen Verfügung zu verstehen ist (in ZAK 1983 S. 453 nicht veröffentlichte Erw. 2b; ferner unveröffentlichtes Urteil H. vom 6.6.1988). In beiden Urteilen hat das Gericht festgehalten, dass keine materielle Neubeurteilung im Sinne von Fall bb vorliegt, wenn die Verwaltung bloss die für die seinerzeitige Verfügung ausschlaggebend gewesenen Gründe wiederholt und unter Hinweis darauf darlegt, weshalb auf das Wiedererwägungsgesuch nicht eingetreten werden könne. Mit andern Worten führt auch eine summarische Prüfung nicht ohne weiteres dazu, eine Gesuchserledigung im Sinne von Fall bb anzunehmen. Sodann ist daran zu erinnern, dass sich eine vergleichbare Abgrenzungsfrage auch im Rahmen von Art. 87 IVV stellt. Diesbezüglich hat das Eidgenössische Versicherungsgericht erkannt, dass selbst dann ein erneut ablehnender Sachentscheid (Fall bb) vorliegen kann, wenn die Verwaltung das Revisionsgesuch formell durch Nichteintreten erledigt hat (BGE 117 V 13 f. Erw. 2b/aa). b) Im vorliegenden Fall führte die Krankenkasse in der Verfügung vom 18. Juli 1996 aus, sie habe das Schreiben von Dr. G vom 17. Mai 1996 zusammen mit dem ganzen Dossier ihrem Vertrauenspsychiater zur Beurteilung unterbreitet. Gemäss seinen Ausführungen sei eine Psychotherapie im Umfang einer einstündigen Sitzung pro Woche weiterhin nicht indiziert, weshalb sie auch für künftige Leistungen - in Nachachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung - an ihrem Entscheid, lediglich eine einstündige Psychotherapiesitzung alle 14 Tage zu übernehmen, weiterhin festhalte. Im Einspracheentscheid vom 1. Oktober 1996 führte die Krankenkasse aus, sie schliesse sich den Ausführungen ihres Vertrauenspsychiaters vollumfänglich an. Angesichts des chronifizierten Krankheitsbildes und der Therapieresistenz sei sie berechtigt gewesen, ab 1. Januar 1993 ihre Leistungen auf Übernahme der Kosten einer einstündigen Psychotherapiesitzung pro 14 Tage zu beschränken. Ziff. 2 des Dispositivs des Einspracheentscheides lautet wie folgt: «Die Verfügung vom 18. Juli 1996, womit der Entscheid der Krankenkasse vom 8. November 1994 für rechtskräftig erklärt wurde und wonach auch inskünftig lediglich die Kosten einer einstündigen Psychotherapiesitzung pro 14 Tage übernommen werden, wird bestätigt.» Nach dem Gesagten unterbreitete die Krankenkasse im Rahmen des Wiedererwägungsverfahrens die Akten nochmals ihrem Vertrauenspsychiater und bestätigte aufgrund seiner Ausführungen vom 24. Juni 1996 ihren Entscheid vom 8. November 1994. Dabei äusserte sie sich nicht bloss zu den künftigen Leistungen ab Einreichung des Wiedererwägungsgesuchs (dazu hinten Erwägung 8), sondern sie nahm ausdrücklich auch zu den ab 1. Januar 1993 an A erbrachten Leistungen Stellung (Einspracheentscheid S. 4 Ziff. 12). Aufgrund dieser Umstände ist davon auszugehen, dass sich die Krankenkasse auf das Wiedererwägungsgesuch einliess und materielle Überlegungen zur rückwirkenden Leistungsberechtigung anstellte. Ansonsten hätte sie nicht nochmals ihren Vertrauenspsychiater zur Beurteilung der Sache konsultieren müssen, sondern sie hätte auf seinen Bericht vom 22. Oktober 1994 verweisen können, den sie vor Erlass des Entscheides vom 8. November 1994 eingeholt hatte. Auch wenn die Krankenkasse im angefochtenen Einspracheentscheid zum gleichen Ergebnis wie im Entscheid vom 8. November 1994 gelangte, bedingte die Erledigung des Wiedererwägungsgesuchs doch eine Auseinandersetzung nach Massgabe der Wiedererwägungsvoraussetzungen. Für diese Betrachtungsweise spricht auch der Umstand,

dass das Wiedererwägungsgesuch weder in der Verfügung noch im Einspracheentscheid mit Nichteintreten erledigt wurde.

