

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2004.00028 vom 26. August 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2004.00028

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2004.00028 du 26 août 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2004.00028 del 26 agosto 2005

Erwägungen

E. 1

Die Versicherung ¼bernimmt die Kosten f¼r Leistungen der ¼rztlichen Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden.

E. 2

Soll die Psychotherapie nach einer Behandlung, die 60 einst¼n-dige Sitzungen innert zweier Jahre entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde ¼rztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauens¼rztin des Versicherers zu berichten und einen begr¼ndeten Vorschlag ¼ber die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.

E. 3

Der Vertrauensarzt oder die Vertrauens¼rztin schl¼gt 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 ¼rztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauens¼rztin wenigstens einmal j¼hrlich ¼ber den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

E. 4

Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauens¼rztin nach den Abs¼tzen 2 und 3 d¼rfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers n¼tig sind."

Die Art. 2 und 3 KLV stimmen inhaltlich mit der altrechtlichen Regelung (Verordnung 8 des Eidgen¼ssischen Departementes des Innern vom 20. Dezember 1985 betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu ¼bernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen [Vo 8 des EDI]) ¼berein. Die zum alten Recht ergangene Rechtsprechung ist daher weiterhin massgebend (vgl. BGE 125 V 446 f. Erw. 3b). Nach dieser Rechtsprechung handelt es sich bei den Leistungsfrequenzen in Art. 3 Abs. 1 KLV beziehungsweise in Art. 2 Abs. 1 der Vo 8 des EDI um Richtwerte, die es den Krankenkassen erlauben, von Zeit zu Zeit zu pr¼fen, ob noch eine Krankheitsbehandlung vorliegt und ob die Gebote der Zweckm¼ssigkeit und der Wirtschaftlichkeit beachtet werden (vgl. RKUV 1995 Nr. K 969 S. 170 Erw. 2b). Soll eine Behandlung ¼ber diese Richtwerte hinausgehen, so bedarf es einer begr¼ndeten Ausnahme, wie sie im Ingress von Art. 3 Abs. 1 KLV vorbehalten ist. Eine solche kann nach der Rechtsprechung nicht nur vorliegen, wenn ein schweres Krankheitsbild diagnostiziert ist, sondern auch in anderen F¼llen, in welchen besondere Umst¼nde gem¼ss ¼berzeugend begr¼ndeter

Ärztlicher Bescheinigung eine den Rahmen von Art. 3 Abs. 1 KLV sprengende Behandlung erforderlich machen (vgl. BGE 125 V 447 Erw. 4b).

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin steht nachweislich seit dem 28. August 1997 bei Dr. A. in psychotherapeutischer Behandlung. Streitig und zu prägen ist die Frage, ob sie nach nunmehr sechsjähriger Therapiedauer ab Oktober 2003 entsprechend Art. 3 Abs. 1 lit. c KLV nur noch Anspruch auf die Übernahme der Kosten für eine einstündige Psychotherapiesitzung alle 14 Tage zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung hat oder ob zufolge Vorliegens einer begründeten Ausnahme weiterhin Anspruch auf Kostenübernahme im Sinne von Art. 3 Abs. 1 lit. a oder b KLV besteht.

2.2 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Standpunkt (Urk. 2 S. 2, 6 und 14) auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. C. In seinem Bericht vom 26. September 2003 (Urk. 7/10) gelangte dieser zur Auffassung, dass das Krankheitsbild erheblich chronifiziert sei, weshalb eine Sitzung pro Woche nicht mehr in Frage komme. Sinn und Zweck einer Therapie sei es nach einer anfänglich intensiven Phase die Therapie sukzessive zu reduzieren, um eine Abhängigkeit zum Therapeuten zu vermeiden. Die Beschwerdeführerin hingegen habe die Sitzungsfrequenz sogar erhöht. Der damit erzielte Erfolg ändere aber nichts an der Tatsache, dass keine Krisensituation und damit auch keine Ausnahmesituation im Sinne von Art. 3 Abs. 1 KLV gegeben sei.

Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin vorbringen (Urk. 1 und 10), sie leide an einer schweren Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie an weiteren schweren depressiven und psychosomatischen Symptomen, die bereits vor über fünf Jahren zu einer Vollinvalidität geführt hätten. Dr. A. habe denn auch bereits in seinem Bericht vom 28. Juni 2000 (Urk. 7/17) auf die Schwere des Leidens Bezug genommen und der Beschwerdegegnerin vorgeschlagen, bis Ende 2000 zwei Stunden und ab 2001 noch eine Stunde zu vergüten. Erschwerend wirke sich aus, dass die erheblichen psychischen Störungen auf traumatischen Erlebnissen im Kindesalter beruhen würden. Solche Erlebnisse würden von den Betroffenen auf sehr unterschiedliche, individuell geprägte Weise verarbeitet. Bei Opfern von Verletzungen der sexuellen Integrität lasse sich häufig beobachten, dass das Erlebte zunächst verdrängt werde und daher in den Hintergrund trete, da in erster Linie die Bewältigung des Alltags gefordert werde. Erst im Laufe der Zeit, wenn die betroffene Person physisch und psychisch einigermaßen stabilisiert sei, könne das Erlebte aufgearbeitet werden. Bis zum Versuch mit zwei Therapiestunden pro Woche sei eine tiefere Behandlung des ursprünglichen Traumas überhaupt nicht möglich gewesen. Weiter sei zu berücksichtigen, dass mit der ambulanten Therapie weitere Hospitalisationen hätten vermieden werden können. Die durch die Hospitalisationen erreichte Stabilisierung habe zwar mit den ambulanten Sitzungen von einer Wochenstunde zunächst nicht beibehalten werden können. Insgesamt sei aber über die Jahre eine deutliche Verbesserung der Stabilität festzustellen. Die dissoziativen Symptome hätten abgenommen, es sei zu keinen Selbstverletzungen mehr gekommen, und es bestehe auch keine akute Suizidalität mehr. Dass seit über vier Jahren kein stationärer Aufenthalt mehr benötigt worden sei, spreche dafür, dass die ambulante Behandlung offenbar genügend Stabilität biete, sofern eine gewisse Mindestfrequenz in der Behandlung nicht unterschritten werde. Angesichts der schweren Erkrankung sowie der gegebenen Ausnahmesituation sei die Notwendigkeit mindestens einer wöchentlichen Therapiestunde, besser aber von zwei

Stunden wöchentlich zulasten der Beschwerdegegnerin für die Dauer von zwei Jahren ausgewiesen.

3.1.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1.1 Rechtsprechungsgemäss kann eine "begründete Ausnahme" im Sinne von Art. 3 Abs. 1 KLV nicht nur vorliegen, wenn ein schweres Krankheitsbild diagnostiziert ist, sondern auch in anderen Fällen, in welchen besondere Umstände gemäss überzeugend begründeter ärztlicher Bescheinigung eine den Rahmen von Art. 3 Abs. 1 KLV sprengende Behandlung erforderlich machen (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 22. September 2003, K 10/03 [= RKUV 2003 Nr. KV 263 S. 315] und in Sachen G. vom 24. Januar 2001, K 8/00).

3.1.1.1.1.1.1 Die Beschwerdeführerin wurde von ihrem Hausarzt am 28. August 1997 wegen Depressionen und extremer Bauchschmerzen wie Endometriose während drei Vierteln des Monatszyklus an den Psychiater Dr. A. überwiesen. Seinem Bericht vom 5. Juli 1999 (Urk. 7/20) ist zu entnehmen, dass die Versicherte nach eigenen Angaben ab dem Vorschulalter durch den Vater und den Bruder sexuell missbraucht worden sei, sich aber bis im Alter von 26 Jahren nicht bewusst daran erinnert habe. In einer psychologischen Behandlung seien langsam "Erinnerungsfetzen" aufgetreten. Bis dahin sei die Versicherte bis auf leichte Essstörungen klinisch unauffällig gewesen. In den letzten Jahren hätten sich zunehmend depressive Verstimmungen gezeigt, die zu einem zunächst reduzierten Arbeitspensum als Turnlehrerin auf Kantonsschulstufe und schliesslich zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit und Berentung durch die Invalidenversicherung geführt hätten. Immer wieder sei die Beschwerdeführerin suizidgefährdet gewesen und habe sich zum Teil schwer selbstverletzt. Die Bauchschmerzen seien ohne organisches Substrat; eine Endometriose habe nicht nachgewiesen werden können. Trotz intensiver Therapie hätten die Beschwerden persistiert, was schliesslich die Invalidität herbeigeführt habe. Immer wieder sei es zu Notfallkonsultationen und -telefonaten mit ihm, dem Hausarzt, und der Ärztin am Universitätsspital gekommen. Die Beschwerdeführerin lasse sich auf eigene Kosten auch paramedizinisch behandeln; beispielsweise besuche sie eine Therapie nach Feldenkrais. Der Arzt schilderte die Versicherte unmittelbar vor dem zweiten stationären Aufenthalt als suizidal; sie habe sich vor kurzem am linken Arm wieder 20 Schnitte bis ins subkutane Fettgewebe reichend zugefügt. Eine chronische, schwere Depressivität mit entsprechender nihilistischer und von Schuldgefühlen geprägter Symptomatik gehe einher mit schweren Schlafstörungen und verbunden mit völliger Rückzug von sämtlichen Tätigkeiten (Bewegung, Sport, soziale Kontakte), welche ihr bisher noch Kraft gegeben hätten.

