

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00022

vom 20. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2012.00022

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00022 du 20 août 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00022 del 20 agosto 2013

Erwägungen

E. 1

(Urk. 7/10) und seine Ärztin am 25. Oktober 2011 (Urk. 7/13) den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangten.

E. 1.1

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

E. 1.2

Die Leistungen, deren Kosten die Krankenversicherung bei Krankheit zu übernehmen hat, sind in Art. 25 KVG in allgemeiner Weise umschrieben. Darin erwähnt sind die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag von Ärzten und Ärztinnen beziehungsweise Chiropraktoren und Chiropraktorinnen Leistungen erbringen. Nach der Rechtsprechung gehören die an unselbstständige nichtärztliche Psychologen oder Psychotherapeuten des behandelnden Arztes delegierten medizinischen Vorkehren zu den in Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 und 3 KVG erwähnten allgemeinen Leistungen bei Krankheit und somit zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen, sofern die Massnahmen in den Praxisräumen des Arztes und unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit vorgenommen wurden und es sich um eine Vorkehrung handelte, die nach den Geboten der ärztlichen Wissenschaft und Berufsethik sowie nach den Umständen des konkreten Falles grundsätzlich delegierbar war (BGE 131 V 178, E. 2.2.2; BGE 125 V 441 E. 2c und d; Urteil des Bundesgerichts K 75/02

vom 8. Juli 2003 E. 2.1).

E. 1.3

Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement des Innern in der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) die Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie geregelt.

Gemäss Art. 2 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist (Abs. 1). Psychotherapie wird in Abs. 2 dieser Bestimmung als Therapie definiert, die:

psychische und psychosomatische Erkrankungen betrifft (lit . a) ;

ein definiertes therapeutisches Ziel anstrebt (lit . b) ;

vorwiegend auf der sprachlichen Kommunikation beruht, aber eine unterstützende medikamentöse Therapie nicht ausschliesst (lit . c) ;

auf einer Theorie des normalen und pathologischen Erlebens und Verhaltens sowie einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut (lit . d) ;

die systematische Reflexion und die kontinuierliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung beinhaltet (lit . e) ;

sich durch ein Arbeitsbündnis und durch regelmässige und vorausgeplante Therapiesitzungen auszeichnet (lit . f) ; und

als Einzel-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapie durchgeführt wird (lit . g) .

E. 1.4

Gemäss Art. 3 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten für höchstens 40

Abklärungs- und Therapiesitzungen, wobei Art. 3b KLV vorbehalten bleibt .

In Art. 3b KLV ist das Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen geregelt. Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin rechtzeitig zu berichten, wenn die Psychotherapie nach 40

Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden soll . Der Bericht muss Auskunft geben über die Art der Erkrankung (lit . a), die Art, das Setting, den Verlauf und die Ergebnisse der bisherigen Behandlung (lit . b) sowie einen Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie unter Angabe des Ziels , des Zweckes , des Settings und der voraussichtlichen Dauer der Therapie enthalten (lit . c) .

Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung darf der Bericht nur Angaben enthalten, die zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

In Abs. 3 der Bestimmung ist geregelt, dass der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin den Vorschlag prüft und beantragt, ob und für welche Dauer bis zum nächsten Bericht die Psychotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

Art. 3 und 3b KLV verstärken den Druck auf Leistungserbringer und Patienten, über das erforderliche Mass hinausgehende Therapie zu vermeiden, indem Letztere einer straffen, zeitlich gestaffelten Wirtschaftlichkeitskontrolle unterworfen wird, die praktisch in eine vertrauensärztliche Behandlungsführung ausmündet (Eugster , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht , Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Zürich 2010, Art. 25

Rz

18).

E. 1.5

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

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

E. 1.6

In Art. 57 KVG ist die Stellung der Vertrauensärzte geregelt. Diese beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Abs. 4).

Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen (Abs. 5).

Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Abs. 4 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren

(Abs. 6).

Es liegt allein in der Entscheidungskompetenz des Vertrauensarztes, worüber Auskunft zu erteilen ist. Das Verhältnismässigkeitsprinzip ist indes zu wahren (Eugster , a.a.O. , Art. 57

Rz

8).

1.

E. 2

1. Mai 2012 (Urk. 6) beantragte die Prognès die Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. März 2012 (Urk. 7/24) davon aus, dass auf Grund der Angaben der behandelnden Ärztin des

Beschwerdeführers davon auszugehen sei, dass s dieser in den Jahren 2004 bis 2007 täglich Cannabis konsumiert habe (S. 2) .

