Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. April 2017 (730 16 286 / 85)

Krankenversicherung

Es bestehen erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der versicherungsinternen medizinischen Einschätzung der Frage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Langzeitphysiotherapie hat, weshalb die Angelegenheit zur erneuten Prüfung des medizinischen Sachverhalts an Vorinstanz zurückgewiesen wird.

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Margit Campell
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel gegen **Sanitas Grundversicherungen AG**, Postfach, 8021 Zürich, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1953 geborene A.____ ist bei der Sanitas Grundversicherung AG (Sanitas) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Krankheit versichert. Sie leidet an einem chronischen persistierenden Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen ins rechte Bein und befindet sich deshalb in regelmässiger physiotherapeutischer Behandlung. Am 11. Juni 2015 ersuchte ihr Hausarzt Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, die Sanitas um Kostengutsprache für eine Langzeitphysiotherapie mit einer

Sitzung pro Woche. In der Folge erteilte die Sanitas am 19. Juni 2015 Kostengutsprache für Physiotherapiebehandlungen (1 Sitzung alle 14 Tage) bis 30. November 2015. Nach diesem Zeitpunkt müssten ein Abschluss und ein Übergang in komplett eigenständig umsetzbare Massnahmen bezüglich Training und Beschwerdelinderung erfolgen. Daran hielt die Sanitas auf ein neuerliches Kostengutsprachegesuch von Dr. B.____ vom 30. Juni 2015 mit Schreiben vom 21. Juli 2015 fest. Auch nachdem der behandelnde Physiotherapeut C.____ die Sanitas am 3. August 2015 um Bewilligung einer Langzeitphysiotherapie mit wöchentlichen Sitzungen ersuchte, beliess diese es mit Schreiben vom 24. August 2015 dabei und bestätigte ihren ursprünglichen Kostengutspracheentscheid. Die Versicherte bat in der Folge die Sanitas um Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung, welche am 16. Oktober 2015 erging und in welcher der Anspruch der Versicherten auf Physiotherapie bis Ende November 2015 bestätigt wurde. Die dagegen von der Versicherten, seither vertreten durch Rechtsanwalt Jan Herrmann, erhobene Einsprache wies die Sanitas mit Entscheid vom 14. Juli 2016 ab.

B. Mit Schreiben vom 9. September 2016 reichte A.____ Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), ein und beantragte, der Einspracheentscheid vom 14. Juli 2016 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die Kosten für eine physiotherapeutische Langzeittherapie bestehend aus einer Sitzung Physiotherapie wöchentlich rückwirkend ab 19. Juni 2015 und bis auf weiteres zu erstatten. Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 14. Juli 2016 aufzuheben und ein gerichtliches medizinisches Gutachten einzuholen; unter o/e-Kostenfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass die Ablehnung der physiotherapeutischen Langzeittherapie zu Unrecht erfolgt sei. Gestützt auf die Ausführungen des behandelnden Arztes und Physiotherapeuten seien die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Physiotherapie zu bejahen.

C. Die Sanitas schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 28. November 2016 im Wesentlichen gestützt auf die Ausführungen ihrer Vertrauensärztin Dr. med. D.____, FMH Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 6. Mai 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

D. In der Replik vom 29. Dezember 2016 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen und Ausführungen fest. Die Sanitas verzichtete mit Schreiben vom 2. Februar 2017 auf eine Duplik.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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. Die Beschwerdeführerin hat ihren Wohnsitz in E.____. 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 Adressatin ist die Beschwerdeführerin 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 Langzeitphysiotherapie ab 19. Juni 2015 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 Krankenpflegeversicherung 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 Verordnung des EDI 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. BBl 1992, Band I, S. 159; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, Basel/Genf/München [nachfolgend: EUGSTER, Krankenversicherung], S. 507; 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. [nachfolgend: EUGSTER, Rechtsrechtsprechung]), 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, a.a.O., S. 508). 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. So kann einer bestimmten Behandlung daher die Wirksamkeit nicht allein mit der Begründung abgesprochen werden, sie ändere nichts an der Progredienz des Leidens (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2017, 9C_528/2016, 3.1 mit Hinweisen).

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 Person liegt und das für den Behandlungszweck erforderlich ist (vgl. EUGSTER, Rechtsprechung, a.a.O., 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). 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. 510 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).

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 (vgl. EUGSTER, Krankenversicherung, S. 537).

