

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00081 vom 31. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2015.00081

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00081 du 31 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00081 del 31 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 19 52, ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nach folgend: Concordia) obligatorisch gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) krankenpflegeversicherung (Urk. 15/1-2). Mit Schreiben vom 24. Oktober 2014 holte die Concordia den Bericht von Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Arzt für Homöopathie, vom 3. November 2014 ein, wo nach die vorwiegend hausärztliche psychosomatische Behandlung bei ihm abgeschlossen und es zu einem Arztwechsel gekommen sei (Urk. 15/4). Ab dem 4. September 2014 liess sich die Versicherte in der Praxis von Dr. med. Z.____ und des Psychotherapeuten lic. phil. A.____, wo in der Regel einmal wöchentlich eine analytische Gesprächspsychotherapie durchgeführt wurde, behandeln (Bericht vom 1. Dezember 2014, Urk. 15/5 S. 1).

Die Concordia holte bei ihrer Vertrauensärztin Dr. med. B.____, Fachärztin für Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin, die Stellungnahmen vom 13. Januar 2015 (Urk. 15/6) ein und teilte Dr. Z.____

mit Kopie an die Versicherung am 21. Januar 2015 mit, dass mangels Indikation für eine Psychotherapie keine weiteren Kosten mehr übernommen würden (Urk. 15/8).

Die Versicherte verlangte daraufhin eine anfechtbare Verfügung (Urk. 15/9). Die Concordia holte die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 18. Februar 2015 (Urk. 15/7) ein. Im März 2015 erlitt die Beschwerdeführerin einen Herzinfarkt (Urk. 15/26, Urk. 22 S. 2).

Die Concordia

stellte mit Verfügung vom 9. April 2015 fest, dass sie an ihrem Entscheid vom 21. Januar 2015 festhalte und keine weiteren Kosten für eine Psychotherapie übernehme (Urk. 15/11).

Da gegen erhob die Versicherte am 5. Mai

2015 Einsprache (Urk. 15/12). Mit Schreiben vom 13. Juli 2015 forderte

Dr. Z.____ die Concordia erneut auf, die Kosten für die laufende Psychotherapie zu übernehmen (Urk. 15/15). Mit Einspracheentscheid vom 10. August 2015 wies die Concordia die Einsprache der Versicherten ab (Urk. 2).

E. 1.1

Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in den Art.

25-31 KVG aufgeführten Leistungen nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Zum Leistungsbereich gemäss den Artikeln 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG).

Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant

von Ärzten und Ärztinnen (Art. 25 Abs. 2 lit . a Ziff. 1 KVG) und von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit . a Ziff. 3 KVG) , durchgeführt werden .

Nach Art. 26 übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung unter dem Titel medizinische

Prävention ausserdem die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.

E. 1.2

Als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird in Art. 32 Abs. 1 KVG verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf ein angestrebtes diagnostisches, therapeutisches oder pflegerisches Ziel hinzuwirken (BGE 130 V 299 E.

E. 1.3.1

Gemäss Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen (oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen) erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Diese Kompetenz hat er gestützt auf die Ermächtigung in Art. 33 Abs. 5 KVG dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) übertragen (Art. 33 lit . a der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV).

Das EDI hat in Art. 2 ff. der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) die Leistungspflicht für die ärztliche Psychotherapie geregelt. Gemäss Art. 2 Abs. 1 KLV in der seit 1. Juli 2009

geltenden Fassung übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Als belegt gilt die Wirksamkeit der drei Hauptverfahren (psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie und systemische Therapie; Eugster , Krankenversicherung, in: SBVR, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 528 Rz 401).

Nur die von Ärzten durchgeführte Psychotherapie und die so genannte delegierte, von nichtärztlichen Psychologen oder Psychotherapeuten durchgeführte

Psychotherapie

zählen zu den Pflichtleistungen (BGE 125 V 441 E.

2d ; Eugster , a.a.O., S. 528

Rz 400). Damit die Krankenversicherung die Kosten der delegierten Psychotherapie vergütet, muss die psychotherapeutische Behandlung durch einen von einem Arzt angestellten (nicht ärztlichen) Psychologen oder Psychotherapeuten in den Praxisräumen dieses Arztes und unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit durchgeführt werden (vgl. BGE 125 V 441 E. 2b). Diese Voraussetzungen erklären sich daraus, dass auch bei Vorliegen des Delegationsverhältnisses die Therapie nach wie vor als „ärztliche“ Leistung gilt, dass also eine engere Beziehung zwischen delegierender und delegiert arbeitender Person bestehen muss (vgl. Kieser , Delegierte Psychotherapie, in: Schweizerische Ärztezeitung 2004 Nr. 11 S. 575).

Davon zu unterscheiden sind psychiatrische ambulante Behandlungen durch den Arzt, welche psychotherapeutische Gespräche nicht ausschliessen, jedoch in der psychiatrischen Behandlung insgesamt nicht im Vordergrund stehen. Es handelt sich dabei um integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen (IPPB), welche nicht nach Art. 2 ff. KLV (vgl. dazu E. 1.3.2 f. hernach) abzurechnen sind. Auch bei einer solchen Behandlung ist die Versicherung befugt, einen Bericht vom behandelnden Psychiater zur Prüfung der Voraussetzungen nach Art. 32 Abs. 1 KVG zu verlangen (vgl. zur Abgrenzung der Begriffe IPPB und delegierte Psychotherapie: Manual der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte [SGV, SSMC], Kapitel 4 1. Psychiatrie und Psychotherapie, Update 3. Auflage Juni 2010; abrufbar unter www.vertrauensaerzte.ch/manual/chapter41.html).

