

*Mit Urteil vom 12. Januar 2025 (9C\_67/2025) wies das Bundesgericht eine gegen den vorliegenden Entscheid gerichtete Beschwerde in Zivilsachen ab*

S2 24 80

**URTEIL VOM 10. DEZEMBER 2024**

**Kantonsgericht Wallis  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Michael Steiner, Präsident; Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

**in Sachen**

X \_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin

**gegen**

**CONCORDIA SCHWEIZERISCHE KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG AG,**  
Beschwerdegegnerin

(Physiotherapie/Frequenz)

Beschwerde gegen den Entscheid vom 2. August 2024

## Verfahren

**A.** Die Beschwerdeführerin, geboren 1972, ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert (Akten der Beschwerdegegnerin, Beilage 1). Sie leidet u.a. an einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45 41), für welche sie physiotherapeutische Leistungen beansprucht. Die Beschwerdegegnerin übernahm diverse Physiotherapiesitzungen, welche sie mit Schreiben vom 23. Juni 2023 gestützt auf die Stellungnahme ihres VAD auf sechs Einzelbehandlungen bis zum 19. September 2023 und danach auf eine Behandlung pro Monat bis Ende Juni 2024 einschränkte (Beilage 10/8). Hieran hielt sie mit Schreiben vom 17. Juli 2023 und 17. Januar 2024 fest (Beilage 10/10, 10/17). Mit Verfügung vom 5. März 2024 bestätigte sie die Kostengutsprache für diese Frequenz (Beilage 10/19.1 f.). Die Einsprache der Versicherten vom 25. März 2024 (Beilage 10/18.1), wonach sie auf die Kostenübernahme für eine wöchentliche Physiotherapiebehandlung bestand, wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 2. August 2024, welcher am 5. August 2024 versandt wurde, ab (Beilage 3).

**B.** Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte am 6. September 2024 Beschwerde bei der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts und beantragte hauptsächlich die Kostengutsprache für eine physiotherapeutische Sitzung pro Woche. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 27. September 2024 auf Abweisung der Beschwerde. Davon wurde der Beschwerdeführerin am 4. Oktober 2024 Kenntnis gegeben. Nach erfolgter Akteneinsicht hielt sie am 2. November 2024 an ihren Begehren fest. Nachdem die Beschwerdegegnerin dazu am 20. November 2024 duplierte, schloss das Gericht am 21. November 2024 den Schriftenwechsel ab.

**C.** Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen.

## Erwägungen

**1.** Das Kantonsgericht prüft die Prozessvoraussetzungen, namentlich die Partei- und Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtsweges, die Zuständigkeit der angerufenen

Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1 und 126 V 30). Die Beschwerdeführerin wohnt im Oberwallis, weshalb die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts gestützt auf Art. 7 Abs. 2 RPfIG, Art. 58 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a VVRG als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Die Beschwerdeführerin ist durch den Einspracheentscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb auf ihre form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten ist (Art. 59, Art. 60 i.V.m. Art. 38 ATSG).

## **2.**

**2.1** Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a).

**2.2** Hauptsächlich strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für wöchentliche Physiotherapiesitzungen übernehmen muss.

## **3.**

**3.1** Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

**3.2** Der angefochtene Einspracheentscheid hat (gestützt auf die Verfügung vom 5. März 2024) einzig den Anspruch auf Kostenvergütung für physiotherapeutische Behandlung im Zeitraum vom 23. Juni 2023 bis 30. Juni 2024 zum Gegenstand. Soweit die Beschwerdeführerin eine Beurteilung ihres Anspruchs vor oder nach diesem Zeitraum beantragt, ist auf die Beschwerde mangels Anfechtungsgegenstand nicht einzutreten. Aus

demselben Grund ist auch auf den Antrag der Beschwerdeführerin, es sei bei der Abrechnung ein Systemwechsel vorzunehmen, nicht einzutreten.

