



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 23. Juli 2015 (725 15 39)**

---

**Krankenversicherung**

**Anspruch auf Physiotherapie bei chronischer Erkrankung**

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Margit Campell

\_\_\_\_\_ Parteien      A.\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

**Easy Sana Krankenversicherung AG**, Rue des Cèdres 5,  
1920 Martigny, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff      Leistungen

A.      A.\_\_\_\_ ist seit dem 1. Januar 2008 bei der Easy Sana Krankenversicherung AG (Easy Sana) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Prime Care) für Krankheit und Unfall versichert. Am 28. März 2011 erlitt er einen Auffahrunfall als Lenker seines Personalfahrzeuges. In der Folge klagte er über Nackenbeschwerden und begab sich in medizinische Behandlung. Er bedurfte seither Physiotherapie, für deren Kosten die Easy Sana zunächst aufkam. Am 25. September 2014 verfügte sie jedoch die Ablehnung der Kostengutsprache für weitere Physiotherapiebehandlungen ab dem 1. Januar 2014. Gegen diese Verfügung erhob

A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Markus Schmid, am 27. Oktober 2014 Einsprache. Mit Entscheid vom 16. Dezember 2014 verneinte die Easy Sana ihre Leistungspflicht und hielt an ihrer Verfügung vom 25. September 2014 fest.

B. Mit Schreiben vom 29. Januar 2015 erhob A.\_\_\_\_ durch seinen Rechtsanwalt Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, der Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2014 sei aufzuheben und die Easy Sana sei zu verpflichten, über den 1. Januar 2014 hinaus die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen; unter o/e-Kostenfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass gestützt auf die Ausführungen der behandelnden Ärzte die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Physiotherapie zu bejahen seien, weshalb die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, die Behandlung auch über den 1. Januar 2014 hinaus zu bezahlen.

C. Die Easy Sana schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. März 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

D. In der Replik vom 15. April 2015 und in der Duplik vom 13. Mai 2015 hielten die Parteien sowohl an ihren Anträgen als auch an ihren Argumentationen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer hat seinen Wohnsitz in B.\_\_\_\_. Die örtliche und gemäss § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 auch die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ist vorliegend somit gegeben. Als Adressat ist der Beschwerdeführer vom Einspracheentscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde kann deshalb eingetreten werden.

2. Im vorliegenden Fall ist die Übernahme der Kosten für die Physiotherapie ab 1. Januar 2014 durch die Krankenversicherung strittig.

3.1 Nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 – 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 – 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Als allgemeine Leistungen bei Krankheit übernimmt die obligatorische Kran-

kenpflegeversicherung gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Bei Unfällen werden die gleichen Leistungen wie bei Krankheit übernommen, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt (Art. 28 KVG in Verbindung mit Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG). Die Leistungen gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant durchgeführt werden von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder eine Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziffer 3 KVG). Dazu gehört die Physiotherapie (Art. 5 Abs. 1 über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [KLV] vom 29. September 1995).

3.2 Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach den Art. 25 – 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein (vgl. BBI 1992, Band I, S. 159; GEBHARDT EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 2. Aufl. 2007, Basel/Genf/München [nachfolgend: EUGSTER, Krankenversicherung], S. 493; vgl. auch BGE 125 V 95 E. 2a). Zweckmässigkeit und Wirksamkeit setzen voraus, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit müssen nach dem Wissen im Zeitpunkt der Therapie beurteilt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. September 2008, 9C\_567/2007, E. 1.2). Den Ärzten steht dabei ein gewisser Ermessensspielraum zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. September 2009, 9C\_224/2009, E. 1.1).