E. 1.3.2

Nach Art. 2 Abs. 2 KLV ist unter Psychotherapie eine Form der Therapie zu verstehen, die (a.) psychische und psychosomatische Erkrankungen betrifft, (b.) ein definiertes therapeutisches Ziel anstrebt. (c.) vorwiegend auf der sprachlichen Kommunikation beruht, aber eine unterstützende medikamentöse Therapie nicht ausschliesst, (d.) auf einer Theorie des normalen und pathologischen Erlebens und Verhaltens sowie einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut, (e.) die systematische Reflexion und die kontinuierliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung beinhaltet, (f.) sich durch ein Arbeitsbündnis und durch regelmässige und vorausgeplante Therapie Sitzungen auszeichnet und (g.) als Einzel-, Paar-, Familien- oder Gruppen Therapie durchgeführt wird.

Primäre Voraussetzung einer Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist, dass ein behandlungsbedürftiger psychischer Gesundheitsschaden vorliegt, was die Stellung einer entsprechenden Diagnose nach einer anerkannten Diagnoseklassifikation verlangt (Art. 2 Abs. 2 lit . a KLV). Nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichtete Zwecke, wie etwa Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsreifung oder die Bewältigung von Lebenskrisen ohne Krankheitswertigkeit, können nicht therapeutisches Ziel nach Art. 2 Abs. 2 KLV sein und damit keine Leistungspflicht der OKP auslösen (Eugster , a.a.O., S. 528 f. Rz 401 ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts K 105/04 vom 18. März 2005 E. 2.2).

E. 1.3.3

Nach Art. 3 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen. Art.

3b KLV bleibt vorbehalten. Auch diese ersten 40 Sitzungen müssen den Geboten der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Art. 32 Abs. 1 KVG) genügen. Vertrauensärztliche Interventionen sind schon vor Abschluss der 40 Sitzungen möglich und zulässig (Eugster, a.a.O., S. 529 Rz 402).

Gemäss Art. 3b Abs. 1 KLV hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin rechtzeitig zu berichten, falls die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden soll. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und für welche Dauer bis zum nächsten Bericht die Psychotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann (Art. 3b Abs. 3 KLV in der seit Juli 2014 gültigen Fassung).

Bei dieser Berichterstattung geht es um die Prüfung, ob weiterhin Krankheitsbehandlung vorliegt und Therapie notwendig ist. Ziel ist die Vermeidung unnötiger Langzeitbehandlung. Sind die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt, ist die Kostenübernahmepflicht für ärztliche Psychotherapie indes weder hinsichtlich Dauer noch der Sitzungsfrequenz begrenzt. Weitere Behandlungsperioden sind möglich und zulässig (Eugster, a.a.O., S. 529 Rz 404). 2.2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, die von Dr. Z.____ und lic. phil. A.____ vorgelegten Schreiben liessen nur den Schluss zu, dass die Beschwerdeführerin unter Ängsten, Verunsicherungen und Erschöpfung im Zusammenhang mit ihrer Arbeit und ihrer inzwischen erfolgreich überstandenen zweiten Knieoperation leide. Als weitere Gründe habe sie aufgeführt, dass sie zurzeit hilflos sei und ihr das Körpergewicht zu schaffen mache. Derartige Zustände, welche sich im Sinne der Rechtsprechung als Beeinträchtigungen des sozialen Wohlergehens und Belastungen infolge beruflicher Probleme sowie als psychischen

Leidensdruck aufgrund ihres Körpergewichts bezeichnen liessen, würden recht sprechungsgemäss indes keine psychischen Erkrankungen mit Krankheitswert und somit keine Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung darstellen. Auch sei Erschöpfbarkeit keine Erkrankung, welche in erster Linie mittels Psychotherapie zu behandeln wäre, so dass auch die Wirksamkeit nicht nachgewiesen sei. Zu den im Bericht vom 1. Dezember 2014 von

Dr. Z.____ und lic. phil. A.____ gestützt auf die vorbeschriebenen Zustände weiter klassifizierten Krankheiten Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und eines neurasthenischen Krankheitsbildes (ICD-10 F48.0) hätten sie nicht ausgeführt, inwieweit diese Diagnosen erfüllt seien. Die umschriebenen Ängste und Zustände würden die betreffenden Anforderungen offensichtlich nicht erfüllen. Zu diesem Schluss sei auch die Vertrauensärztin Dr. B.____ gekommen, indem sie ausgeführt habe, dass es sich um Zustände handle, welche in der Durchschnittsbevölkerung häufig vorkämen. Auch die Voraussetzungen von Art. 26 KVG seien nicht erfüllt.

Des Weiteren bestehe keine Pflicht zur Übernahme von 40 Abklärungs- und Therapie-sitzungen, dies hier umso weniger als keine Erkrankung mit Krankheitswert vorliege. Im Übrigen sei das Erfordernis insoweit erfüllt, als die Beschwerdeführerin zuvor bereits bei einem anderen Facharzt in Behandlung gewesen sei (Urk. 2 S. 5 ff.).

In der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, Dr. Y.____ habe bei der Beschwerdeführerin während rund 20 Jahren auch psychiatrische

Behandlungen durchgeführt, die er jeweils über Psychiatriepositionen abgerechnet habe. Die Zusammenstellung der Leistungen ab Oktober 2010, und zwar nach der Kostenart 101 = Psychiatrische Leistungen ambulant (Urk. 15/30), zeige, dass diese Leistungen ärztliche Psychotherapie nach Art. 2 ff. KLV darstellen würden. Die 40 Abklärungs- und Therapiestunden nach Art. 2 KLV seien daher bereits ausgeschöpft gewesen, als Dr. Z.____ und Lic. phil.