1.1.1.1.1.1.1 Gemäss den Angaben im Bericht vom 5. Juli 1999 wurde seit dem 28. August 1997 eine intensive, vor allem stützende, tiefenpsychologisch orientierte und kognitive Einzel-Psychotherapie - allerdings ohne nennenswerten Erfolg - durchgeführt. Die Sitzungen dauerten abwechselungsweise entweder 90 Minuten ein Mal wöchentlich oder je 60 Minuten zwei Mal in der Woche. Zur Unterstützung ihres psychischen Zustandes nahm die Beschwerdeführerin die Medikamente Deroxat und Zolofit (100mg täglich) sowie verschiedene Schmerz- und Beruhigungsmittel.

3.1.2.1.1.1.1 Am 28. Juni 2000 berichtete Dr. A. über den Verlauf der bisher durchgeführten Therapie (Urk. 7/17). Die Beschwerdeführerin habe sich beide Male mit höchsten Heilserwartungen in die Kliniken zur stationären Behandlung gegeben, die

jeweils aber nicht den von ihr erwarteten Erfolg gezeigt hätten. Daher habe sie sich nachher sehr negativ über die Hospitalisationen und die Therapien geäußert. Trotz der negativen Schilderungen habe sich ihr Zustand aber beide Male deutlich gebessert, und sie habe emotional stabilisiert werden können. Unterstützend benutzte sie nicht steroidale Antirheumatika, im Notfall (selten) Tramal, regelmäßig Efexor (150mg/d) sowie hin und wieder ein Benzodiazepin, wenn sie ihrer motorischen Unruhe wegen Entscheidungsunfähigkeit keinen angemessenen Ausdruck verleihen könne.

Dr. A.____ ersuchte am 28. Juni 2000 um Verlängerung der bisherigen Therapieintervalle von zwei Mal pro Woche bis Ende 2000 (Urk. 7/17) und wies zur Begründung darauf hin, dass die mit den Hospitalisationen erworbenen Strukturen mit einer wöchentlichen Therapiestunde nicht gehalten werden können. Er gab an, er arbeite nach wie vor daran, die enormen bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Dissoziationstendenzen zu vermindern und ihre pathologisch-destruktive "Selbsthypnose" zu durchbrechen. Diese "Selbsthypnose" habe in Zeiten des sexuellen Missbrauchs wohl ihre Berechtigung gehabt, hindere die Versicherte nun aber daran, ihre Umgebung mit etwas unvoreingenommeneren Augen zu betrachten. Die Beschwerdeführerin verliere gegenwärtig häufig den Kontakt zu sich und der Welt und kämpfe in solchen Situationen mit dem Verlangen, sich durch Selbstmutilationen der Welt und ihrer selbst zu vergewissern. Sie schlafe sehr schlecht, liege nachts wach und wisse tagsüber nichts mit sich anzufangen. Der Psychiater schilderte sie als ambivalent und ohne Antrieb und Initiative. Bereits die Entscheidung, aus dem Haus zu gehen, koste sie enorm viel Kraft. Ihre Gedanken seien negativistisch - nihilistisch; der Suizid sei nie ganz ausgeschlossen. Die Versicherte sehne sich nach sozialen Kontakten, nach einer Partnerschaft, nach Nähe. Gleichzeitig fürchte sie sich aber, abgewiesen zu werden. Zu den psychischen Beschwerden kämen Unterleibsschmerzen meist in der Mitte des Monatszyklus. Diese würden einer Metriose ähneln, ohne dass eine solche habe nachgewiesen werden können.