3.3.1 Wirksam ist eine Leistung im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt (vgl. GEBHARDT EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich/Basel/Genf 2010, S. 199 ff.). Die Wirksamkeit (wie auch die Zweckmässigkeit) einer Behandlung beurteilt sich im Hinblick auf den durch sie angestrebten Nutzen im Einzelfall (BGE 130 V 299 E. 6.1). Der Begriff der Wirksamkeit definiert sich in erster Linie vom Ziel her, auf welches die in Frage stehende Massnahme gerichtet ist. Dagegen differenziert er nicht danach, ob es um die Bekämpfung der Ursachen der gesundheitlichen Beeinträchtigung geht oder um die Behandlung der Symptome der Krankheit. Diese Unterscheidung ebenso wie die Dauer des Erfolges der Massnahme sind erst, aber immerhin bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit von Bedeutung. Unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit der Leistung als Voraussetzung für deren Übernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist somit nicht in erster Linie die möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung entscheidend. Vielmehr ist danach zu fragen, ob das Ziel der Behandlung (Beschwerdefreiheit und/oder Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und psychischen Funktionalität namentlich im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit) objektiv erreichbar ist (BGE 130 V 299 E. 6.1 und E. 6.2.1.1 mit Hinweisen; EUGSTER, Krankenversicherung, S. 494). Daraus, dass durch die Massnahme grundsätzlich eine möglichst vollständige Beseitigung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielt werden soll (BGE 127 V 148 E. 5), lässt sich indes nicht schliessen, dass nur kurative, nicht aber adjuvante oder palliative Therapien wirksam wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2010, 9C\_334/2010, E. 5.2). So kann einer bestimmten Behandlung daher die Wirksamkeit nicht allein mit der Begründung abgesprochen werden, sie ändere nichts an der Progredienz des Leidens (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2010, 9C\_374/2010, E. 4.2).

3.3.2 Ob eine Leistung zweckmässig ist, beurteilt sich 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. Die Zweckmässigkeit fragt unter anderem nach der medizinischen Indikation der Leistung. Nach denselben Kriterien beurteilt sich, welche von zwei unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit alternativ in Betracht fallenden medizinischen Massnahmen die zweckmässigere und im Hinblick auf den Umfang der Kostendeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich zu wählen ist (BGE 130 V 304 E. 6.1 mit Hinweisen).

3.3.3 Das Gebot der Wirtschaftlichkeit setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus und besagt, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das im Interesse der Versicherten liegt und das für den Behandlungszweck erforderlich ist (vgl. EUGSTER, Rechtsprechung, S. 201 f.). Sind gleichzeitig mehrere Leistungen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht des Krankenversicherers unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit (vgl. Art. 56 KVG). Nach dieser Vorschrift haben die Krankenversicherer die Leistungen auf jenes Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Abs. 1). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Abs. 2). Indem das Gesetz auf das Interesse der Versicherten Bezug nimmt, wird zum Ausdruck gebracht, dass der Begriff der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht eng auszulegen ist. Dennoch haben die Krankenversicherer dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 f. E. 3a+b mit Hinweisen mit Hinweis). Zweck von Art. 32 KVG ist die Sicherstellung einer effizienten, qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten (vgl. EUGSTER, Krankenversicherung, a.a.O., S. 495 ff., BGE 127 V 80 E. 3c).

4.1 Gemäss Art. 5 Abs. 1 KLV (in der seit 1. Januar 2010 in Kraft stehenden Fassung) werden die Kosten für die in lit. a bis c genannten Massnahmen (physiotherapeutische Untersuchung und Abklärung; Behandlung, Beratung und Instruktion; physikalische Therapie) übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Art. 46 und 47 KVV oder von Organisationen im Sinne von Art. 52a KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden.

4.2 Gemäss Art. 5 Abs. 2 KLV (in der seit 1. Juli 2009 in Kraft stehenden Fassung) übernimmt die Versicherung je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens 9 Sitzungen. Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht (Langzeitbehandlung), zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Physiotherapie zu

Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann (Art. 5 Abs. 4 KLV, Fassung gültig bis 30. Juni 2014).

4.3 Die gesetzliche Vermutung, wonach die Krankheitsbehandlung den gesetzlichen Prinzipien der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit entspricht, gilt für Ärzte und Chiropraktoren grundsätzlich (Art. 33 Abs. 1 KVG), für Physiotherapeuten hingegen nur, soweit deren (ärztlich angeordnete) Leistungen von der Positivliste nach Art. 5 Abs. 1 KLV erfasst sind (Art. 33 Abs. 2 KVG; BGE 129 V 167 E. 3.2 und E. 4). Überdies ist diese Vermutung aufgrund der in Art. 5 Abs. 4 KLV festgehaltenen formellen Anforderung einer vertrauensärztlichen Überprüfung auf den Umfang von 36 physiotherapeutischen Sitzungen beschränkt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2010, 9C\_374/2010, E. 3.2). Darüber hinausgehend soll der Miteinbezug des Vertrauensarztes sicherstellen, dass nicht über das erforderliche Mass therapiert wird (EUGSTER, Krankenversicherung, S. 519).