A uf Grund der Einschätzung durch ihren Vertrauensarzt sei davon auszugehen , dass zwischen eine r allfälligen Drogeneinnahme und der Beurteilung der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der psychotherapeutischen Behandlung ein enger Zusammen hang bestehe , da ein Gebrauch von Cannabis zu einer seelischen Störung führen könne, welche die Wirksamkeit der Psychotherapie verhindern könne . Die Zweckmässigkeit weiterer delegierter Psychotherapie könne gestützt auf die medizinische Dokumentation nicht bejaht werden.

D ie Durchführung eines Dro genscreenings sei daher angezeigt (S. 6 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bringt hiegegen vor, dass er seinen Konsum von Canna bis vor bald sechs Jahren eingestellt habe, weshalb ein Zusammenhang zwi schen dem damaligen Cannabis-Konsum und der zu beurteilenden Psychothera pie zu verneinen sei (Urk. 1 S. 3) . Ein Drogenscreening sei sodann nicht geeig net, die Wirksamkeit der Psychotherapie zu prüfen, da ein allfälliger Drogen konsum keinen Einfluss auf die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen habe (Urk. 1 S. 5). In der Vergangenheit habe er auf Grund einer Angstproble matik Cannabis konsumiert. Als er festgestellt habe, dass der Cannabis-Konsum in Bezug auf die Ängste keine Lösung darstellte, habe er sich einer Psychothe rapie unterzogen und den Cannabis-Konsum eingestellt (Urk.

E. 2.3

Gestützt auf die Akten ergibt sich, dass der Vertrauensarzt der Progrès die Wei terführung der Psychotherapie für ein Jahr (40 Sitzungen) empfahl, jedoch unter der Auflage eines Drogenscreenings (Urk. 7/3).

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Progrès die Kostenübernahme der Psycho therapie nach 40 Sitzungen zu Recht von der Durchführung eines Dro genscreenings abhängig machte beziehungsweise die weitere Kostenübernahme mangels Durchführung eines Drogenscreenings ablehnte. 3 . 3 . 1

Dr. med. Z.____ , Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem gemeinsam mit Dr. A.____ , Fachpsychologin für Psy chotherapie FSP, verfassten Bericht betreffend die ersten 40 Sitzungen der dele gierten Psychotherapie des Beschwerdeführers vom 1 7. März 2011 (Urk. 7/4) die folgenden Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen - ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung.

Die Ärztin erwähnte, der Beschwerdeführer habe in seiner Kindheit daran ter gelitten , dass er von seiner Mutter verlassen worden sei . Während der Ausbildung zum Elektroingenieur in den Jahren 2004 bis 2007 habe er täglich mehrmals Cannabis konsumiert. Nach Abschluss der Ausbildung habe er ver mehrt unter depressiven Verstimmungen, Ängsten und suizidalen Gedanken ge litten und sich einer ersten Psychotherapie unterzogen, welche es ihm ermög licht habe, seinen langjährigen Cannabis-Konsum bis heute zu sistieren. Die gegenwärtig seit dem 16. März 2009 durchgeführte Psychotherapie habe der Beschwerde führer wegen Beschwerden im Rahmen von Konflikten im berufli chen und sozialen Alltag angetreten (S. 1). Unter der laufenden Psychotherapie sei es ihm möglich, in beruflichen und privaten Beziehungen ordentlich zu funktionieren. Der Beschwerdeführer habe sowohl beruflich wie privat ein schneidende Schritte unternehmen können. Berufsbegleitend

absolviere er die Ausbildung zum Primarlehrer und er habe seine Wohnsituation geändert. Ohne den Halt der Psychotherapie wäre eine erneute Symptomzunahme inklusive vermehrter Suizidalität zu befürchten. Ziel der Psychotherapie sei nebst der Stabilisierung und Haltgebung die Bearbeitung der Traumatisierung in der frühen Kindheit, welche zur aktuellen Symptomatik geführt habe (S. 2).

3.2

In ihrer Stellungnahme vom 2. Februar 2012 (Urk. 7/21/1) führte Dr. Z.____ in Bezug auf das vom Vertrauensarzt der Progrès für die Gewährung weiterer Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen angeordnete Drogen screening aus, dass ein Drogenscreening beim Beschwerdeführer nicht angezeigt sei, da ein medizinischer Zusammenhang zwischen der gegenwärtig durchgeführten Psychotherapie und einem allfälligen Cannabis-Konsum des Beschwerdeführers zu verneinen wäre. 3.3

Dr. med. et dipl. psych. B.____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und Facharzt für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2012 (Urk. 7/22/3 = Urk. 7/22/4) aus, aufgrund der Drogenanamnese sei es angezeigt, ein Drogenscreening durchzuführen. Wenn dieser Test positiv ausfalle, werde alsdann zu prüfen sein, ob eine delegierte Psychotherapie sinnvoll und zweckmässig sei, oder ob einer Suchttherapie den Vorrang zu geben sei (S. 2). Wenn nach einem langjährigen Cannabis-Konsum eine drogenbedingte Persönlichkeitsänderung vorliege, sei eine Suchttherapie und keine delegierte Psychotherapie indiziert. Auf Grund der subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers sei eine drogenbedingte Persönlichkeitsänderung zu vermuten (S. 3).