Nicht zu folgen ist sodann dem Antrag der Beschwerdeführerin bezüglich des Vertrauensphysiotherapeuten. Das Gericht und auch die Versicherer haben gegenüber den Vertrauensärzten keine Weisungsbefugnis (Art. 57 Abs. 4 und Abs. 5 KVG). Letztere sind demgegenüber berechtigt, Hilfspersonen beizuziehen, wie dies die Beschwerdegegnerin ausführlich dargelegt hat.

Wenn schliesslich die Beschwerdeführerin in formeller Hinsicht die Unvollständigkeit der Akten bemängelt, kann ihr auch darin nicht gefolgt werden. Die entscheidungswesentlichen Akten der Beschwerdegegnerin wurden in chronologischer Folge paginiert und es ist für das Gericht nicht nachvollziehbar, inwiefern die Akten unvollständig sein sollten.

#### **4.**

**4.1** Art. 24 KVG verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in den Artikeln 25-31 aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in Artikeln 32-34 festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem auch ärztlich angeordnete physiotherapeutische Behandlungen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 i.V.m. Art. 46 KVV und Art. 5 KLV).

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

Dabei ist eine Leistung im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt. 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 ist ebenso wie die Dauer des Erfolges der Massnahme 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 (Beschwerde-

freiheit 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; vgl. EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3. A., Basel 2016, S. 508 Rz 329 f.).

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 ist und im Hinblick auf den Umfang der Kostendeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich zu wählen ist (BGE 130 V 299 E. 6.1 mit Hinweisen; vgl. EUGSTER, a.a.O., S. 508 f. Rz 331 ff.).

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt sodann, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das für den Behandlungszweck erforderlich ist. Demnach haben sie 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 und b mit Hinweisen; vgl. EUGSTER, a.a.O., S. 510 f. Rz 335 ff.).

**4.3** Gemäss Art. 5 Abs. 1 KLV 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 des Artikels 47 KVV oder von Organisationen im Sinne von Artikel 52 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.

Die Versicherung übernimmt gemäss Art. 5 Abs. 2 KLV je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun 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, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann (Art. 5 Abs. 4 KLV).

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). 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 (Bundesgerichtsurteil 9C\_374/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 3.2 mit Hinweisen).

**4.4** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb). Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 123 V 351 E.3b; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2; AHI 2001 S. 155 E. 3b ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; Bundesgerichtsurteil 8C\_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2).

## **5.**

**5.1** Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, der vertrauensärztliche Dienst erachte unter Berücksichtigung der Gesamtsituation eine engmaschige Begleitung im Rahmen der beantragten wöchentlichen Sitzung nicht mehr als nachvollziehbar. In der Schmerzmedizin sei man sich einig, dass selbstständig umgesetzte Massnahmen zur Schmerzlinderung beitragen würden, die Trainingseffekte zu optimieren. Aus medizinischer Sicht sei daher die Zweckmässigkeit einer Kostenübernahme für Physiotherapie im Wochenrhythmus nicht erfüllt. Wie die behandelnde Ärztin sodann selber bestätige, könnten grundsätzlich mit einer eigenständigen Trainingsaktivität die Therapieeffekte der Beschwerdeführerin ausgebaut und mittels eines wesentlichen Gewichtsverlusts sowie einer verbesserten Mobilität bzw. Sportlichkeit ein Therapieerfolg erreicht werden. Im konkreten Fall würden schliesslich psychische Faktoren interagieren, weshalb insgesamt die Fortsetzung der Einzeltherapie im Wochenrhythmus weder wirksam noch zweckmässig sei.