5.1 Gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 43 ATSG) hat die verfügende Behörde bzw. das Gericht die Abklärung des Sachverhalts von Amtes wegen vorzunehmen. Danach haben sowohl der Sozialversicherungsträger als auch das Sozialversicherungsgericht von sich aus, ohne Bindung an die Parteibehörden, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten will. Nach der Praxis des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Schweizerisches Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

5.2 Für die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Solche ärztlichen Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, S. 278). Dabei ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels, noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend. Gerade die Krankenversicherungen oder ihre Verbände sind gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG sogar verpflichtet, nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztegesellschaften Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen zu bestellen. Diese wiederum haben die Krankenversicherungen gemäss Art. 57 Abs. 4 und 5

KVG in medizinischen Fachfragen zu beraten und insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflichten zu überprüfen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig und weder die Krankenversicherung noch die Leistungserbringer können ihnen Weisungen erteilen. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht denn auch grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (vgl. EUGSTER, Krankenversicherung, N 209 ff.). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist letztendlich aber entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a und 122 V 160 E. 1c mit weiteren Hinweisen; ALFRED BÜHLER, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten in: Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff.).

6.1 Im vorliegenden Fall ist eingangs festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin zwischen dem 22. Juni 2011 und dem 27. Februar 2014 die Kosten für 100 Physiotherapiebehandlungen des Beschwerdeführers übernommen hat. Zwar wäre die behandelnde Ärzteschaft im Sinne von Art. 5 Abs. 4 KLV gehalten gewesen, dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin nach 36 Sitzungen einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Dies erfolgte unbestrittenermassen nicht. Auch die Beschwerdegegnerin selbst veranlasste jedoch keine vertrauensärztliche Überprüfung des Anspruchs und bezahlte bis Ende Dezember 2013 insgesamt 100 Sitzungen. Erst im Frühling 2014 holte sie bei den behandelnden Ärzten aktuelle Angaben zur physiotherapeutischen Behandlungsbedürftigkeit des Beschwerdeführers ein. Diese Berichte, wie auch jene, die ursprünglich als Anspruchsgrundlage dienten, werden nachfolgend aufgeführt.

6.2 Gemäss Sprechstundenbericht vom 19. September 2012 des Spitals C.\_\_\_\_, verfasst von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates/Sportmedizin SGSM, litt der Beschwerdeführer an schwerwiegenden peripheren Radikulopathien C5-C7 rechtsbetont mit ausstrahlenden Schulterschmerzen bis in den Kleinfinger rechts bei Status nach Auffahrunfall mit Heckkollision im Mai (recte März) 2011, fortgeschrittener degenerativer Veränderung der Halswirbelsäule (HWS) und mässiggradigem subacromialem Impingement der rechten Schulter. Der Auffahrunfall mit Heckkollision habe doch zu langwierigen Problemen geführt. Obwohl beim Beschwerdeführer vorbestehende degenerative HWS-Veränderungen vorgelegen hätten, sei er bis zu diesem Ereignis völlig beschwerdefrei gewesen. Erst der Unfall habe zu einer ausserordentlichen Exazerbation geführt. Von den verschiedenen durchgeführten Therapien hätten die Extensionsbehandlungen die beste Wirkung gezeigt. Diese sollte denn auch weiterhin ein- bis zweimal pro Woche durchgeführt werden.

6.3 Gemäss Angaben im Bericht vom 20. Dezember 2013 von Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Neurochirurgie, Spital C.\_\_\_\_, litt der Beschwerdeführer an einem radikulären Reizsyndrom am ehesten dem Dermatome C7 rechts entsprechend. In der Beurteilung wurde festgehalten, dass die klinische Symptomatik durch die grosse Diskushernie auf Höhe HWK6/7 rechtsseitig verur-

sacht werde. Aufgrund der ausgeprägten Kophyse im zerviko-thorakalen Bereich, welche dazu führe, dass das Segment C6/7 von ventral her chirurgisch kaum angegangen werden könne, ohne das Sternum zu öffnen, würde sich ein allfälliger operativer Eingriff als sehr komplex erweisen. Dr. E.\_\_\_\_, erachtete eine Weiterführung der konservativen Behandlung mit Ausbau der Schmerzmitteltherapie als angebracht.