Aufgrund der gesamten Umstände erachtete der Arzt ein Abweichen von der Regelung gemäß der Verordnung 9 (resp. von Art. 3 Abs. 1 lit. b KLV in Kraft seit dem 1. Januar 1996) als gerechtfertigt. Er stellte in Aussicht, zu Beginn des neuen Jahres das weitere Prozedere erneut zu diskutieren; er hoffte, über deutliche Verbesserungen oder eine gute Konsolidierung des Erreichten berichten zu können, um dann die Versicherte mit einer Wochenstunde weiter therapieren zu können (Urk. 7/17 S. 2).

3.1.3 Dem Bericht von Dr. A.____ vom 12. Juni 2002 (Urk. 7/14) lassen sich erneut Anhaltspunkte von Suizidalität entnehmen. Diese sei schwer einschätzbar und sogar als akut zu bezeichnen. Dr. A.____ wies aktuell auf schwere depressive Verstimmungszustände hin, welche der Diagnose 'major depressive disorder' entsprechen würden. Zusätzlich seien dissoziative Störungen mit unerträglichem Schmerzzuständen vor allem im Genitalbereich (prämenstruell und menstruell) vorhanden. Der Arzt schilderte das Vorliegen von Depersonalisations- und Derealisationsphänomenen (sich weder mit sich noch mit der Welt verbunden fühlen), das Auftreten von Erschöpfung und Erschöpfbarkeit einhergehend mit Weinkrämpfen. Trotz einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit sei die Versicherte mit mehr oder weniger Beschwerden in der Lage, stundenweise zu malen, zu rudern, Goldschmiedearbeiten zu verrichten, zu täpfeln, zu radeln und zu schwimmen (Urk. 7/14 Ziff. 3).

Obwohl subjektiv bisher wenig essentielle Erfolge vorlägen, habe objektiv eine deutlichere Stabilisierung mit kleinen Schritten in Richtung Lebens- und Beziehungsgestaltung bewirkt werden können. Auf die vierzehntäglichen stattfindenden Gruppensitzungen könne wohl verzichtet werden, nicht aber auf die wöchentlichen Einzelsitzungen. Auch sei die Medikation nach wie vor unerlässlich (Zoloft und Dormicum).

3.1.4 Im Bericht vom 22. August 2003 (Urk. 7/11) wies Dr. A. ___ auf die schwere, sich dauernd wiederholende depressive Grundstimmung, die schweren dissoziativen Symptome und die rasche Ermüdbarkeit hin. Diese hindere die Beschwerdeführerin daran, Dinge zu tun, mit welchen sie sich früher habe Freude bereiten und sich Selbstwertgefühl verschaffen können, Anerkennung durch Dritte bekommen habe und damit Beziehungen habe leben können, die ausserhalb des üblichen und für sie grundsätzlich schwierigen Mann - Frau - Schemas liegen würden. Zum depressiven Syndrom gehörten nicht nur die hoffnungslose, pessimistisch-resignative Grundstimmung, sondern auch schwere Schlafstörungen, die von massiven Ängsten begleitet seien und eine Einengung des Denkens, der Konzentrations- und der Merkfähigkeit bewirken würden. Die seit Jahren andauernde perimenstruelle Problematik äussere sich in heftigen Unterbauch- und Rückenschmerzen, welche sich bereits eine Woche vor Auftreten der Blutungen bemerkbar machten und zunehmend intensiver auftreten würden. Menstruationen kämen für die Beschwerdeführerin eher einer Geburt als einem natürlichen, zum Frausein gehörenden physiologischen Vorgang gleich. Aufgrund der dissoziativen Beschwerden/Symptome könne die Versicherte ihren Körper grundsätzlich nicht oder dann bloss in irgendeiner schmerzhaften Art wahrnehmen. Dabei handle es sich um kognitive Defizite, Entfremdungs- und Derealisationssymptome, welche sie als "Ohne-Bezug-sein" erlebe und beschreibe. Früher hätten solche dissoziativen Phänomene zu Selbstverletzungen, blindem Dreinschlagen(-wollen) oder Faust- oder Kopf-gegen-die-Wand-Schlagen geführt und damit jeweils ihren Abschluss gefunden. Durch dysfunktionale und destruktive Verhaltensmuster sei es der Beschwerdeführerin kaum möglich, Beziehungen zu Männern aufzubauen, welche als Partner in Frage kämen.