#### **E. 5**

a) Somit ist des weiteren zu prüfen, ob der Entscheid vom 8. November 1994 als zweifellos unrichtig und seine Berichtigung als erheblich bezeichnet werden muss (vgl. auch BGE 117 V 17 Erw. 2c). Die gerichtliche Überprüfung hat sich in einem solchen Fall auf die Beurteilung der Frage zu beschränken, ob die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung des bestätigten Entscheides gegeben sind. Prozessthema ist also diesfalls, ob die Verwaltung zu Recht den ursprünglichen, formell rechtskräftigen Entscheid nicht als zweifellos unrichtig und/oder ihre Korrektur als von unerheblicher Bedeutung qualifizierte. Bei der Prüfung der Frage, ob die Wiedererwägung eines Entscheides wegen zweifelloser Unrichtigkeit zulässig sei, ist vom Rechtszustand auszugehen, wie er im Zeitpunkt des Entscheiderlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört; eine Praxisänderung vermag aber kaum je die frühere Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen. Die Wiedererwägung dient mithin der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung (unter Einschluss unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts) (BGE 119 V 479 Erw. 1b/cc, 117 V 12 Erw. 2a und 17 Erw. 2c, 116 V 62 f. mit Hinweisen). b) Bei Erlass des Entscheides vom 8. November 1994 galten das bis Ende 1995 in Kraft stehende Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) und die entsprechenden Verordnungen. Aufgrund dieser Normen ist mithin zu prüfen, ob der Entscheid vom 8. November 1994 als zweifellos unrichtig und seine Berichtigung als erheblich bezeichnet werden muss.

#### **E. 6**

a) Nach Art. 12 Abs. 2 KUVG haben die Leistungen der Krankenkassen u.a. mindestens zu umfassen: 1. bei ambulanter Behandlung: die ärztliche Behandlung (lit. a) und die von einem Arzt angeordneten, durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen, wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen (lit. b); 2. Bei Aufenthalt in einer Heilanstalt: die zwischen dieser und der Kasse vertraglich festgelegten Leistungen, mindestens aber die ärztliche Behandlung, einschliesslich der wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen, der Arzneimittel und Analysen nach den Taxen der allgemeinen Abteilung sowie einen täglichen Mindestbeitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege. Die zur gesetzlichen Pflichtleistung gehörende ärztliche Behandlung umfasst gemäss Art. 21 Abs. 1 Vo III über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen die vom Arzt vorgenommenen, wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen. Ferner schreibt die zitierte Verordnungsbestimmung in der seit dem 1. Januar 1986 geltenden Fassung vor, dass diese Massnahmen zweckmässig und wirtschaftlich sein sollen. Diese Grundsätze gelten sowohl bei ambulanter Behandlung als auch bei Behandlung in einer Heilanstalt (RKUV 1995 S. 168 Erw. 2a, 1991 S. 299 Erw. 2 mit Hinweisen). Gestützt auf Art. 21 der Vo III erliess das EDI die Verordnung 8 über die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen (vom 20. Dezember 1985). Art. 1 dieser Verordnung grenzt die von den Krankenkassen als Pflichtleistung zu übernehmenden Therapieformen von den keine Pflichtleistung darstellenden Psychotherapien ab: Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden, gilt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen als Pflichtleistung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. a und Ziff. 2 KUVG (Abs. 1). Psychotherapie, die zum Zweck der

Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifeung oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt wird, ist keine Pflichtleistung der Krankenkassen (Abs. 2). Sodann bestimmt Art. 2 der Verordnung 8 unter der Marginalie «Besondere Leistungsvoraussetzungen» was folgt: 1. Die Kassen haben, unter Vorbehalt begründeter Ausnahmen, höchstens die Kosten für eine Behandlung zu übernehmen, die entspricht: a) in den ersten drei Jahren zwei einstündigen Sitzungen pro Woche; b) in den folgenden drei Jahren einer einstündigen Sitzung pro Woche; c) danach einer einstündigen Sitzung alle zwei Wochen. 2. Soll die Psychotherapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert zweier Jahre entspricht, zu Lasten einer Krankenkasse fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt der Kasse zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. 3. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und bestimmt nach Massgabe von Absatz 1, ob und in welchem Umfang die Psychotherapie zu Lasten der Kasse fortgesetzt werden kann. In diesem Fall hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten. Wie das BSV in RKUV 1984 S. 209 f. ausgeführt hat, werden mit Art. 2 der Verordnung 8 des EDI zwei Ziele verfolgt: Zunächst soll sichergestellt werden, dass mit einer ärztlichen Psychotherapie nur ein Leiden, welchem Krankheitswert zukommt, behandelt wird. Zu diesem Zweck muss der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt der Krankenkasse nach einer Behandlungsphase, welche 60 einstündigen Sitzungen innert zwei Jahren entspricht, Bericht erstatten; gestützt auf diesen Bericht entscheidet der Vertrauensarzt, ob die Behandlung zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann. Im weiteren legen die Richtwerte fest, wie viele Therapiesitzungen pro Woche die Krankenkassen in den Fällen, da der Pflichtleistungscharakter der Therapien feststeht, ohne weiteres zu übernehmen haben; Behandlungen, welche den durch die Richtwerte festgelegten Rahmen sprengen, sollen nur mit Zustimmung des Vertrauensarztes zu Lasten der Krankenkassen gehen. Im BSV-Zirkular Nr. 192 an die Krankenkassen und Rückversicherungsverbände vom 26. März 1986, S. 9, wird bestätigt, dass eine Leistungspflicht der Kassen besteht, wenn der Vertrauensarzt einer über die Richtwerte von Art. 2 Abs. 1 der Vo 8 des EDI hinausgehenden Behandlung zugestimmt hat. In RKUV 1991 S. 299 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht ausdrücklich festgehalten, dass eine Psychotherapie, welche über die Limiten von Art. 2 Abs. 1 der Vo 8 des EDI hinausgeht, von der Krankenkasse als Pflichtleistung zu übernehmen ist, wenn der Vertrauensarzt einen begründeten Ausnahmefall anerkennt. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in jenem Fall nicht entschieden, dass die Pflichtleistungen der Krankenkassen in jedem Fall durch die in Art. 2 Abs. 1 der Vo 8 des EDI festgelegten Richtwerte begrenzt werden. Vielmehr hat das Gericht ausgeführt, jene Limiten erlaubten es den Krankenkassen und ihren Vertrauensärzten, von Zeit zu Zeit zu prüfen, ob tatsächlich noch eine Krankheitsbehandlung vorliege und ob das Gebot der Wirtschaftlichkeit beachtet werde. Eine Regelung, wonach die Krankenkassen in jedem Fall nur die Behandlungen im Rahmen der Richtwerte von Art. 2 Abs. 1 der Vo 8 des EDI als Pflichtleistung zu übernehmen hätten, wäre im übrigen kaum mit Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 KUVG und Art. 21 Abs. 1 Vo III vereinbar; nach diesen Vorschriften umfassen die Pflichtleistungen - im Rahmen von Art. 23 KUVG, Wirtschaftlichkeit der Behandlung - wenigstens die vom Arzt vorgenommenen, wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen (RKUV 1995 S. 169 f. Erw. 2b). b) Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - der Richter dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem

Bestehen überzeugt sind (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136). Im Sozialversicherungsrecht hat der Richter seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die er von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 Erw. 2a, 208 Erw. 6b, je mit Hinweis). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder den Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, S. 47, Rz. 63; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 274; Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Aufl., S. 135; Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Diss. Genf 1991, S. 63; vgl. auch BGE 122 II 469 Erw. 4a, 122 III 223, 120 Ib 229 Erw. 2b, 119 II 117 Erw. 4c, 119 V 344 Erw. 3c mit Hinweis). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 4 Abs. 1 BV (BGE 122 V 162 Erw. 1d, 119 V 344 Erw. 3c mit Hinweisen). c) Nach der Rechtsprechung kann auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen, wobei an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen ist. Weder Art. 4 BV noch Art. 6 Ziff. 1 EMRK geben dem Versicherten einen formalen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet der Sozialversicherungsrichter die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf er den Prozess ohne Weiterungen, insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachtens, beenden. Er kann dabei abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen urteilen, die im wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 161 f. Erw. 1c und 162 f. Erw. 1d; RKUV 1996 S. 191).

## **E. 7**

a) A ist unbestrittenermassen seit 1980 - mit gelegentlichen kurzen Unterbrüchen - in psychotherapeutischer Behandlung. Bis März 1984 übernahm die Krankenkasse die Kosten von einer bis zwei einstündigen Sitzungen pro Woche, danach bis 31. Dezember 1992 - mithin während knapp dreizehn Jahren - von einer einstündigen Sitzung pro Woche. Zu entscheiden ist mithin, ob eine «begründete Ausnahme» im Sinne von Art. 2 Abs. 1 der Vo des EDI vorliegt, welche die beantragte, über die dortigen Richtwerte hinausgehende wöchentliche Weiterbehandlung von A zu Lasten der Kasse zulässt. b) A beruft sich - wie gesagt - auf die Berichte von Dr. G. Dieser legte mit Schreiben an den Vertrauensarzt der