A.____ zur Einreichung eines ärztlichen Berichtes auf gefordert worden seien. Aufgrund des Verfahrens nach Art. 3b KLV sei auch nicht zu beanstanden, dass kein persönliches Gespräch (beim Vertrauensarzt) stattgefunden habe. Nachdem Dr. Z.____ am 9. Dezember 2015 zufolge eines Thalamusinfarktes ab Oktober 2015 um Kostengutsprache für die Übernahme der Kosten der delegierten Psychotherapie ab Oktober 2015 ersucht habe, habe der Vertrauenspsychiater Dr. C.____ die Kostenübernahme auch für die Zeit vor dem Herzinfarkt vom 30. März 2015 beurteilt. Auch er sei zum Schluss gekommen, dass damals lediglich ein oberflächliches Krankheitsbild vorgelegen habe, die keine wöchentliche delegierte psychotherapeutische Behandlung rechtfertige. Eine solche sei auch unwirtschaftlich. Wenn überhaupt wäre eine integrierte psychiatrische Behandlung in Form einzelner Psychotherapiesitzungen durch einen Psychiater erforderlich gewesen.

Des Weiteren sei ohne Behandlung die Gefahr einer drohenden Krankheit angesichts des lediglich oberflächlichen Krankheitsbildes nicht ausgewiesen. Denn eine drohende Krankheit könne nur bei einer nicht ganz entfernten, ernst zu nehmenden Gesundheitsschädigung zu einer Behandlungsbedürftigkeit führen.

Die Behandlung falle jedenfalls nicht unter Art. 26 KVG und die gewählte Therapieform einer delegierten analytischen Psychotherapie erweise sich in jedem Fall als die falsche Behandlungsform. Für die Zeit ab dem 30. März 2015, mithin nach dem Herzinfarkt, seien die Voraussetzungen gestützt auf die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. C.____ für eine delegierte Psychotherapie hingegen erfüllt gewesen

(Urk. 14 S. 3 ff.). 2.2

Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, im Juli 2014 habe sie ihre erste Knieoperation gehabt (vollständige Knieendoprothese), Ende Oktober 2014 sei das zweite Knie operiert worden (ebenfalls eine Knieendoprothese). Auf Grund dieser Operationen sei sie bis August 2015 teilweise arbeitsunfähig geschrieben gewesen. Ende März 2015 habe sie einen Herzinfarkt erlitten und sei anfänglich auf der Intensivstation im D.____ sowie anschliessend 3 Monate in einer Herzrehabilitation ambulant behandelt worden. Ausserdem leide sie seit längerer Zeit an psychischen Problemen, nicht zuletzt wegen der seit Jahren massiven Kniebeschwerden und der belastenden Operationen. Sie habe gefürchtet, in eine ernsthafte Depression abzugleiten, weshalb sie sich im September 2014 entschlossen habe, psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Dr. E.____ habe sie mehr als 20 Jahre als Hausarzt homöopathisch und nach den Regeln der Schulmedizin behandelt gehabt. Obwohl er von der Ausbildung her Psychiater sei, habe er sie nie psychotherapeutisch im Sinne von Art. 2 KLV behandelt. Im Gegenteil habe er ihr aufgrund ihrer schlechten psychischen Verfassung empfohlen, einen geeigneten Therapeuten aufzusuchen. Es sei daher nicht richtig, dass bereits 40 Abklärungs- und Therapiestunden nach Art. 3 KLV aufgebraucht gewesen seien, als die Beschwerdegegnerin Dr. Z.____ um einen Bericht gebeten habe. Dies gelte selbst dann, wenn man davon ausgehe, dass es sich um Therapiestunden gehandelt habe, was schon die von Oktober 2010 bis Oktober 2015

verbuchten geringen Kosten von insgesamt Fr. 2'442.-- zeigen würden. Die fachkundige Hilfe habe sie bei Dr. Z.____ und lic. phil.

A.____, der als delegierter Therapeut in der gleichen Praxis arbeite, gefunden. Die integriert-psychotherapeutische Behandlung habe erst am 4. September 2014 begonnen. Bei der Ablehnung der Kostenübernahme für diese Behandlung habe sich die Beschwerdegegnerin allein auf das Schreiben von Dr. Z.____

vom 1. Dezember 2014, worin dieser die Diagnosen Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und eines neurasthenischen Krankheitsbildes (ICD-10 F48.0) festgehalten habe, abgestützt. Ein persönliches Gespräch respektive eine Untersuchung hätten nicht stattgefunden. Dr. Z.____ und lic. phil.

A.____ hätten in den weiteren Schreiben vom 13. Juli und 13. August 2015 darauf hingewiesen, dass sie nach dem Herzinfarkt vermehrt an Ängsten leide und sich die Diagnose einer Neurasthenie bestätigt habe sowie, dass ihre Beschwerden Krankheitswert hätten. Die Therapie habe denn auch genützt und die depressive Verstimmung habe bis im Sommer 2015 reduziert werden können. Sie befinde sich aber trotz unsicherer Kostenübernahme weiterhin in Behandlung, da sie aus psychischen Gründen darauf angewiesen sei. Die Voraussetzungen nach Art. 32 Abs. 1 KVG dürften daher unumstritten sein, zumal der Rahmen nach Art. 3 KLV noch längst nicht ausgeschöpft sei. Die Einschätzung von Dr. Z.____ und lic. phil.