Bei dem von ihm angeordneten Drogenscreening handle es sich um einen mittels einer Urinprobe durchgeführten Drogentest. Es sei ein

nicht-invasiver Eingriff ohne Blutentnahme. Die Anordnung eines solchen einmaligen Drogentests stelle eine zumutbare Massnahme dar (S.

1). 4.4.1

In einem in der medizinischen Fachzeitschrift Info Neurologie und Psychiatrie veröffentlichten Artikel schilderte Prof. Dr. med. Thomasius einerseits Auswirkungen des Cannabiskonsums und erwähnte andererseits komorbide Störungen, welche bei 70 % der Cannabisabhängigen vorkämen. Zu den möglichen Auswirkungen zählt er beispielsweise Euphorie, Entspannung, psychomotorische Verlangsamung, motorische Störungen, kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Reaktionszeit, Gedächtnis), formale Denkstörungen (assoziative Lockerung, Beschleunigung, Weitschweifigkeit, Ideenflucht), Wahrnehmungsstörungen, Depersonalisations- und Derealisationserleben sowie transiente psychotische Episoden. Nach hoch dosiertem Cannabiskonsum könne es zu länger anhaltenden psychotischen Episoden mit schizophreniformer Symptomatik kommen, und nach chronischem und exzessivem Missbrauch könne ein Amotivationales Syndrom, welches gekennzeichnet sei durch Lethargie, Passivität, Affektverflachung und Interesselosigkeit, auftreten. Bei den komorbiden Störungen handle es sich mehrheitlich um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen und (seltener) um schizophrene Psychosen (Prof. Dr. med. Rainer Thomasius, Psychiatrische Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Cannabismissbrauch und -abhängigkeit erkennen und behandeln - Die Folgen regelmässigen Konsums werden oft unterschätzt in: Info

Neurologie und Psychiatrie 2005/6 S. 38-44 insbesondere S. 39 f. ; Urk. 7/22/5). Prof. Dr. Thomasius hielt weiter fest, bei der Behandlung der Störungen durch Cannabismissbrauch müssten vier Behandlungsebenen berücksichtigt werden: Die Behandlung der körperlichen Auswirkungen des Substanz missbrauchs , die Behandlung der psychischen Funktionsstörungen (Wahr nehmungsstörungen , Problemlösungsstörungen, Ausdrucksstörungen, emo tionale Störungen, Motivationsstörungen, Störungen der Psychomotorik), die Behandlung der Entwicklungsstörungen (beispielsweise fehlende Schul- und Berufsausbildung, fehlende Lebensperspektiven) sowie die Behandlung der komorbiden psychischen Störungen (beispielsweise der Angststörungen, depressi ven Störungen, Persönlichkeitsstörungen). In Bezug auf die einzelnen Auswirkungen führte Prof. Dr. Thomasius beispielsweise an, bei einem schädli chen Cannabisgebrauch seien vor allem folgende Behandlungsformen in Betracht zu ziehen:

kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme, soziales Kompetenztraining, Motivationsförderung in Gruppen und Familientherapie. Eine Entwöhnungstherapie und eine Abstinenzförderung seien bei cannabisin duzierten , länger anhaltenden psychotischen Episoden, beim Amotivationalen Syndrom und bei kognitiven Störungen durch Cannabisgebrauch angezeigt. Die Behandlung komorbider psychischer Störungen (unter anderem Angststörungen, depressive Störungen, Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen) entspre che den üblichen Standards und Empfehlungen. Besondere Empfehlungen für Cannabisabhängige lägen nicht vor (S. 42 f.). 4 .2

In einem in der Fachzeitschrift Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie ver öffentlichten Artikel (U. Bonnet et al., AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen, in: Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 2004 S. 318-329) stellen die Autoren fest, dass sich schätzungsweise bei 70 % der Cannabisabhängigen eine andere komorbide psychische Störung finden lasse (S. 321), dass die Mehr zahl der Cannabisabhängigen an Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen leide, und dass diese oft unter Angsterkrankungen, Depressionen und schizo phrene n Psychosen litten . Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen würden zudem Cannabis zur besseren Affekt- und Impulsregulierung einsetzen (S. 323). Auf die Entwicklung spezifischer Behandlungs- und Präventionspro gramme bei Cannabisproblemen könne nicht verzichtet werden (S. 326). 4 .3