Krankenkasse vom 29. August 1994 dar, dass A am 10. Januar 1994 in die Wohnsiedlung Y eingetreten und seit 2. Juni 1994 wegen Schizophrenie bei ihm in Behandlung sei. Wegen der Schwere ihres Leidens brauche sie wöchentliche Sitzungen. In den Berichten vom 17. Mai 1996 und vom 18. Oktober 1996 führte er aus, er habe eine intensivere psychiatrische Behandlung als gerechtfertigt erachtet und habe daher von Anfang an eine wöchentliche Behandlungssitzung von einer Stunde Dauer durchgeführt. Es sei wichtig, dass A trotz Therapieresistenz in ihrer Not die mitmenschliche Anteilnahme, Erbarmen, Mitleid und Bedauern in Form auch von Seelsorge erfahren dürfe. Auch eine latente Gefährdung durch Suizidalität mache eine intensive Betreuung notwendig. Es scheine ihm zwar der Einwand berechtigt zu sein, dass die Betreuung von A allein durch das Personal der Wohnsiedlung Y gewährleistet werden könne. 14-tägliche Intervalle zwischen den einzelnen Sitzungen erschwerten sowohl A als auch dem Psychiater die Aufrechterhaltung des notwendigen therapeutischen Vertrauensverhältnisses und des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Bereits beim jetzigen Intervall von einer Woche falle es schwer, mit der Patientin jeweils den roten Faden der bisherigen Therapie wiederzufinden, um daran die jeweilige Fortsetzungsbehandlung anknüpfen zu können, damit Kontinuität und Konstanz gewährleistet seien. Eine Reduktion auf eine 14-tägliche Behandlungssitzung hiesse, A fallen und sie ihrem schweren Schicksal zu überlassen (vgl. auch Erwägung 3). Die Krankenkasse beruft sich auf die Ausführungen ihres Vertrauensarztes Dr. I. Im Bericht vom 22. Oktober 1994 vertrat dieser die Auffassung, er habe am 6. Dezember 1992 wegen der jahrzehntelangen Psychotherapie von A bei diversen Psychiatern empfohlen, maximal eine einstündige Psychotherapiesitzung pro 14 Tage als Krankenkassenleistung zu übernehmen. Eine darüber hinausgehende Psychotherapie sei in Anbetracht des hochgradig chronifizierten und therapieresistenten schizophrenen Krankheitsbildes nicht als Krankenkassenleistung zu betrachten, da dies nicht zweckmässig und vollkommen unwirtschaftlich wäre. Im Bericht vom 24. Juni 1996 legte Dr. I dar, die Betreuung durch Dr. G sei eher eine seelsorgerische, wobei es ihm schwerfalle, dahinter auch den Begriff der Psychotherapie zu setzen. Einstündige Sitzungen pro Woche seien überhaupt nicht indiziert, weil gemäss Dr. G eben eine Therapieresistenz bestehe. Zudem räume Dr. G ein, dass die Betreuung von A allein durch das Personal der Wohnsiedlung Y gewährleistet werden könne. Es treffe zwar zu, dass A im Rahmen einer Schizophrenie zwar weiterhin eine gewisse psychiatrische, insbesondere psychopharmakologische Stützung benötige, dass aber in Anbetracht der langjährigen und hochgradigen Chronifizierung des Krankheitsbildes eine Psychotherapie nicht erfolversprechend sein könne. Insbesondere in Anbetracht der Therapieresistenz und einer gleichzeitigen, von der Krankenkasse mitfinanzierten Betreuung in der Wohnsiedlung Y, aber auch in Anbetracht einer durchgeführten «Seelsorge» in der Praxis von Dr. G sei es überhaupt nicht gerechtfertigt, mehr als eine einstündige Psychotherapiesitzung pro 14 Tage zu übernehmen. c) A bringt vor, Dr. I habe sie nicht untersucht, sondern seine Beurteilung nur aufgrund der Akten getroffen. Zudem handle es sich bei seiner Stellungnahme um ein Parteigutachten, das entsprechend zu würdigen sei. Eventuell sei ein zusätzliches Gutachten einzuholen. Diese Einwände sind vorliegend unbehelflich. Die Krankenkasse hat zu Recht die Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. I eingeholt (Erwägung 6a). Die ärztlichen Massnahmen müssen - wie gesagt - zweckmässig und wirtschaftlich sein. Nach dem Grundsatz der Zweckmässigkeit sind die Leistungen so zu bestimmen, dass sie dem konkreten Fall angepasst sind und den angestrebten Heilungserfolg erwarten lassen (Maurer, a. a. O., S. 51). Aufgrund der Ausführungen von Dr. G ist A therapieresistent; ihre Betreuung könne