A.____ beruhe auf Erfahrung, wo gegen die Vertrauensärztin die gestellten Diagnosen ohne eigene Untersuchung und ohne überzeugende Begründung als nicht bewiesen beurteilt habe. Diagnosen könnten ohnehin nicht strikt bewiesen werden. Zudem wirke sich die Interessenlage der Vertrauensärztin als im Auftrag der Versicherung handelnde Fachperson bestmügender aus. Die Beschwerdegegnerin sei für die Leistungseinstellung bestweispflichtig, habe aber den Beweis für die leistungsaufhebende Tatsache mittels vertrauensärztlicher Stellungnahme nicht erbracht. Der Vertrauensarzt Dr. C.____ habe lediglich als fragwürdig bezeichnet, ob eine integriert-psychotherapeutische Behandlung mit wöchentlichen Sitzungen durchgeführt werden müsse, er habe diese Frage aber offengelassen und eingestanden, dass das Krankheitsbild mit einigen psychotherapeutischen Sitzungen im Maximum behandelt werden könne. Aufgrund seiner Ausführungen können nicht darauf geschlossen werden, dass sämtliche Sitzungen im Zeitraum vom 1. September 2014 bis 29. März 2015 unwirtschaftlich gewesen seien. Die delegierte Psychotherapie in dieser Zeit falle unter die Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung. Sodann gehe es nicht um eine frühzeitige Erkennung einer Krankheit, der Krankheitsbegriff nach Art. 3 ATSG sei erfüllt, Art. 26 greife nicht

(Urk. 1 S. 3 ff., Urk. 18). 2.3

2.3.1

Mit Blick auf die Berichte von Dr. Z.____ vom 9. Dezember 2015 (Urk. 15/26) sowie die Stellungnahme von Dr. C.____ vom 6. Januar 2016 (Urk. 15/28) ist zu Recht nicht mehr strittig, dass die Beschwerdegegnerin für die Kosten der delegierten Psychotherapie ab dem 30. März 2015, mithin ab dem Herzinfarkt der Beschwerdeführerin, aufkommen muss. Die Beschwerde ist daher in Bezug auf die Pflicht der Beschwerdegegnerin zur Vergütung der Kosten für die delegierte Psychotherapie vom 30. März 2015 bis zum Erlass der angefochtenen Einspracheentscheidung vom 10. August 2015 (Urk. 2)

ohne Weiterungen gutzuheissen.

Soweit die Beschwerdeführerin darüber hinaus

die Kostenübernahme für ihre Psychotherapie nach dem 10. August 2015 auf unbestimmte Zeit verlangt, indem sie beantragt, es seien „die Kosten für die integrierte Psychotherapie sowohl rückwirkend als auch inskünftig vollständig zu übernehmen“ (Urk.

1 S. 2), ist auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach der angefochtene Entscheid die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungs befugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, BGE 122 V 77 E. 2b, Urteile des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2 und K 121/03 vom 10. August 2004 E. 4.1, je mit Hinweisen).

Denn die Gesetzmässigkeit des Einspracheent scheidet vom 10. August 2015 (Urk. 2) beurteilt sich nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war (BGE

121 V 362 E. 1b).

Auf die Beschwerde ist daher in Bezug auf das Begehren zur Kostenvergütung der betreffenden delegierten Psychotherapie ab dem 11. August 2015 nicht einzu treten. 2.3.2

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Vergütung der Kosten für die delegierte Psychotherapie von Dr. Z.____ und lic. phil. A.____ im Zeitraum vom 1. September 2014 bis 29. März 2015 abgelehnt hat. Zu beurteilen ist insbesondere, ob in dieser Zeit ein behandlungsbedürftiger psychischer Gesundheitsschaden vorlag und ob die durchgeführte delegierte Psychotherapie bereits damals überwiegend wahrscheinlich

eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung

dieses Leidens im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG und Art. 2 KLV war. 2.3.3

Dabei kommt der strittigen Frage, ob bei Beginn der Behandlungen in der Praxis von Dr. Z.____

aufgrund der Behandlung durch den Psychiater und Homöopathen Dr. Y.____ (Urk. 15/4, Urk. 15/24) bereits 40 Abklärungs- und Therapie sitzungen im Sinne von Art. 3 KLV erreicht waren, keine massgebliche Bedeutung zu.

Denn die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit müssen unabhängig davon erfüllt sein. Die Beschwerdegegnerin war daher befugt, bereits vor Erreichen von 40 Sitzungen von den behandelnden Ärzten einen Bericht zur Prüfung der massgeblichen Kriterien nach Art. 32 Abs. 1 KVG zu verlangen. Der Bericht mit dem Inhalt nach Art. 3b Abs. 1 lit. a-c KLV wurde denn auch bereits am 1. Dezember 2014 nach 8 Sitzungen bei Dr. Z.____ und lic. phil. A.____ zuhanden des Vertrauensarztes erstellt (Urk. 15/5). Gemäss dem Bericht von Dr. Z.____ und dem Psychotherapeuten lic. phil. A.____ vom 16. März 2016 wurden vom 4. September

2014 bis 23. März 2015 insgesamt 22 Therapiestunden durchgeführt (Urk. 22 S. 3).

Im Übrigen weist die Definition der Psychotherapie nach Art. 2 Abs. 2 KLV darauf

hin, dass sich die 40 Stunden auf eine zusammenhängende Therapie bei demselben Therapeuten beziehen müssen, da ein definiertes therapeutisches Ziel anzustreben ist (lit. b) und die Therapie sich durch ein Arbeitsbündnis und durch regelmässige und vorausgeplante Therapie sitzungen auszeichnet (lit. f.). Diese Voraussetzungen im Sinne

eines einheitlichen Therapiekonzeptes und -zusammenhanges sind bei den ärztlichen Behandlungen von Dr. Y.____ einerseits und den delegierten Psychotherapiesitzungen in der Praxis von Dr. Z.____ andererseits nicht gegeben, zumal auch fraglich ist, ob dasselbe Leiden behandelt wurde. Im Übrigen ist nicht Gegenstand dieses Verfahrens und daher nicht zu prüfen, ob die Leistungen von Dr. Y.____ zu Recht teilweise als Psychotherapie abgerechnet und von der Beschwerdeführerin vergütet wurden (vgl. Urk. 15/30).