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 Parteibegehren, 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 unbewiesen gebliebenen 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. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2014, 8C_653/2013, E. 4.1 mit Hinweis auf 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 138 V 218 E. 6 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, Bern 1983, 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, a.a.O., S. 479 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 steht fest, dass die Beschwerdeführerin wegen ihren Beschwerden an der Wirbelsäule seit dem Jahr 2006 in physiotherapeutischer Behandlung ist und deren Kosten von der Beschwerdegegnerin bis Ende November 2015 übernommen wurden. Für die Frage, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf Physiotherapie hat, sind im Wesentlichen nachfolgende Berichte von Belang:

6.2 Am 11. Juni 2015 stellte der Hausarzt Dr. B.____ im Formular "Arztauskunft Physiotherapie" die Diagnose eines chronischen persisitierenden Lumbovertebralsyndroms mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins rechte Bein. Der Behandlungserfolg wurde dahingehend beurteilt, dass durch die Therapie eine Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Beweglichkeit erhalten bleibe und keine Verschlechterung eintreten solle.

6.3 Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin führte der beratenden Physiotherapeut am 18. Juni 2015 aus, dass bis Ende November 2015 Physiotherapie zugesprochen werden solle,

wobei diese alle zwei Wochen durchzuführen sei. Danach sei die Behandlung abzuschliessen. Ab 1. Dezember 2015 sollte die Beschwerdeführerin eigenständig Massnahmen bezüglich des Trainings und der Beschwerdeverhinderung ergreifen können.

6.4 Dr. B.____ führte am 30. Juni 2015 aus, dass der Zustand der Beschwerdeführerin, die daheim intensiv trainiere, nur durch die Physiotherapie einigermassen aufrechterhalten bleiben könne. Dafür sei die nachgesuchte Langzeitphysiotherapie geeignet. Dr. B.____ reichte einen Bericht der F.____ vom 1. Juli 2010 ein. Der Beurteilung ist zu entnehmen, dass im Vergleich zur Voruntersuchung (am 31. Mai 2007) eine etwas zunehmende recessale Einengung im Segment LWK3/4 mit Tangierung der Nervenwurzeln LWK4 rechts bei zirkulärer Diskusprotrusion und Spondylarthrose beidseits vorlägen. Weiter bestünden eine unveränderte zirkuläre Diskusprotrusion und Spondylarthosen im Segment LWK4/5 mit rechtsbetonter recessaler Einengung und Tangierung der Nervenwurzeln LWK5 rechts, unveränderte Osteochondrose mit zirkulärer Diskusprotrusion und medianer Diskushernie LWK5/SWK1 mit Einengung des Recessus lateralis beidseits und Tangierung der Nervenwurzel S1 beidseits bei zusätzlich hypertropher Spondylarthritis beidseits.

6.5 Die Beschwerdegegnerin ersuchte erneut ihren beratenden Physiotherapeuten um eine Stellungnahme. Am 16. Juli 2015 hielt dieser fest, dass nach langjähriger intensiver Therapie der Therapieeffekt gering sei und das Erlernte selbständig umgesetzt werden könne.

6.6 Nachdem die Beschwerdegegnerin am 21. Juli 2015 an ihrer Kostengutsprache vom 19. Juni 2015 festgehalten hatte, führte der behandelnde Physiotherapeut C.____ am 3. August 2015 zunächst aus, dass die Beschwerdeführerin ihre Übungen sehr vorbildlich und regelmässig durchführe. Im Alltag achte sie genau auf ihren Körper. Sie schaue auf ihr Gewicht, ihre Haltung und den Gang, mache Kräftigungs- und Stabilisationsübungen, gehe Wandern und ins Fitnessstudio etc. Sodann hielt er fest, dass sie im Bereich der unteren LWS (LWK4/5/S1) unter diversen strukturellen Veränderungen wie Protrusionen/Spondylarthrosen und Hernien leide. Im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) bestehe eine Kyphosierung mit Schulter-Nackenproblematik. Es träten rezidivierend Schmerzen im Bereich des ventralen und des lateralen Oberschenkels bis zum Kniegelenk und teilweise bis zum Fuss auf. Seltener würde sie an akuten lumbalen Beschwerden leiden. Aufgrund der Ausstrahlungen komme es immer wieder zu einem Hypertonus des Musculus Iliopsoas, der seinerseits auf den Nervus femoralis drücke und die Oberschenkel- und Knieschmerzen verstärke. Durch Zentrierung der Wirbelsäule mit Osteopathie, manueller Therapie etc. und Triggern des Muskels könnten die Beschwerden wieder kurzfristig beseitigt werden, so dass die Beschwerdeführerin während einigen Tagen nahezu schmerzfrei sei. Die Beschwerden hätten auch zur Folge, dass sich ein Trendelenburg-Hinken eingestellt habe, was vor allem die linke Seite stärker belaste und dort zu Überbelastungen und Schmerzen führe. Dies geschehe insbesondere, wenn ein längerer Therapiestopp eingelegt werde. Die Therapie diene der Erhaltung des Status quo, eine wesentliche Verbesserung könne therapeutisch nicht mehr erzielt werden.