**5.2** Dagegen stellt sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt unvollständig und falsch festgestellt. Die beantragte wöchentliche Physiotherapie verfolge das Ziel, den Heilungsprozess optimal zu unterstützen, den Heilungserfolg aufrechtzuerhalten (Stabilität) und die Schmerzen zu lindern. Demgegenüber würden eine tiefere Therapiefrequenz und das Abstellen auf eine Eigentherapie unnütz sein. Der mit einer wöchentlichen Therapieeinheit angestrebte Erfolg könne nur so erreicht werden. Dies werde für eine vollständige Rehabilitation und Stabilisation benötigt.

## **6.**

**6.1** Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen für über 400 Einzelphysiotherapiesitzungen erbrachte. Dabei ging die Versicherte seit ihrem stationären Aufenthalt im Frühling 2015 wöchentlich zur Physiotherapie, und zwar entweder zur myofaszialen Triggerpunktbehandlung oder zur Lymphdrainage (Beilage 51). Anfang und Ende 2019 wurden sie und ihre Ärztin von der Beschwerdegegnerin aufgefordert, begleitend zur Physiotherapie eigenständig Massnahmen bzgl. Training und Beschwerdelinderung ein- und umzusetzen (Beilage 29 und 35). Die behandelnde Ärztin schrieb dazu (Beilage 20, 25 und 33), die Reduktion der Therapiefrequenz führe aufgrund zunehmender myofaszialer Schmerzen relativ schnell zu einer psychischen Dekompensation bei der Patientin. Diese sei jedoch instruiert, ihre Beschwerden eigenständig mit einem Faszienball zu lösen sowie eigenständig Fangopackungen aufzulegen und versuche, sich regelmässig zu bewegen. Es

sei jedoch zu befürchten, dass die Patientin bei herabgesetzter Physiotherapiefrequenz vermehrt ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen werde (Beilage 17). Die Ärztin empfahl, klassische Massage über die Zusatzversicherung abzurechnen (Beilage 14), und verordnete neun Therapiesitzungen (Beilage 10/21, Beschwerdebeilage 26). Im Rahmen des Einspracheverfahrens führte sie aus, aufgrund der Adipositas könne die Patientin die Tiggerpunkte nicht selber lösen und aufgrund der psychischen Komorbidität sei die Patientin nicht gewillt gewesen, an Gruppenprogrammen oder Aktivierung teilzunehmen, bzw. könne sie nicht von den gewohnten Therapieeinheiten abweichen (Beilage 5).

## **6.2**

**6.2.1** Wie unter Erwägung 4.3 ausgeführt, gilt bei Langzeitbehandlungen, wie vorliegend, die gesetzliche Vermutung, wonach die Krankheitsbehandlung den gesetzlichen Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht, nicht. Zudem unterliegt die Kostenübernahme für physiotherapeutische Behandlungen diesfalls der vertrauensärztlichen Überprüfung. Die Einwände der Beschwerdeführerin bezüglich des Vertrauensarztes sind sodann unbegründet. Dieser war als zuständiger Facharzt sehr wohl zur Einschätzung der medizinischen Situation in der Lage. Nach Sichtung der medizinischen Vorakten setzte er sich zudem in seinen mehrfach abgegebenen Stellungnahmen mit dem Leiden der Beschwerdeführerin auseinander. Er legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass bisher ausschliesslich passive Massnahmen zur Schmerzlinderung und keine aktiven Behandlungen durchgeführt worden seien und dass unter der bisherigen Physiotherapie keine Besserung habe erzielt werden können bzw. nicht zu erwarten sei. Er kam in überzeugender Weise zum Schluss, dass sich die passiven physiotherapeutischen Massnahmen im Wochenrhythmus als unwirksam erweisen würden. Zudem erachtete er diese unter Hinweis auf die Fachliteratur als nicht wirtschaftlich. In der Folge stufte er die wöchentliche Physiotherapie als unwirksam, unzweckmässig und unwirtschaftlich im Sinne des Gesetzes ein, weshalb er der Beschwerdegegnerin empfahl, die Kostenübernahme für die Physiotherapiesitzungen lediglich noch auf eine Sitzung pro Monat zu beschränken.