Mit wöchentlichen Einzelsitzungen, von denen mittlerweile rund 120 stattgefunden hätten, zwei wöchentlichen Gruppensitzungen, für welche die Versicherte selber aufkomme, adjuvanter Psychopharmako-Therapie (Zoloft und Dormicum; vgl. Urk. 7/14) und einem 20minütigen Telefongespräch pro Woche, das er der Beschwerdegegnerin gar nicht in Rechnung stelle, sowie den zusätzlichen Therapien wie Feldenkrais und dergleichen sei es gelungen, parasuizidale oder suizidale Handlungen sowie stationäre Hospitalisationen zu vermeiden. Die dissozialen Symptome hätten abgenommen; es sei zu keinen Selbstverletzungen mehr gekommen. Stundenweise arbeite die Beschwerdeführerin in einer geschätzten Institution als Bürohilfe und habe vorübergehend einige PC-Supportarbeiten bei Betagten ausgeführt. Wenn es ihr besser gehe, sie Energie und Kraft verspüre, treibe sie verschiedene Sportarten wie Biken, Rudern, Tennis.

Der Psychiater erachtete ein wöchentliches Arbeiten angezeigt um vorwärts zu kommen und schätzte die notwendige Behandlungsdauer auf insgesamt mindestens noch zwei weitere Jahre. Er sprach auch davon, dass die Versicherte selber zweimal pro Woche Therapie wünsche (Urk. 7/11 S. 2).

insofern weitgehend stabilisiert, als weder ein weiterer Klinikaufenthalt noch eine betreute Wohnsituation mehr erforderlich gewesen seien.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch die Beschwerdeführerin lebt selbstständig. Ihr Zustand hat sich einigermaßen stabilisiert; Selbstverletzungen sind nicht mehr vorgekommen. Wenn es ihre Verfassung zulässt beschafft sie sich mit Goldschmieden und Tätowieren, und treibt gewisse Sportarten (Urk. 7/14 und 7/11). Gemäss den Angaben im Bericht vom 22. August 2003 arbeitet sie stundenweise in einer geschätzten Institution als Bürohilfe, und sie leistete vorübergehend PC-Support-Arbeiten bei betagten Menschen (Urk. 7/11). Bei dieser Sachlage liegt ebenfalls kein schweres Krankheitsbild vor, das eine Ausnahme von Art. 3 Abs. 1 KLV zu begründen vermöchte.

3.3 Ä Ä Ä Ä

3.3.1 Ä Ä Es ist daher zu prüfen, ob besondere Umstände vorliegen, welche ein Abgehen von den in Art. 3 Abs. 1 KLV enthaltenen Richtwerten angezeigt erscheinen lassen. Nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung (RKUV 2003 Nr. KV 263 S. 318) können solche Gründe etwa darin bestehen, dass eine längere stationäre Behandlung dank - und nur dank - einer den gesetzlichen Rahmen sprengenden, ambulant durchzuführenden Therapie zu vermeiden ist. Zum einen kann einer versicherten Person dadurch ermöglicht werden, ihren Lebensalltag weitgehend selbstständig zu bestreiten und damit ein normales Dasein zu führen. Die versicherte Person wäre in geringerem Masse von einer therapeutischen Institution abhängig und verfiere dadurch über grössere persönliche Freiheit, was sich positiv auf den ganzen weiteren Therapieverlauf auswirken dürfte. Des Weiteren fielen der Krankenversicherung weniger hohe Ausgaben an, ist doch offensichtlich, dass ein länger dauernder Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik weit mehr Kosten verursacht, als wöchentliche Therapiesitzungen. Unabdingbare Voraussetzung zur Annahme besonderer Umstände im Sinne der Rechtsprechung ist indes das Vorliegen einer überzeugend begründeten ärztlichen Bescheinigung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen F. vom 28. Juni 2005; K 17/05, mit Hinweisen).