6.7 Zum Bericht des behandelnden Physiotherapeuten hielt der beratende Physiotherapeut der Beschwerdegegnerin am 20. August 2015 fest, dass die aufgeführten Argumente keine An-

passung der Kostengutsprache begründen würden. Gegebenenfalls sei die Effektivität der bisherigen Eigenaktivitäten bezüglich des Trainings und der Beschwerdelinderung zu optimieren. Zudem dürften osteopathische Behandlungstechniken im Rahmen der OKP-Leistungen nicht erbracht werden, da es sich hierbei nicht um Massnahmen gemäss Art. 5 KLV handle.

6.8 In den Akten findet sich sodann der Bericht der Vertrauensärztin Dr. D.____ vom 6. Mai 2016. Sie führte aus, dass die von der Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren eingeholten Unterlagen (Berichte von Dr. B.____ und Bericht des Physiotherapeuten) ausreichend seien, um die Fragen betreffend Langzeitphysiotherapie beantworten zu können. Die Weiterführung der Physiotherapie mit einer Frequenz von 1 Mal pro 14 Tage sei insofern sinnvoll, als der Versicherten und ihrem Physiotherapeuten damit Zeit gegeben worden sei, den Übergang von der Langzeitphysiotherapie in eigenständig umsetzbare Massnahmen bezüglich Training und Beschwerdelinderung zu planen, einzuleiten und zu festigen. Dr. B.____ habe in seinem Zeugnis vom 11. Juni 2015 als bisherigen Behandlungserfolg die "Stabilisierung- und Aufrechterhaltung der Wirbelsäulenbeweglichkeit" genannt und dies auch als Behandlungsziel definiert. In seinem Arztbericht vom 30. Juni 2015 habe er keinen objektiven und nachvollziehbaren medizinischen Grund angegeben, weshalb die Versicherte nicht in der Lage sein solle, durch geeignete und instruierte Übungen das von ihm genannte Behandlungsziel zu erreichen. Der Physiotherapeut C.____ mache zudem diagnostische Äusserungen, die ihm aufgrund seiner Ausbildung als Physiotherapeut nicht zustehen würden und die der behandelnde Arzt Dr. B.____ auch nicht in seinen Berichten erwähnt habe. So seien die von ihm aufgeführten "strukturellen Veränderungen" an der Wirbelsäule bei einer 63-jährigen Versicherten durchaus noch als altersentsprechend anzusehen und es könne und dürfe aufgrund reiner bildgebender Befunde weder auf das Beschwerdebild im Einzelfall noch auf eine Operationsindikation geschlossen werden. Seine Annahme, eine Alternative zur Physiotherapie wäre lediglich die Operation, sei eine unbelegte und weder sachlich noch medizinisch begründete Behauptung. Es seien vom behandelnden Arzt denn auch keine Diagnosen angeführt worden, die ein operatives Vorgehen medizinisch als notwendig erachten würden. Ebenso sei die vom Physiotherapeuten offenbar angewandte funktionelle osteopathische Integration keine schulmedizinisch anerkannte Methode und entspreche nicht den Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sie dürfte daher von der OKP gemäss Art. 5 KLV nicht vergütet werden. Zudem sei diese Behandlung nicht nachhaltig, da sie statt dem notwendigen körperlichen Training die ständige Behandlung durch den Osteopathen verlange. Damit unterlaufe sie geradezu das schulmedizinisch angestrebte Behandlungsziel. Evidenzbasiert sei, dass eine Stabilisierung (d.h. Kräftigung) der Rückenmuskulatur und Aufrechterhaltung der Wirbelsäulenbeweglichkeit mit geeignetem körperlichem Training zu erreichen sei. Dafür brauche es keinesfalls eine Langzeitphysiotherapie. Mit Rückenschule und regelmässigem körperlichem Training könne die Versicherte dieses Behandlungsziel selbständig erreichen.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 14. Juli 2016, mit welchem sie die Verfügung vom 16. Oktober 2015 bestätigte, bei der Beurteilung des Anspruchs auf Langzeitphysiotherapie der Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse der vertrauensärztlichen Stellungnahmen ihrer Physiotherapeuten vom 18. Juni 2015, 16. Juli 2016 und 20. August 2015 sowie den Bericht ihrer Vertrauensärztin Dr. D.____ vom 6. Mai 2016. Sie

ging demzufolge davon aus, dass die Beschwerdeführerin über den 30. November 2015 hinaus keinen Anspruch auf Physiotherapie habe, da weder deren Wirksamkeit noch Zweckmässigkeit ausgewiesen seien.