Damit kann letztlich offen bleiben, ob die Behandlungen durch den vorbehandelnden Psychiater und Homöopathen Dr. Y.____ (Urk. 15/4, Urk. 15/24) teilweise als Psychotherapie im Sinne von Art. 2 KLV zu gelten haben respektive zu Recht als solche abgerechnet wurden, sowie ob sich nach dem Sinn der Verordnung die nach Art. 3 KLV (ohne Berichterstattung) höchstens zu vergütenden 40 Sitzungen auf eine zusammenhängende Therapie bei einem Therapeuten beziehen müssen. 2.3.4

Zu klären bleibt, ob die Beschwerdeführerin von Anfang September 2014 bis Ende März 2015 an einem behandlungsbedürftigen psychischen Gesundheitsschaden litt, dessen Behandlung mittels der delegierten Psychotherapie in der Praxis von Dr. Z.____ wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich war.

3. 3.1 3.1.1

Gemäss dem Bericht von Dr. Z.____ und dem Psychotherapeuten

lic .

phil. A.____

vom 1. Dezember 2014 suchte die Beschwerdeführerin deren Praxis Anfang September 2014 wegen Erschöpfungszuständen verbunden mit Ängsten und Verunsicherungen hinsichtlich ihrer Arbeit als Mitarbeiterin im Schweizerischen Arbeiterhilfswerk sowie wegen Ängsten vor der anstehenden (inzwischen gelungenen) zweiten Operation des linken Kniegelenkes auf. Sie habe darüber geklagt, dass sie sich zurzeit „n eben den Schuhen fühle“, auch zeitweise hilflos sei und ihr auch ihr Körpergewicht zu schaffen mache. Man könne von einer Angst und depressiven Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) ausgehen, unter Betonung der Angst respektive Verunsicherung. Allerdings könne auch von Ermüdbarkeit und Schwäche, sowie Sorge über die verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit gesprochen werden, was dann mehr einem neurasthenischen Krankheitsbild (ICD-10 F48.0) entsprechen würde. Sie sei bei ihnen in einer integriert-psychotherapeutischen Behandlung und habe ab dem 4. September 2014 bisher acht Sitzungen wahrgenommen, davon eine telefonisch aus der Rehaklinik F.____. Es finde eine analytische Gesprächspsychotherapie statt, wenn möglich einmal pro Woche. In der Zeit der Operation und Rehabilitation sei die Therapie (frequenz) umständehalber reduziert worden, weshalb die Ergebnisse der Therapie noch nicht eindeutig verifizierbar seien. Es lasse sich aber klar feststellen, dass die Beschwerdeführerin über eine gute Resilienz verfüge. Sie würden eine Fortführung der Psychotherapie im wöchentlichen Rhythmus vorschlagen, um eine schnelle Stabilisierung und Förderung der Resilienz der Beschwerdeführerin zu gewährleisten. Die schwierigen körperlichen Umstände und die Belastungen am Arbeitsplatz würden die zu behandelnden Themen der Therapie sein, unter Berücksichtigung der Thematik Pension / drittes Lebensalter. Zugleich werde durch die Therapie eine präventive Wirkung (vor Abgleiten in eine mögliche schwerere psychische Erkrankung) erhofft. Die Therapie werde sicher einige Monate in Anspruch nehmen

(Urk. 15/5).

Im Schreiben vom 13. Juli 2015 erklärte n

Dr. Z.____ und lic. phil. A.____

zu dem, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Beschwerdebild mit einer deutigen Diagnose nach ICD-10. Ihre Psychotherapie für die Beschwerdeführerin sei wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich. Sie habe sich trotz des zwischenzeitlichen Herzinfarktes dank der Therapie wieder erholen können, so dass voraussichtlich ein stationärer Aufenthalt nicht mehr ins Auge gefasst werden müsse (Urk. 15/15 S. 1).

Im Bericht vom 13. August 2015 führten Dr. Z.____ und lic. phil. A.____ weiter aus, die Diagnose einer Neurasthenie nach ICD-10 F48.0 habe sich im Laufe der Therapie - wenn auch nicht schon nach 8 Sitzungen - weiter bestätigt. Eine Psychotherapie sei daher notwendig. Es liege eine Krankheit im Sinne von Art. 3 Abs. 1 ATSG vor und nicht einfach eine psychische Erkrankung ohne Krankheitswert, wie dies in der Erwägung 6 des Einspracheentscheides (Urk. 2 S. 5) beschrieben sei. Die Beschwerdeführerin erlebe nicht lediglich Zustände, die in der Normalbevölkerung häufig vorkommen würden. Und zwar erlebe sie Ängste, Verunsicherung und Erschöpfung. Diese Störungen gingen mit Konzentrationsmangel und Gedächtnisstörungen wie Vergesslichkeit mit Planungsschwierigkeiten im Alltag einher. So sei sie zum Beispiel eine Stunde zu früh in die Therapie gekommen und habe überdurchschnittlich häufig den Termin nicht mehr gewusst. Weiter habe sie über Monate im bisherigen Therapiezeitraum von extrem starkem Schlafbedürfnis berichtet. Daher müsse von einer geistigen und körperlichen Erschöpfung/