3.3.2 Ä Ä Fest steht aufgrund der Aktenlage (Urk. 7/7, 7/11, 7/14 und 7/20), dass bei der Beschwerdeführerin erhebliche Störungen psychischer und daneben auch somatischer Natur vorliegen, welchen unbestrittenenmassen Krankheitswert zukommt, und welche weiterhin therapiebedürftig sind, was die Beschwerdegegnerin selber anerkennt (Urk. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die multiplen psychischen und somatischen Beschwerden werden seit Jahren mit einer psychotherapeutischen Einzel- beziehungsweise zusätzlichen Gruppentherapie angegangen und auch medikamentös behandelt. Offensichtlich wurden im Verlaufe der Behandlung bedeutende Fortschritte erzielt: Obwohl nach den beiden stationären Aufenthalten in der Klinik B. ___ und in der Psychiatrischen Universitätsklinik in D. ___ zunächst keine oder eine kaum erkennbare Besserung sichtbar war (Urk. 7/17 und 7/20) und die stationär erworbenen Strukturen und Verbesserungen des Zustandes nicht gehalten werden konnten (Urk. 7/17), ist doch zu beachten, dass nach der anhaltenden, intensiven ambulanten Therapierung keine weiteren stationären Klinikaufenthalte mehr notwendig waren. Weiter bestätigte Dr. A. ___, dass die zu Beginn der Behandlung vorgekommenen Selbstverletzungen nach und nach verschwunden sind und die Beschwerdeführerin auch keine parasuizidale und suizidale Handlungen mehr vorgenommen hat (Urk. 7/11).

Â Â Â Â Â Â Â Â Ziel der im August 1997 in Angriff genommenen Therapie war zunächst die Stabilisierung und Erhaltung der mit Hilfe der stationären Klinikaufenthalte gewonnenen Strukturen, wobei das allerdings nicht sogleich gelang (Urk. 7/20 und 7/17). Aus dem Bericht vom 12. Juni 2002 (Urk. 7/14) geht hervor, dass eine "deutlichere Stabilisierung und kleine Schritte in Lebens- und Beziehungsgestaltung" erzielt werden konnten. Dr. A. ___ umreisst in diesem Bericht das Therapieziel damit, der Beschwerdeführerin ein einigermaßen akzeptables Sozial- und Beschäftigungsleben zu schaffen und zu erhalten (Urk. 7/14 S. 2). Auch im Bericht vom 22. August 2003 umschreibt Dr. A. ___ die Behandlungsziele mit einer weiteren Stabilisierung ihres Zustandes; dysfunktionale Verhaltensweisen sollen behoben werden, um ihre Beziehungsfähigkeit zu verbessern. Der behandelnde Psychiater strebt weiter eine Verbesserung der kognitiven Defizite sowie die weitere Abnahme der dissoziativen Störungen als Grundlage für eine optimistischere Weltsicht an. Nach seiner Einschätzung sei noch viel psychotraumatische Arbeit zu leisten, damit die Versicherte ihre (Leidens-)Geschichte besser zu integrieren oder sich gar mit ihrer Herkunft zu versöhnen vermöge.