7.2 Dieser Auffassung kann aus nachfolgenden Gründen nicht gefolgt werden. Zunächst steht fest, dass es sich bei den Ausführungen der beratenden Physiotherapeuten um Kurzberichte handelt, welche sich nur knapp mit den vorgebrachten Argumenten des behandelnden Hausarztes und des Physiotherapeuten auseinandersetzen und keine genügende Entscheidgrundlage bilden. Sodann ist zu beachten, dass Dr. D.____ eine verwaltungsinterne Ärztin ist, weshalb bei der Würdigung ihrer Beurteilung strenge Anforderungen zu stellen sind. Wenn auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, 135 V 465 E. 4.4). Solche Zweifel sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen. Zunächst kann Dr. D.____ nicht gefolgt werden, wenn sie ausführt, Dr. B.____ habe in seinem Zeugnis vom 11. Juni 2015 als bisherigen Behandlungserfolg die Stabilisierung- und Aufrechterhaltung der Wirbelsäulenbeweglichkeit genannt und dies auch als Behandlungsziel definiert. Eine genaue Prüfung ergibt, dass Dr. B.____ als Ziel der Behandlung die Verhinderung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin angegeben hat. Diesbezüglich ist auch auf seinen Bericht vom 5. Juli 2010 hinzuweisen. Darin definiert er als Erfolg die Stabilisierung des Zustandes und als Ziel neben der Stabilisierung, die Schmerzminderung und die Stärkung der paravertebralen Muskulatur. Während die Stabilisierung und die Stärkung der Muskulatur zwischenzeitlich als Erfolg bezeichnet werden, lässt sich Dr. B.____ im Juni 2016 zur Schmerzminderung nicht vernehmen. Diesbezüglich wird jedoch vom behandelnden Physiotherapeuten festgehalten, dass die Beschwerdeführerin rezidivierend an Schmerzen im Bereich des ventralen und des lateralen Oberschenkels bis zum Kniegelenk und teilweise bis zum Fuss leide. Daraus ist zu schliessen, dass die Physiotherapie neben der Stabilisierung und der Stärkung auch der Schmerzminderung dient. Soweit Dr. D._____ ihre ablehnende Beurteilung insbesondere auf die Aussage, wonach die Beschwerdeführerin mit der funktionellen osteophatischen Methode behandelt werde und damit auf eine Umgehung des schulmedizinischen Behandlungsziels zielt, kann ihr nicht gefolgt werden. Zwar trifft es zu, dass diese Methode keine Pflichtleistung der OKP ist. Die Vertrauensärztin übersieht in ihrer Argumentation jedoch, dass die osteopathische Behandlung lediglich zusätzlich zur normalen Physiotherapie erfolgt und diese nicht ersetzt. Somit bestehen erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und Richtigkeit der Ausführungen von Dr. D.____.

7.3 Nachdem auch die übrigen Berichte vorliegend nicht zu überzeugen vermögen, steht zusammenfassend fest, dass die vorhandenen medizinischen Unterlagen keine ausreichende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung des fraglichen Anspruchs bilden. Gerade auch mit Blick auf die bereits langjährige Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin drängen sich daher weitergehende sorgfältige Abklärungen auf. Die Angelegenheit ist folglich an die Sanitas zurückzuweisen, damit sie den Sachverhalt weiter untersucht, indem sie entweder direkt über den Hausarzt Dr. B.____ oder aufgrund einer eigenen vertrauensärztlichen Untersuchung den Sachverhalt umfassend prüft. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über den Anspruch der Versicherten neu zu befinden haben.

7.4 Da die Beschwerdegegnerin nicht alle notwendigen Abklärungen vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

9.1 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.

9.2 Die Beschwerdeführerin hat als obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (vgl. Art 61 lit. g ATSG). Als Obsiegen im Sinne der genannten Bestimmung gilt auch die Rückweisung der Angelegenheit an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2017, 8C_715/2016, E. 6 mit Hinweis auf BGE 132 V 235 E. 6.2). Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 29. Dezember 2016 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9.6667 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 107.--. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'725.55 (9.6667 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 107.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10. 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 Zwischenentscheide 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 materiellrechtlichen 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 Voraussetzun-

gen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Juli 2016 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 der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'725.55 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.