Ermüdbarkeit ausgegangen werden. Ausserdem habe sie von erhöhtem Stress erzählt, dies verstärkt noch in der Zeit (Februar 2015) vor dem Herzinfarkt. Die Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden habe mehrere Monate ein über das Mass des Durchschnittes in der Normalbevölkerung erreicht und die Verunsicherung nach dem Herzinfarkt ab dem 31. März 2015 habe zusätzlich stark zugenommen. Dank der psychotherapeutischen Behandlung habe sie sich im Laufe der Monate bis vor den Sommerferien 2015 etwas erholen und ihre Ängste und depressiven Stimmungen reduzieren können (Urk. 15/14 S. 1 f.). 3. 1. 2

Die Vertrauensärztin der Beschwerdeführerin, Dr. B.____, kam nach Einsicht in den ersten Bericht von Dr. Z.____ und lic. phil. A.____

vom 1. Dezember 2014 (Urk. 15/5) am 13. Januar 2015 zum Schluss, es sei keine medizinische Indikation für eine Psychotherapie gegeben und die WZW-Kriterien seien nicht erfüllt (Urk. 15/6). In der Stellungnahme vom 18. Februar 2015 führte sie dazu aus, es sei der Krankheitswert bestritten, da es sich bei beiden vorgebrachten Diagnosen um in der Normalbevölkerung häufige Zustände handle, ohne dass deshalb eine Psychotherapie in Anspruch genommen werden müsste. Die im Bericht erwähnte präventive Wirkung zur Vermeidung einer schweren psychischen Erkrankung sei weder bewiesen noch sei diese Form der Prävention eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankpflegeversicherung (OKP; Urk. 15/7).

Der psychiatrische Vertrauensarzt Dr. C.____ befand in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2016 nach Einsicht in die Akten betreffend den Zeitraum von September 2014 bis März 2015, es erscheine fraglich, ob für die Behandlung eines solchen, wie von Dr. Z.____ und lic. phil. A.____ beschriebenen wohl eher oberflächlichen Krankheitsbildes gleich eine

integriert-psychotherapeutische Behandlung mit wöchentlichen Sitzungen durchgeführt werden müsse. Da ohnehin ein Psychologe die Behandlung durchführe, sei er nicht in der Lage, eine integriert-psychiatrische Behandlung wahrzunehmen, welche ausschliesslich von Ärzten respektive von Psychiatern vorgenommen werden könne. Eine delegierte Psychotherapie sei somit nicht als integrierte psychiatrische Behandlung zu verstehen. Weshalb zur Behandlung des Krankheitsbildes gleich eine analytische Gesprächspsychotherapie stattfinden sollte, verstehe er nicht. Ein solches Krankheitsbild könne mit einigen psychotherapeutischen Sitzungen im Maximum behandelt werden, ohne dass dafür eine langfristige Psychotherapie und insbesondere keine analytische Psychotherapie erforderlich seien. Er könne Dr. B. ___ daher zustimmen, dass wegen fehlender WZW-Kriterien keine medizinische Indikation für eine Psychotherapie bestanden habe. Vereinzelt Psychotherapiesitzungen hätten akzeptiert werden können, aber sicher nicht eine länger dauernde intensive Psychotherapie analytischer Art mit wöchentlichen Sitzungen, welche zur Behandlung des erwähnten oberflächlichen Krankheitsbildes nicht angemessen, sondern unwirtschaftlich sei (Urk. 15/28 S. 2) . 3.2 3.2.1

Die Stellungnahmen der beiden Vertrauensärzte enthalten unterschiedliche Argumentationen und widersprechen sich insofern, als Dr. B. ___ bereits das Vorliegen einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung mit Krankheitswert verneint, während Dr. C. ___ von einem Krankheitsbild sprach und dessen Behandlungsbedürftigkeit nicht grundsätzlich verneint, sondern lediglich die gewählte Behandlungsform und -häufigkeit in Frage stellt.

Da es sich bei Dr. B. ___ im Gegensatz zu Dr. C. ___ nicht um eine psychiatrische Fachperson handelt, ist ihrer Einschätzung weniger Gewicht zuzumessen. Dr. C. ___ hielt in diagnostischer Hinsicht in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2016 denn auch zutreffend fest (Urk. 15/28 S. 2), dass im Bericht von Dr. Z. ___ und lic. phil. A. ___ vom 1. Dezember 2014 von einer Angst und depressiven Reaktion gemischt, mithin von einer in einem anerkannten Diagnoseklassifikationssystem erfassten Erkrankung (ICD-10 F 43.22), geredet worden sei und differentialdiagnostisch von einem neuropsychischen Krankheitsbild gemäss ICD-10 F48.0 (Urk. 15/5 S. 1). Dr. C. ___ stellte dabei nicht in Abrede, dass diese Diagnose und Differentialdiagnose korrekt gestellt worden und dass diese psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen behandlungsbedürftig sind. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, die umschriebenen Ängste und Zustände würden die betreffenden Anforderungen der gestellten Diagnosen nicht erfüllen und lediglich allgemeine Zustände im Sinne von Beeinträchtigungen des sozialen Wohlergehens und Belastungen infolge beruflicher Probleme sowie Körpergewichts darstellen (Urk. 2 S. 6 ff.), stützt sich daher auf eine Selbsteinschätzung ohne fachärztliche Grundlage.