3.3.3 Â Â Kann aufgrund der gegenwärtigen Aktenlage zwar gesagt werden, dass mit der bis anhin durchgeführten Therapie doch einige relevante Fortschritte erzielt werden konnten, so ist andererseits fraglich, ob die erreichten Verbesserungen so ausreichend stabilisiert sind, dass sich nun eine Reduktion des bisherigen Therapieintervalls ohne Rückfallsgefahr vertreten lässt oder ob die Versicherte so labil ist, dass nur mittels häufiger Therapie (zwei Stunden oder eine Stunde pro Woche) eine psychische Dekompensation und ein allfälliger stationärer Klinikaufenthalt verhindert werden können (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 28. Juni 2005 in Sachen F., K 17/45, Erw. 4.2.2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten für eine Stunde bis zwei wöchentliche Therapiestunden von August 1997 bis Ende Juni 2000 übernommen und die Gutsprache über den gesetzlich vorgesehenen Rahmen hinaus bis Ende 2000 verlängert und erneut die Kosten für zwei wöchentliche Therapiestunden geleistet hat (Urk. 7/15). Ab 1. Januar 2001 übernahm die Beschwerdegegnerin indes - entsprechend Art. 3 Abs. 1 lit. b KLV - bis September 2003 noch eine wöchentliche Sitzung (Urk. 7/15, 7/12). Dass in dieser Zeit tatsächlich aber mehr therapiert wurde, als die Beschwerdegegnerin übernommen hat, geht aus dem Bericht von Dr. A. ___ vom 22. August 2003 (Urk. 7/11) hervor. Der Psychiater wies darin auf bisher stattgefundenen rund 120 Einzelsitzungen und auf zwei wöchentlichen Gruppensitzungen hin, für welche die Versicherte selber aufgekommen ist, und erwähnte wöchentliche Telefongespräche von 20 Minuten Dauer, die er gar nicht in Rechnung gestellt hat. Offenbar hat diese hohe Therapiefrequenz, die jeweils über der von der Kasse verfügbaren lag, doch zu einem gewissen Erfolg mit der erwähnten erheblichen Stabilisierung des Gesundheitszustandes geführt. Welche Frequenz jedoch weiterhin notwendig ist, damit die vom Psychiater formulierten Ziele erreicht werden können beziehungsweise um zu verhindern, dass es allenfalls zu einer Dekompensation und zu einem Klinikaufenthalt kommt, ist bei dieser Ausgangslage schwierig zu beurteilen. Der behandelnde Psychiater selber äussert sich diesbezüglich zu vage und unklar. Es wird aus seinen Darlegungen nicht klar, ob er dieses erhöhte Intervall objektiv gesehen als notwendig erachtet hat, oder ob er einzig dem dokumentierten Wunsch der Versicherten

entsprochen hatte, häufiger Therapie zu haben (vgl. Urk. 7/7 S. 1). Auch für die künftig notwendige Therapie legt sich der Arzt nicht hinreichend bestimmt fest. So erwähnte er im Schreiben vom 22. August 2003 erneut den von der Beschwerdeführerin geäusserten Wunsch, wöchentlich zwei Sitzungen zu haben und hielt im Anschluss daran einzig fest, "auch ich bin überzeugt, dass wir wöchentlich arbeiten müssen, um vorwärts zu kommen, [...]"; Urk. 7/11 S. 2), und bat die Beschwerdegegnerin um entsprechende Unterstützung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hierzu ist anzufügen und zu betonen, dass objektiv zu beurteilen ist, in welchem Ausmass Leistungen zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung zu erbringen sind. Nicht entscheidend ist dabei die subjektive Auffassung der Versicherten, da die ärztliche Psychotherapie nur vergütungspflichtig ist, wenn und solange es sich um die Behandlung eines Leidens mit Krankheitswert handelt, d.h. Therapien zur Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsreife und dergleichen nicht vergütungspflichtig sind (RKUV 1991 Nr. K 883 S. 302).

3.3.4 Ä Ä Festzuhalten ist, dass die in Art. 3 Abs. 1 lit. a-c KLV aufgelisteten Therapieintervalle Richtwerte darstellen, von denen bei Vorliegen eines Ausnahmefalles abgewichen werden kann (RKUV 1995 Nr. K 969 S. 170). Unerlässlich für ein Abweichen sind indes medizinische Unterlagen, die namentlich über Diagnose, bisherigen Krankheitsverlauf, Umfang der in den letzten Jahren durchgeführten Therapie und Indikation für die Weiterführung der Psychotherapie näher Aufschluss geben (RKUV 1991 Nr. K 883 S. 302).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie vorstehend in Erw. 3.3.2 erwähnt, äusserte sich der behandelnde Arzt zwar zum Ziel der Therapie. Wie dargestellt, begründete er jedoch weder die Notwendigkeit der bis anhin tatsächlich ausgeübten Therapiekadenz noch die künftige angestrebte Behandlungsintensität überzeugend. In seinem Bericht vom 22. August 2003 und in seiner Stellungnahme vom 16. November 2003 finden sich aber begründete Anhaltspunkte, wonach aufgrund der angefordigten Reduktion der Leistungsübernahme eine Rückfallsgefahr besteht. Dr. A. berichtet davon, dass die bevorstehende Reduktion der Therapiestunden bei der Versicherten einen Schock ausgelöst habe; eine vertiefte Depressivität und verstärkte dissoziative Symptome seien als Reaktion auf den Entscheid der Krankenkasse zu beobachten. Die Versicherte habe sich in all ihren resignativ-negativistischen Grundannahmen über die deprivative Welt bestärkt gefühlt. In ihrer persönlich verfassten Einsprache vom 2. Dezember 2003 (Urk. 7/5) führte die Beschwerdeführerin aus, sie habe in den wöchentlichen Therapiestunden eine Möglichkeit erblickt, sich jeweils soweit zu stabilisieren, dass sie im Alltag "knapp über die Runden gekommen sei", so dass weitere Klinikaufenthalte hätten vermieden werden können.