**6.2.2** Fallspezifisch ergibt sich aus den vorangehenden Erwägungen Folgendes: Die Gesamtsituation der Beschwerdeführerin hat sich trotz über 400 Sitzungen Physiotherapie und wöchentlicher Frequenz nicht verbessert. Selbst die behandelnde Ärztin sieht in der Therapiemassnahme über all die Jahre lediglich ein Stabilisierungspotenzial. Von der Weiterführung der Physiotherapiebehandlung erhoffte sie sich denn auch keine Ver-

besserung der Gesamtsituation, sondern lediglich deren Aufrechterhaltung. Der Vertrauensarzt kommt zum nachvollziehbaren Schluss, dass im Rahmen von Einzelphysiotherapiesitzungen meistens und insbesondere in casu eine passive Behandlung mit praktisch keiner Wirkung, die als nachhaltig bezeichnet werden könnte, vorgenommen wird. Die auf passiven therapeutischen Massnahmen beruhende wöchentliche Therapie würde daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ihre Wirksamkeit verfehlen. Aufgrund der Akten scheint es so, dass die Blockaden und Beschwerden der Beschwerdeführerin bereits zu Beginn der Behandlung in knapp gleichem Umfang bestanden haben dürften. Unter diesen Umständen ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die wöchentliche Physiotherapie wirksam war. Es kann bestenfalls von einer Stabilisierung der Verhältnisse, nicht jedoch von einem Heilungserfolg im Sinne einer Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit gesprochen werden. Jedenfalls ist nicht erstellt, dass die wöchentliche Physiotherapie aus medizinischer Sicht zur Heilung der Beschwerden beziehungsweise zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten unentbehrlich und unvermeidlich war. Eine Stabilisierung hätte aber nach den glaubwürdigen Feststellungen des Vertrauensarztes mit selbstständigem Training auch erreicht und behalten werden können. Letzteres ist keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die notwendigen Kontrollen durch die Physiotherapeutin würden mit den gewährten physiotherapeutischen Sitzungen im Rahmen der Kostengutsprache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abgegolten. Insbesondere ist es nachvollziehbar, dass das selbstständige Training unter gelegentlicher Überwachung und Anleitung der Physiotherapeutin der muskulären Beeinträchtigung besser entgegenzuwirken vermag, als eine auf passive Therapie ausgerichtete Behandlung (vgl. dazu auch den Schlussbericht des Nationalen Forschungsprogramms NFP 53 zum Thema «Muskuloskeletale Gesundheit - Chronische Schmerzen»). Es bleibt zu erwähnen, dass auch die von der behandelnden Ärztin vermutete psychische Überlagerung der Beschwerden die Physiotherapie als nicht medizinisch indiziert und damit auch als nicht wirksam und zweckmässig erscheinen lässt. Der Umstand, dass die Versicherte die Physiotherapie als wohltuend empfunden hat, entspricht schliesslich lediglich einem subjektiven Bedürfnis.

Nach dem Gesagten kann die physiotherapeutische Behandlung auch nicht als wirtschaftlich erachtet werden. Die Beschwerdeführerin verkennt, dass der Verordnungsgewerber die Physiotherapie bewusst nicht ohne weiteres als Dauertherapie zulassen, sondern mit der Positivliste von Art. 5 Abs. 4 KLV nach 36 Sitzungen einschränken und lediglich mit der Zustimmung des Vertrauensarztes gewähren wollte. Dieser hat sicherzustellen, dass nicht über das erforderliche Mass therapiert wird (EUGSTER, a.a.O., S. 520 Rz 368),