Die Autoren eines im Schweizerischen Medizin-Forum veröffentlichten Artikels (Michael Schaub und Rudolf Stohler , Langzeitschäden durch Cannabis - ein unter schätztes Problem, in: Schweizerische s Medizin-Forum 2006/6 S. 1128-1132) führten aus, dass neuere prospektive Studien relativ deutliche Asso ziationen zwischen einem Cannabiskonsum und späteren Depressionen zeigten, und dass gerade bei Mädchen, welche bereits früh Cannabis konsumierten, ein erhöhtes Risiko für eine spätere Depression bestehe (S. 1131). 4 .4

In einem im American Journal of

Psychiatry veröffentlichten Artikel (Gregory B. Bovasso , Cannabis Abuse as a Risk Factor

for Depressive Symptoms, in: American Journal of

Psychiatry 2001 S. 2033-2037) stellte der Autor fest, dass die Fragen, ob und inwiefern psychische Störungen wie eine Depression einen vorbestehenden Risikofaktor beim

Drogenmissbrauch darstellen, und/oder ob der Drogenmissbrauch für das Auftreten psychischer Störungen verantwortlich sei, in der Fachliteratur kontrovers diskutiert werde (S. 2033). Medizinische Studien hätten ergeben, dass depressive Symptome bei Cannabiskonsumenten im Vergleich zur übrigen Bevölkerung häufiger auftreten würden. Dies spreche dafür, dass Cannabiskonsumenten einem grösseren Risiko ausgesetzt seien, an einer Depression zu erkranken (S. 2036). 5.

5.1

Gestützt auf die zitierte Fachliteratur ist - in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin - nicht auszuschliessen, dass der Konsum von Cannabis zu behandlungsbedürftigen Symptomen und zu psychischen Störungen führen beziehungsweise diese begünstigen kann. In diesem Zusammenhang erscheint das Bedürfnis der Beschwerdegegnerin, im Rahmen der vertrauensärztlichen Beurteilung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Fortsetzung der Psychotherapie gemäss Art. 3b KLV Kenntnis über einen allfälligen Drogenkonsum zu haben, als nachvollziehbar, zumal diese Kenntnis eine allfällige Anpassung und damit Optimierung der Therapie im Einzelfall ermöglichen könnte. Bei der Anordnung und beim Einholen entsprechender Auskünfte ist indes das Verhältnismässigkeitsprinzip zu wahren und der konkrete Einzelfall zu würdigen (BGE 133 V 359 E. 6.5; vgl. auch vorstehend Erwägung 1.6). 5.2

Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer während der Zeit am C.____ von 2004 bis 2007 begann, täglich mehrfach Cannabis zu konsumieren (Urk. 7/4 S. 1). Wie lange der Konsum andauerte, kann gestützt auf die Akten nicht klar beurteilt werden. Im Rahmen der ersten, bereits im Jahr 2007 und nicht bei Dr. Z.____ beziehungsweise Dr. phil. A.____

durchgeführten Psychotherapie konnte der Cannabiskonsum jedoch gemäss Dr. Z.____ beibehalten werden (Urk. 7/4 S. 2). In seiner Einsprache vom 7. Dezember 2011 führte der Beschwerdeführer in Übereinstimmung damit an, er habe vor bald sechs Jahren Cannabis konsumiert, habe jedoch damit aufgehört und konsumiere keinerlei Drogen mehr (Urk. 7/17 S. 1). Mit Beschwerde (Urk. 1 S. 5 f.) und Replik bestätigte er ferner mehrfach, keinerlei Drogen zu nehmen und wies dabei gar auf ein in einem anderen Zusammenhang durchgeführtes Untersuchungsergebnis hin (Urk.

E. 6

S. 2). Mit Replik vom 22. Juni 2012 (Urk. 12 S. 1) hielt der Beschwerdeführer an seinem gestellten Rechtsbegehren fest. Des gleichen hielt die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 12. Juli 2012 (Urk. 16 S.

2) an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Eine Kopie letzterer Eingabe wurde dem

Beschwerdeführer am 17. Juli 2012 zugestellt (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 7

Das Sozialversicherungsverfahren und insbesondere auch das krankensicherungsrechtliche Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige

Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indes nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der versicherten Personen. Gemäss Art. 28 Abs. 2 ATSG muss, wer Versicherungsleistungen beansprucht, unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind (Art. 28 Abs. 2 ATSG).