Die von der Beschwerdeführerin sodann angeführte Rechtsprechung („Derartige Zustände stellen jedoch rechtsprechungsgemäss keine psychische Erkrankung mit Krankheitswert und somit keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung dar“; Urk. 2 S. 6 mit Verweis auf Ziffer 7 [gemeint wohl 6; Urk. 2 S. 5]) ist für den hier zu beurteilenden Fall zudem nicht einschlägig. Denn dort ging es um je verschiedene

einzelne Belastungsfaktoren in verschiedenen Fällen ohne erhebliche Funktionsstörungen (Stimmungsschwankungen, psychischer Leidensdruck oder Komplexen wegen eines ästhetischen Defizits, seelische Belastungen infolge ehelicher, familiärer, schulischer und/oder beruflicher Probleme, Beeinträchtigung des sozialen Wohlbefindens; vgl. Urk. 2 S. 5;

vgl. auch Eugster, a.a.O., S. 497 ff.) .

Auch in solchen Fällen

ist aber letztlich massgeblich, ob

pathologische Symptome - wie hier namentlich Erschöpfung, schnelle Ermüdbarkeit, Schwäche, Ängste, Verunsicherungen, Gefühle von Hilflosigkeit, Sorge über die verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit (Urk. 15/5 S. 1) - eingetreten sind und die Behandlung auf die Heilung, Linderung oder Verhinderung pathologischer Zustände oder auf die Erhaltung der Gesundheit abzielt.

Des Weiteren ist dem behandelnden Arzt insofern ein gewisser Spielraum zuzugestehen, als die ärztliche Behandlung anfangs zur Festlegung und/oder Fortführung der Therapiemassnahme auf die Abklärung respektive auf das Einordnen des Krankheitsgeschehens oder auch nur eines bestimmten Verdachts abzielt und damit vorerst der Diagnostik dient. Für die Krankheitsbehandlung als Pflichtleistung genügt insofern ein konkreter Krankheitsverdacht (vgl. Art. 25 Abs. 1 KVG; Eugster, a.a.O., S. 514 f.

Rz

353 f. und Rz 356). Daher steht der Vergütungspflicht durch die Beschwerdegegnerin nicht entgegen, dass die Neurasthenie (ICD-10 F48.0) anfangs noch als Verdachtsdiagnose (Urk. 15/5) formuliert wurde. Die Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) bestätigte sich gemäss dem Bericht von Dr. Z.____ und lic. phil. A.____

vom 13. August 2015 zudem im weiteren Verlauf der Therapie (Urk. 15/19 S. 1 f.). 3.2.2

Damit und mit den Berichten von Dr. Z.____ und lic. phil. A.____

vom 1. Dezember 2014 und 13. August 2015 ist ferner ausgewiesen, dass der Zweck der Behandlung nicht der Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsreifung, der Bewältigung einer Lebenskrise und ähnlichen Themen diene, sondern dass es um die Linderung der komplexen pathologisch-reaktiven psychischen und psychosomatischen Auswirkungen der somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen

sowie

der beruflich bedingten Belastungszustände ging.

Der gesundheitsbedingte objektive Bedarf an diagnostischen und therapeutischen Massnahmen sowie das subjektive Verlangen nach medizinischer psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe als Grundvoraussetzungen für die Behandlungsbedürftigkeit (Eugster, a.a.O., S. 495 Rz 295) sind daher ab September 2014 zu bejahen.

Es

ist nach dem Gesagten davon auszugehen, dass bereits ab September 2014 die primäre Leistungsvoraussetzung einer behandlungsbedürftigen

psychischer Gesundheitsschädigung

(Art. 2 Abs. 2 lit. a KLV) vorlag und das therapeutische Ziel der delegierten Psychotherapie (Art. 2 Abs. 2 lit. b KLV) gesetzesgemäss auf die Linderung und Heilung der reaktiven Pathologie mit ängstlich-depressiver sowie neurasthenischer Symptomatik ausgerichtet war.

Damit ist ebenfalls die Notwendigkeit der medizinischen Behandlung als Element der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Eugster , a.a.O., S. 509 Rz 332) gegeben. 3.3.1

Zu bejahen ist auch, dass die fachärztlich delegierte analytische Gesprächspsychotherapie (Urk.15/5 S. 1) aus objektiver Sicht im Sinne einer wissenschaftlich belegten Methode (Eugster , a.a.O., S. 528 Rz 401 ; vgl. auch BGE 103 V 1 73) mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit geeignet ist , die ängstlich-depressive und neurasthenische Symptomatik zumindest zu lindern. Die Leistungs Voraussetzungen der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit (Art. 32 Abs. 1 KVG) sind damit erfüllt.

Zwar erklärte Dr. C.____ , dass er nicht verstehe, weshalb zur Behandlung des vorliegenden Krankheitsbildes eine länger andauernde intensive Psychotherapie analytischer Art mit wöchentlichen Sitzungen stattfinden sollte, da dieses auch mit einigen psychotherapeutischen Sitzungen behandelt werden könne (Urk. 15/28 S. 2) . Dr. C.____ verneint damit jedoch nicht die Wirksamkeit oder Zweckmässigkeit der Behandlung, sondern die Wahl der Behandlungsmethode respektive deren Intensität und explizit deren Wirtschaftlichkeit (Urk. 15/28).

Als kostengünstigere, gegebenenfalls ebenfalls zweckmässige Behandlungsalternative hätte die Beschwerdegegnerin

unter dem Titel der Austauschbefugnis (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C_36/2010 vom 7. April 2010 E. 4 und K 95/03 vom 11. Mai 2004 E. 4 , je mit Hinweisen) zumindest diese empfohlene Variante einzelner Psychotherapiesitzungen prüfen müssen.