was im Folgenden zu berücksichtigen ist. Die anhaltende Behandlung mit Physiotherapie kann unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit nur zugelassen werden, wenn das Therapieziel nicht mit Behandlungsalternativen kostengünstiger erreicht werden kann (EUGSTER, a.a.O., S. 495 Rz 297 und S. 589 Rz 570). Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb mit selbstständig durchgeführten Gymnastik-, Bewegungs- und Mobilisierungsübungen nicht wenigstens vergleichbare therapeutische Ergebnisse – wie sie in casu angestrebt werden – zu erzielen sind. Unstreitig kann die Versicherte keine eigentliche Physiotherapie erbringen. Doch war es im Konkreten durchaus zumutbar, dass die Physiotherapeutin sie während den 400 gewährten Physiotherapiesitzungen gezielt in die für sie geeigneten Bewegungs- und Mobilisierungsübungen einführte, damit diese zur Erreichung des nämlichen Behandlungszieles in den Alltag einfliessen konnten. Erklärter Nutzen der Physiotherapie war gemäss behandelnder Ärztin die Erhaltung des status quo. Letzterer sollte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch mit den bewilligten monatlichen Therapiesitzungen und einem Heimprogramm, somit mit dem geringstmöglichen Kostenaufwand, erreicht werden können.

**6.2.3** Unbefehlich sind weiter die Einwände der Beschwerdeführerin betreffend den Vertrauensphysiotherapeuten der Beschwerdeführerin. Dieser nahm lediglich eine beratende und unterstützende Funktion ein. Unstrittig wurden die Akten zur Beurteilung und Stellungnahme mehrfach dem Vertrauensarzt unterbreitet, womit es seine Richtigkeit hat.

**6.2.4** Wenn schliesslich die Beschwerdeführerin eine unrichtige Feststellung des Sachverhaltes durch die Vorinstanz rügt, kann ihr auch darin nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Beurteilung ihrer Leistungspflicht auf die Berichte ihres Vertrauensarztes. Dieser erstattete seine Stellungnahme in Kenntnis der sich in den Akten befindenden Berichte der behandelnden Ärztin oder Physiotherapeutin und kam zum Schluss, im vorliegenden Fall sei eine monatliche Physiotherapiesitzung indiziert. Wenn die Beschwerdeführerin sinngemäss einbringt, der Vertrauensarzt habe sich in Widerspruch zur behandelnden Ärztin gesetzt, ist auch diese Annahme nicht ganz zutreffend, denn mit Schreiben vom 10. August 2023 räumte die Ärztin selber ein, die Leistungen gingen nicht zulasten der obligatorischen Versicherung. Im Übrigen ist hinsichtlich ihrer abweichenden Berichte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die Schlussfolgerung des Vertrauensarztes ist in nachvollziehbarer Weise be-

gründet und es kann ihm gefolgt werden, wenn er der Ansicht ist, die in den Akten vorhandenen Berichte und Stellungnahmen liessen eine eindeutige Beurteilung des Gesundheitszustandes zu und der medizinische Sachverhalt sei vollständig ermittelt. Die vorinstanzliche Beweiswürdigung ist insofern nicht zu beanstanden.

**6.3** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Feststellungen und Schlussfolgerungen des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin begründet und nachvollziehbar sind. Ihm folgend ist demnach die Wirksamkeit einer wöchentlichen Physiotherapiebehandlung ab 23. Juni 2023 nicht mehr gegeben. Da die Weiterführung einer wöchentlichen Physiotherapiebehandlung auch nicht zweckmässig und wirtschaftlich ist, entfällt der Anspruch und damit eine Nachzahlungspflicht der Beschwerdegegnerin. Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für Physiotherapiesitzungen ab 23. Juni 2023 auf sechs und danach auf eine Sitzung pro Monat eingeschränkt hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

**7.** Abgesehen von Ausnahmen, die hier nicht interessieren, sind im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG). Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet (BGE 126 V 143 E. 4; Art. 91 Abs. 3 VVRG).

**Das Kantonsgericht erkennt:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Kosten erhoben noch Parteientschädigungen ausgerichtet.

Sitten, 10. Dezember 2024