3.3.5 Ä Ä Dr. C. verneint eine weiterhin wöchentliche einstündige Therapierung mit dem Verdacht, es werde lediglich die Abhängigkeit gefördert, ohne dass die Chronifizierung des Krankheitsbildes verhindert werden könne (Urk. 7/4 S. 1). Dennoch schlägt er um der Gefahr einer Dekompensation vorzubeugen, selber vor, die nun vorgesehene vierzehntägige Therapie auf eine wöchentliche, vielleicht halbstündige Therapie zu verteilen (Urk. 7/4 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies vermag jedoch die verlangte Reduktion nicht überzeugend zu begründen. Es ist zwar dem Leiden aufgrund seiner Dauer eine gewisse Chronifizierung

nicht abzusprechen. Auch scheint - wie aus Äusserungen von Dr. A.____ hervorgeht - die Gefahr einer gewissen Abhängigkeit vom Therapeuten möglich zu sein, legte dieser doch dar, die Versicherte habe nach den stationären Aufenthalten "partout" die Nachbetreuung bei ihm machen wollen (Urk. 7/17). Eine solche, einen weitergehenden Erfolg verhindernde Abhängigkeit ist bei der gegenwärtigen Aktenlage allerdings nicht erstellt. Auch ist anzuführen, dass bei der erreichten Verbesserung der Situation, die sich gegen aussen in der erwähnten fortgeschrittenen Wiedereingliederung in eine Tagesstruktur und für die Versicherte in einer weitgehend stabilisierten psychischen Lage ohne Selbstverletzungen und Suizidalität äussert, nicht von einem bescheidenen therapeutischen Erfolg und damit von einer erheblichen Chronifizierung, die durch eine fortwährende Therapiekadenz einzig noch unterstützt und aufrecht erhalten wird (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 24. Januar 2001 in Sachen G., K 8/00), gesprochen werden kann. Es scheint allerdings fraglich, ob mit der von Dr. C.____ vorgeschlagenen, wahren, verkürzten oder mit einer 14-tägigen Therapiekadenz ein weitergehender Erfolg erreicht werden kann, und noch von einer wirksamen und zweckmässigen Therapie gesprochen werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der gesamten Umstände erweist sich die Sache daher nicht als spruchreif und ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein psychiatrisches Gutachten einhole, welches sich zur Frage der zeitlichen Kadenz einer weiterzuführenden wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Psychotherapie äussert. Es steht dabei im Ermessen der Verwaltung, die psychiatrische Fachperson für dieses Gutachten auszuwählen, diese ist nicht vom Gericht näher zu bestimmen. Der Beschwerdeführerin stehen jedoch die in Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG erwähnten Mitwirkungsrechte, namentlich die Ablehnung einer von der Verwaltung ausgewählten Fachperson aus triftigen Gründen und die Nennung einer anderen Fachperson, zu.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat (Ä§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG).

Die Entschädigung ist angesichts des Umfangs von Beschwerdeschrift und Akten sowie des Schwierigkeitsgrades der sich stellenden Rechtsfragen nach richterlichem Ermessen gestützt auf Ä§ 8 Abs. 2 der Verordnung über die sozialversicherungsgerichtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigung (GebVO SVGer) auf Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 19. Februar 2004 aufgehoben und die Sache an die Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über ihre Leistungspflicht entscheide.

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Carola Reetz
- Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung
- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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