Art. 43 ATSG regelt die Abklärungspflicht des Versicherungsträgers und die Mitwirkung der versicherten Personen. Laut Abs. 1 Satz 1 dieser Bestimmung prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG).

E. 12

S. 3).

Auch wenn der Beschwerdeführer somit zum Zeitpunkt des Verlängerungsge suchs der delegierenden Ärztin im März 2011 noch unter einer depressiven Erkrankung und einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung litt (Urk.

7/4), lassen die Ausführungen der behandelnden Therapeuten und des Beschwerdeführers sowie dessen konkreten Lebensumstände keine spezifischen Rückschlüsse auf eine Drogenproblematik zu. Es ist nicht davon auszugehen, dass ein Drogenkonsument in der Lage ist, nebst einer Erwerbstätigkeit als Elektroingenieur einer Ausbildung zum Primarlehrer nachzugehen. Dass der Beschwerdeführer dabei sowohl in der Ausbildung wie auch im Beruf und im Privatleben mit Ängsten und Problemen konfrontiert ist, darf sodann nicht ohne Weiteres auf eine behandlungsbedürftige Drogenproblematik zurückgeführt werden, vielmehr dürften die Probleme im Beziehungsverhalten gestützt auf die Ausführungen von Dr. Z. ___ mit der frühkindlichen Traumatisierung zusammenhängen.

Ohne konkrete Hinweise, dass ein aktueller Drogenkonsum besteht, welcher den Therapieerfolg behindert, erscheint somit die Anordnung eines Drogen screenings als Grundlage für die Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit und mithin als Voraussetzung für die Kostenübernahme weiterer Psychotherapiebehandlungen als nicht verhältnismässig. 5.4

Dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Gesuchs um Verlängerung der Kostengutsprache für die Psychotherapie im März 2011 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen und eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (Urk. 7/4) vorlagen, wurde sodann vom Vertrauensarzt der Progrès nicht in Frage gestellt (vgl. Urk. 7/3, Urk. 7/22/2-3). Somit bestünden - falls ein Cannabiskonsum vorläge - komorbide Störungen. Dabei kann offen gelassen werden, ob diese auf das frühkindliche Trauma oder den unbestrittenen Cannabiskonsum im Zeitraum von circa 2004 bis 2007 zurückzuführen sind. Denn Prof. Dr. Thomasius hielt in seiner Publikation ausdrücklich fest, die Behandlung komorbider psychischer Störungen entspreche den üblichen Standards und Empfehlungen. Besondere Empfehlungen für Cannabis abhängige lägen nicht vor (Urk. 7/22/5 S. 42). Damit widerspricht er der Auffassung des Vertrauensarztes der Progrès diametral, welcher festhielt, bei einer drogenbedingten Persönlichkeitsveränderung sei eine Suchttherapie und keine delegierte Psychotherapie indiziert (Urk. 7/22/3 S. 2 f. = Urk. 7/22/4 S. 3). Entgegen der Auffassung des Vertrauensarztes ist für den medizinischen Laien nicht nachvollziehbar, inwiefern eine

manifeste Persönlichkeitsstörung mit einer Suchttherapie behandelt werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Therapie der depressiven Erkrankung und der Persönlichkeitsstörung an sich nach dem üblichen Standorts erfolgen würde. Dies gilt umso mehr, als die Progrès selber festhielt, sollte ein allfälliger Cannabiskonsum nachgewiesen werden können, bliebe die Frage offen, ob nicht gegebenenfalls eine suchtmittelmedizinische Behandlung die zweckmässigere Massnahme wäre (Urk. 6 S.

9). 5.5

Zusammenfassend bestand somit konkret kein Grund für die Anordnung eines Drogenscreenings, weshalb es bei der Einschätzung des Vertrauensarztes der Progrès vom 22. März 2011 bleibt, wonach die Kostengutsprache für weitere 40

Sitzungen für ein Jahr empfohlen wurde. Es gibt keine Anhaltspunkte, wonach die Progrès von dieser Einschätzung - ohne die Voraussetzung des Drogenscreenings - abgewichen wäre, weshalb es damit sein Bewenden hat. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und es ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf weitere 40 Sitzungen Psychotherapie für ein Jahr hat. 6.

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 GSVGer sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV

SVGer]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

In Anwendung dieser Kriterien rechtfertigt es sich, dem Versicherten eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Progrès Versicherungen AG vom 13. März 2012 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem Kostenübernahmesuch vom 17. März 2011 Anspruch auf weitere 40 Sitzungen Psychotherapie für ein Jahr hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Ueli Kieser - Progrès Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannVolz RA/VM/MPversandt

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