6.4 In den Akten finden sich auch verschiedene ärztliche Überweisungen zur Physiotherapie. Am 11. Januar 2013 wurde durch das Spital F.\_\_\_\_ als Behandlungsziel die Kräftigung der Muskulatur, die Stabilisierung und die Schmerzlinderung genannt. Der Verordnung vom 25. Februar 2013 von PD Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, ist als Diagnose ein Status nach Dezelerationstrauma und starke degenerative Veränderungen der HWS zu entnehmen. Als physiotherapeutische Massnahme wurde die Extensionsbehandlung der HWS empfohlen.

6.5 Am 5. Mai 2014 diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ ein radikuläres Schmerzsyndrom, am ehesten dem Dermatome C8 rechts, eventuell C7 entsprechend. In seiner Beurteilung hielt er fest, dass von einem operativen Eingriff abzusehen sei. Hingegen habe er den Beschwerdeführer für eine periradikuläre Infiltration angemeldet.

6.6 Im Rahmen der Anspruchsprüfung ersuchte die Beschwerdegegnerin ihren Vertrauensarzt um eine Einschätzung. Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, führte am 5. Mai 2014 aus, dass die Physiotherapie bis Februar 2013 angemessen sei. Danach sei keine Indikation mehr gegeben.

6.7 Prof. D.\_\_\_\_ hielt auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2014 fest, dass der Grund für die beim Beschwerdeführer durchgeführte Langzeittherapie in Form einer dauernden Erhaltungstherapie (1 bis 2 Mal wöchentlich) die chronischen, durch Unfall temporär verschlimmerten Rückenbeschwerden seien.

6.8 Die Beschwerdegegnerin unterbreitete die Angaben von Prof. D.\_\_\_\_ erneut ihrem Vertrauensarzt, worauf dieser am 19. Mai 2014 und 30. Juni 2014 unter Hinweis auf die unklare Indikation der Physiotherapie die Ablehnung des Gesuchs beantragte. Ebenso sei unklar, ob die Physiotherapie die Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit erfülle.

6.9 In der Folge bestätigte der behandelnde Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, am 2. September 2014, dass einzig mit der medizinischen Massage und der Physiotherapie eine Besserung der Beschwerden erreicht werden könne.

6.10 Im Rahmen des Einspracheverfahrens hielt Dr. H.\_\_\_\_ am 1. Dezember 2014 fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Angaben der behandelnden Ärzte an einem radikulären Reizsyndrom am ehesten dem Dermatome C8 entsprechend, eventuell auch C7 leide. Damit bleibe die Aetiologie der Beschwerden unklar und die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Fortsetzung von Manipulationen an der HWS könne kaum belegt werden. Ebenso würden Ansätze für eine bessere Schmerzbehandlung erwähnt, ohne dass auf die Ursache der Schmer-

zen eingegangen würde. Nach über 100 Sitzungen Physiotherapie sei denn auch keine Besserung eingetreten. Unter diesen Umständen müsse bei einer weiteren Untersuchung nach der Schmerzursache gesucht werden. Begreiflicherweise werde bei diesen schwierigen lokalen Verhältnissen von einem operativen Eingriff so lange wie möglich abgesehen. Dies sollte aber nicht als Argument für die Fortsetzung der Physiotherapie gebraucht werden.