durch das Personal der Wohnsiedlung Y gewährleistet werden. Unter diesen Umständen bestehen keine Gründe, von der Auffassung von Dr. I abzuweichen. Es liegt mithin kein Ausnahmefall im Sinne von Art. 2 Abs. 1 der Vo 8 des EDI vor, der es rechtfertigt, die Krankenkasse zur Kostenübernahme von mehr als einer einstündigen Psychotherapiesitzung alle 2 Wochen zu verpflichten. Ergänzende Abklärungen wie die Einholung eines Gutachtens erübrigen sich aufgrund der bestehenden Aktenlage. Der Entscheid der Krankenkasse vom 8. November 1994 kann deshalb nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet werden, weshalb die Krankenkasse das Wiedererwägungsgesuch zu Recht abgewiesen hat. Diesbezüglich erweist sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

## **E. 8**

In der Verfügung vom 18. Juli 1996 bzw. im Einspracheentscheid vom 1. Oktober 1996 entschied die Krankenkasse auch darüber, ob A künftig, nämlich ab Einreichung des Gesuchs vom 20. Mai 1996, Anspruch auf wöchentliche einstündige Therapiesitzungen hat. Die Krankenkasse verneinte dies, was nachfolgend zu überprüfen ist. a) Am 1. Januar 1996 traten das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und die Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 in Kraft. Nach Art. 25 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Abs. 1). Diese Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim von Ärzten oder Ärztinnen durchgeführt werden (Abs. 2 lit. a Ziff. 1). Nach Art. 32 KVG müssen die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Abs. 1). Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Abs. 2). Man kann vom Gebot der Effizienz sprechen. Art. 32 KVG gilt für sämtliche Leistungserbringer, also für den Arzt und den Psycho- oder Physiotherapeuten usw. in gleicher Weise. Er umspannt auch den ganzen Leistungsbereich; deshalb ist er für die Diagnostik ebenso wie für die Therapie und die Rehabilitation massgebend. Art. 32 KVG verletzt z.B. ein Arzt, wenn er unnötig oft Röntgenbilder anfertigt, Konsultationen oder Besuche durchführt, unnötig viel oder teure Heilmittel abgibt oder verordnet, die Behandlung unnötig in die Länge zieht usw. Wenn der Arzt mehr tut als medizinisch geboten erscheint, liegt Überarztung vor. Der Versicherer darf die Übernahme der Kosten für solche Leistungen ablehnen (Maurer, a. a. O., S. 51 ff.). Gemäss Art. 2 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden (Abs. 1). Nicht übernommen werden die Kosten für Psychotherapie, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifeung oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt wird (Abs. 2). Sodann bestimmt Art. 3 KLV unter der Marginalie «Leistungsvoraussetzungen» was folgt: 1. Unter Vorbehalt begründeter Ausnahmen werden höchstens die Kosten für eine Behandlung übernommen, die entspricht: a) in den ersten drei Jahren zwei einstündigen Sitzungen pro Woche; b) in den folgenden drei Jahren einer einstündigen Sitzung pro Woche; c) danach einer einstündigen Sitzung alle zwei Wochen. 2. Soll die Psychotherapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert zweier Jahre entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die

behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. 3. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Psychotherapie auf Kosten der Versicherung fortgesetzt werden soll. Bei Fortsetzung der Therapie hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten. 4. Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 2 und 3 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherten nötig sind. b) Aus dem Gesagten ergibt sich, dass das KVG und die KLV den Anspruch auf Psychotherapie von den gleichen Voraussetzungen abhängig machen wie das bis Ende 1995 geltende KUVG und die dazugehörenden Verordnungen (Erwägung 6a). Aufgrund der von Dr. G dargelegten Therapieresistenz von A und des Umstandes, dass sie durch das Personal der Wohnsiedlung Y ausreichend betreut wird, ist mit Dr. I davon auszugehen, dass auch kein Ausnahmefall im Sinne von Art. 3 Abs. 1 KLV vorliegt. Diesbezüglich kann auf die Ausführungen in Erwägung 7 verwiesen werden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist mithin auch abzuweisen, soweit damit wöchentliche einstündige Psychotherapiesitzungen ab 20. Mai 1996 verlangt werden.

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