3.3.2

Da die Therapie am 4. September 2014

kurz vor der Knieoperation im Oktober 2014 begonnen wurde, ist jedoch nachvollziehbar, dass Dr. Z.____ eine engmaschigere, wöchentliche psychotherapeutische Begleitung indiziert sah. Die Begründung von Dr. C.____ überzeugt dagegen insofern nicht, als naturgemäss zu Beginn einer Psychotherapie , mithin noch vor der abschliessenden diagnostischen Einordnung , und bei gleichzeitig anhaltenden belastenden somatischen Beschwerden sowie Behandlungen noch nicht abschätzbar ist, ob bereits mit einzelnen Psychotherapiesitzungen eine Besserung der Anpassungsstörung respektive der neurasthenischen Symptomatik erreicht werden kann .

Wenn Dr. C.____

einzelne Psychotherapiesitzungen als ausreichend erachtete, ohne indes die nähere Ausgestaltung (Therapieform, Frequenz, Setting) anzugeben, wurde damit

zudem nicht eine Therapieform beschrieben , welche als eigentliche s medizinisch begründete s Behandlungskonzept

nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode mit den in Art. 2 KLV beschriebenen Anforderungen fassbar ist. Ein vergleichbarer medizinischer Nutzen respektive die Wirksamkeit nur einzelner weniger Psychotherapiesitzungen , mithin noch weniger als die durchgeführten 22 Sitzungen (Urk. 22 S. 3) , im Zeitraum von September 2014 bis März 2015 ist auch deshalb fraglich.

Als Schranke der trauesärztlichen Leistungsprüfung gilt im Übrigen das diagnostische und therapeutische Ermessen des behandelnden Arztes, welches sowohl der Vertrauensarzt als auch die rechtsanwendenden Organe und Behörden zu respektieren haben (Urteil des Bundesgerichts K 8/04 vom 14. Juni 2004 E. 2.4.2; Eugster, a.a.O., S. 481 Rz 249). 3.3.3

Die Wirtschaftlichkeit der von Dr. Z.____ und lic. phil. A.____ von September 2014 bis März 2015 durchgeführten delegierten Psychotherapie ist daher ebenfalls zu bejahen. 3.4

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass die von Dr. Z.____ und lic. phil. A.____ von September 2014 bis März 2015 durchgeführte delegierte Psychotherapie die Voraussetzungen von Art. 32 Abs. 1 KVG und Art. 2 KLV erfüllt und die Beschwerdegegnerin daher für die Kostenleistungspflichtig ist. Die Beschwerde ist folglich auch in Bezug auf diesen Zeitraum gutzuheissen. 4.

Insgesamt ist somit der angefochtene

Einspracheentscheid vom 10. August 2015 (Urk. 2) in Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, aufzuheben und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf Vergütung der Kosten für die delegierte Psychotherapie in der Praxis von Dr. Z.____ vom

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte

mit Eingabe vom 14. September 2015 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 10. August 2015 sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen aus KVG, insbesondere die Kosten für die integrierte Psychotherapie sowohl rückwirkend als auch inskünftig vollständig zu übernehmen (Urk. 1 S. 2). Mit der Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. Z.____ und des

Psychologen lic. phil. A.____, vom 13. August 2015 (Urk. 3) sowie mit ergänzender Eingabe vom 28. September 2015 (Urk. 6) den Bericht von Dr. Y.____ vom 16. September 2015 (Urk. 7) ein.

Die Beschwerdegegnerin stellte in der Beschwerdeantwort vom

E. 4

. Februar 201

E. 6

den Antrag, sie sei in teilweiser Gutheissung der Beschwerde zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen aus KVG für die delegierte Psychotherapiebehandlung der Beschwerdeführerin für den Zeitraum ab dem 30. März 2015 zu erbringen und die entsprechenden Kosten zu übernehmen, soweit und solange sich diese als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erweisen würden. Im Übrigen, das heisse betreffend den Zeitraum vom 1. September 2014 bis 29. März 2015, sei die Beschwerde abzuweisen (Urk. 14 S. 2). Mit der Beschwerdeantwort und den bis herigen Verfahrensakten reichte die Beschwerdegegnerin

das neue Gesuch von

Dr. Z.____

vom 9. Dezember 2015 um Kostengutsprache für geleistete delegierte Psychotherapie ab dem 12. Oktober 2015 (Urk. 15/26) und die Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Januar 2016 (Urk. 15/28) ein, woraus unter anderem zu entnehmen ist, dass die Beschwerdeführerin im Oktober 2015 einen Thalamusinfarkt erlitten hatte.

Die Beschwerdeführerin hielt in der Replik vom 3. März 2016 an ihren Anträgen fest (Urk. 18 S. 1) und gab mit Eingabe vom 17. März

2016 (Urk. 21) den Bericht von Dr. Z.____ vom 16. März

2016 (Urk. 22) zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin nahm dazu in der Duplik vom 9. Mai 2016 unter Beilage des vertrauensärztlichen Berichts von Dr. C.____ vom 4. Mai 2016 (Urk. 28) Stellung und hielt an ihren Anträgen fest (Urk. 27 S. 2). Die Beschwerdeführerin verzichtete mit Eingabe vom 2. Juni 2016 auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 31 S. 2).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6.1

und E. 2.1.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_824/2007 vom 3. April 2008 E. 3.3.2).

Zweckmässigkeit fragt nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung sowie allen falls an der Missbrauchsgefahr (BGE 137 V 295 E. 6.2). Die Zweckmässigkeit einer Behandlung ist hinsichtlich des angestrebten Ziels nach medizinischen Kriterien, prospektiv und objektiv zu beurteilen (BGE 130 V 299 E. 6.1 und E. 6.2.1.1). Das Wirtschaftlichkeitserfordernis bezieht sich auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Diagnose- oder Behandlungsalternativen. Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen (Urteil des Bundesgerichts 9C_1011/2012 vom 18. April 2013 E. 2. 2).

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