7.1 Die Beschwerdeführerin stütze sich in ihrem Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2014, mit welchem sie die Verfügung vom 25. September 2014 bestätigte, bei der Beurteilung des Anspruchs auf Physiotherapie des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse im Bericht ihres Vertrauensarztes Dr. H.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2014. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Physiotherapie mehr habe, da deren Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nicht ausgewiesen seien. Dieser Auffassung kann jedoch aus nachfolgenden Gründen nicht gefolgt werden. Wie oben in Erwägung 5.2 ausgeführt, haben die Berichte der Vertrauensärzte in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer. Dabei ist aber zu beachten, dass für den Beweiswert eines Arztberichtes letztlich entscheidend ist, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Die Berichte von Dr. H.\_\_\_\_ genügen diesen Anforderungen nicht. Seine im Verwaltungsverfahren eingereichten Stellungnahmen beruhen auf Kurzbeurteilungen, welche grundsätzlich keine genügende Entscheidungsgrundlage bilden. Ebenso wenig kann aufgrund seiner Einschätzung vom 1. Dezember 2014 geschlossen werden, dass die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Physiotherapie zu verneinen seien. Dr. H.\_\_\_\_ bemängelt in Bezug auf die Berichte der behandelnden Ärzte insbesondere, dass die Aetiologie der Beschwerden unklar sei, weshalb weitere Manipulationen der HWS weder zweckmässig noch wirksam seien. Aufgrund der Angaben der behandelnden Ärzte steht jedoch fest, dass die Schmerzen ihre Ursache in einem radikulären Reizsyndrom auf Höhe C5 - C7 der HWS haben. Zudem weist der Beschwerdeführer degenerative Veränderungen an der HWS auf. Zwar hält auch Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass die geklagten Beschwerden in den Dermatomen C7 und C8 angegeben würden, die bildgebenden Korrelate aber eher auf Höhe HWK5/6 vorhanden seien. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu beachten, dass beim Beschwerdeführer ein chronisches Leiden und ein chronifizierter Zustand an der HWS vorliegen, deren Ursachen meist ohnehin nicht restlos geklärt werden können. Zudem ist auch angesichts des vorgerückten Alters des Beschwerdeführers keine Heilung zu erwarten. Dies umso mehr, als ein operativer Eingriff nicht empfohlen wird und auch der medikamentösen Schmerzbehandlung enge Grenzen gesetzt sind. In dieser Situation ist jedoch angesichts der komplexen Problematik bereits eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes als Behandlungserfolg zu werten (vgl. EUGSTER, Krankenversicherung, a.a.O., N 322). Unter diesen Umständen kann aber die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit nicht ohne weiteres verneint und eine adäquate Behandlung verweigert werden.

7.2 Zu berücksichtigen ist weiter, dass auch die übrigen ärztlichen Berichte keine genügenden Entscheidungsgrundlage darstellen. Zwar bezeichnen sowohl Prof. D.\_\_\_\_ am 7. Mai

2014 als auch Dr. I. \_\_\_\_\_ am 2. September 2014 übereinstimmend die Weiterführung der physiotherapeutischen Behandlung als indiziert. Über die Auswirkungen und die Abläufe der beim Beschwerdeführer durchgeführten Therapie enthalten deren Ausführungen jedoch keine Angaben und es finden sich diesbezüglich keine weiteren Unterlagen in den Akten. So fehlt es insbesondere an einem durch den behandelnden Physiotherapeuten bzw. der behandelnden Physiotherapeutin verfassten Bericht, der Auskunft über die konkrete Behandlung und die Ergebnisse derselben auf die Beschwerden gibt. Zwar hat die Beschwerdegegnerin selbst im Verwaltungsverfahren versucht, einen entsprechenden Bericht einzuholen. Dieser wurde ihr mit der Begründung, dass keine Entschädigung dafür bezahlt werde, nicht zugestellt. Unter diesen Umständen hätte sie jedoch entweder unter Hinweis auf Art. 5 Abs. 4 KVV vom behandelnden Arzt einen entsprechenden Bericht des Physiotherapeuten oder der Physiotherapeutin einholen müssen oder nochmals - allenfalls unter Hinweis auf eine entsprechende Vergütung - selbst bei der zuständigen Person aktiv werden müssen. Indem sie dies offensichtlich unterliess, hat sie den rechtserheblichen Sachverhalt nicht genügend abgeklärt.

7.3 Zusammenfassend steht fest, dass die vorhandenen medizinischen Unterlagen keine ausreichende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung des fraglichen Anspruchs bilden. Die Angelegenheit ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie entweder direkt beim behandelnden Physiotherapeuten oder der behandelnden Physiotherapeutin oder über den Hausarzt Dr. I. \_\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht über die physiotherapeutische Behandlung einholt. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über den Anspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

8.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

8.2 Der Beschwerdeführer hat als obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (vgl. Art 61 lit. g). Als Obsiegen im Sinne der genannten Bestimmung gilt auch die Rückweisung der Angelegenheit an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (vgl. BGE 132 V 235 E. 6.2). Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 15. Juni 2015 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 5.5 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 157.00. Somit ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'643.75 (5.5 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 147.00 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Easy Sana zuzusprechen.

9. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenent-

scheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2014 aufgehoben und die Angelegenheit zur erneuten Prüfung des Sachverhalts im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'643.75 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>