

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2021/3 vom 11. Oktober 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-10-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2021_3

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2021/3 du 11 octobre 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2021/3 del 11 ottobre 2021

Regeste

Kostenübernahme für weiterführende Physiotherapie zu Recht verneint, da Physiotherapie als Behandlung für die geltend gemachten psychischen Leiden nicht medizinisch indiziert und folglich nicht zweckmässig ist; Abweisung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Oktober 2021, KV 2021/3). Das Bundesgericht ist auf die Beschwerde nicht eingetreten 9C_612/2021.

Volltext

Entscheid vom 11. Oktober 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. KV 2021/3 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen B.____ AG, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war ab dem 1. Januar 2007 bei der B.____ AG obligatorisch krankenpflegeversichert (act. G1.1). Ab März 2015 war er aufgrund von Rückenproblemen in regelmässiger physiotherapeutischer Behandlung. Mit Verfügung vom 29. Mai 2019 hiess die B.____ ein Gesuch des Versicherten um Kostengutsprache für Physiotherapie für das Jahr 2019 im Umfang von maximal 3 Therapieserien zu 9 Sitzungen gut. Diese Verfügung bestätigte sie mit Einspracheentscheid vom 11. September 2019. Dagegen erhob der Versicherte am 7. Oktober 2019 Beschwerde (vgl. Sachverhalt A.a, B.c, B.e und C.a des Entscheids des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. April 2020, KV 2019/21). Dr. med. C.____, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie, verordnete dem Versicherten am 6. Dezember 2019 eine zwei Mal pro Woche durchzuführende Physiotherapie zur "Behandlung funktioneller Schmerzen und Schmerzverstärkung durch Manualtherapie" bei psychischer Belastung (KV-act. 1). Am 16. Dezember 2019 ersuchte er die B.____ um Kostengutsprache für diese adjuvante physiotherapeutische Behandlung bei Schmerzerkrankung/muskuloskelettalen somatischen Beschwerden bei rezidivierender depressiver Störung (KV-act. 2). Am 27. Januar 2020 nahm Dr. med. D.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin, nach telefonischer Rücksprache mit Dr. C.____ eine vertrauensärztliche Beurteilung für die B.____ vor. Sie empfahl, 3 Serien zu 9 Einzeltherapien pro Jahr zu übernehmen. Dr. C.____ sei damit einverstanden. Anschliessend könne der Versicherte MTT (Medizinische Trainingstherapie) machen, dies sei zumutbar (KV-act. 3 i.V.m. Aktenverzeichnis der B.____). Am 31. Januar 2020 erteilte die B.____ "in Anbindung an das psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungskonzept" dem Versicherten Kostengutsprache für eine adjuvante, manualtherapeutische Physiotherapie von 3 Serien zu 9 Sitzungen für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2020 (KV-act. 4). Zwischen dem

9. Januar und 30. März 2020 besuchte der Versicherte 18 Physiotherapiesitzungen im Physiozentrum F.____ (KV-act. 5 f.). Mit Entscheid vom 14. April 2020 wies das Versicherungsgericht die Beschwerde des Versicherten vom 7. Oktober 2019 gegen den Einspracheentscheid der B.____ vom 11. September 2019 ab (KV 2019/21). Dies insbesondere gestützt auf ein rheumatologisches Gutachten von Dr. med. E.____, Fachärztin für Innere Medizin spez. Rheumaerkrankungen, vom 22. März 2019, gemäss welchem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen war, dass keine rheumatologische Diagnose vorlag, welche einen Anspruch auf Physiotherapie-Leistungen über 3 Serien zu 9 Sitzungen pro Jahr rechtfertigte (E. 3 des genannten Entscheids). Ebenfalls am 14. April 2020 verordnete Dr. C.____ dem Versicherten erneut eine zwei Mal pro Woche durchzuführende manuelle Physiotherapie zur Behandlung funktioneller Schmerzen bei psychischer Belastung (KV-act. 7, Beilage 2). Gleichentags wandte er sich mit dem entsprechenden Kostengutsprachege such für diese adjuvante physiotherapeutische Behandlung bei Schmerz erkrankung/muskuloskelettalen somatischen Beschwerden bei rezidivierender depressiver Störung an die B.____ (KV-act. 7). Mit E-Mail vom 15. April 2020 empfahl der den Versicherten behandelnde Physiotherapeut vom Physiozentrum F.____ gegenüber Dr. C.____ für die physische und psychische Gesundheit des Versicherten eine Weiterführung der Physiotherapie (KV-act. 7, Beilage 1). Am 21. April 2020 notierte Vertrauensärztin Dr. D.____, sie würde sich an die Empfehlung gemäss Telefonat mit Dr. C.____ mit 3 Serien zu 9 Sitzungen halten (vgl. Bstb. A.c). Weitere Therapien mit der gleichen Indikation empfehle sie nicht mehr zu übernehmen (KV-act. 8). Gestützt darauf hielt die B.____ mit Schreiben vom 27. April 2020 an ihrer Kostengutsprache vom 31. Januar 2020 mit einem Jahreskontingent von 27 Sitzungen für das Jahr 2020 fest (KV-act. 9). Am 29. April 2020 nahm Dr. D.____ eine vertrauensärztliche Beurteilung des Kostengutsprachege suchs vom 14. April 2020 vor (KV-act. 8). Mit der nicht gemäss Gesuch vom 14. April 2020 erteilten Kostengutsprache zeigte sich der Versicherte mit E-Mail vom 7. Mai 2020 als nicht einverstanden (KV-act. 10). Mit Schreiben vom 22. Mai 2020 wandte sich die B.____ mit Fragen an Dr. C.____ (KV-act. 12). Der Arzt beantwortete diese mit E-Mail vom 25. Mai 2020 (KV-act. 14 S. 5 ff.). Weitere Informationen liess Dr. C.____ der B.____ mit E-Mail vom 25. Juni 2020 zukommen (KV-act. 14 S. 3). Mit Verfügung vom 17. August 2020 wies die B.____ das Gesuch um Kostengutsprache vom 14. April 2020 ab (act. G1.3). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 17. September 2020 mit Ergänzung vom 23. Oktober 2020 Einsprache (act. G1.2). Am 21. Dezember 2020 erstattete Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine vertrauensärztliche Beurteilung für die B.____ (KV-act. 15). Mit Entscheid vom 29. März 2021 wies die B.____ die Einsprache des Versicherten ab (act. G1.1). Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 6. Mai 2021 Beschwerde und beantragte unter Kosten- und Entschädigungsfolge was folgt: 1. Der Einspracheentscheid vom 29. März 2021/6. April 2021 (gemeint: Zugangsdatum vom 13. April 2021, vgl. Rz. 5 auf S. 4 der Beschwerde in act. G1) sei aufzuheben und die B.____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei anzuweisen, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Sie habe den Verordnungen des zuständigen Facharztes Dr. C.____, welche dieser zu aktualisieren habe, stattzugeben. 2. Die bereits mehrmals beantragte vollumfängliche Akteneinsicht sei zu bestätigen und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die vollumfängliche Akteneinsicht komplett und umgehend zu gewähren. Ebenso habe sie dem Gericht die gesamte Aktenlage zu editieren. (3. fehlt) 4. Die involvierten Fachpersonen seien zu befragen respektive es seien deren fachkundige Berichte einzuholen. 5. Dem Antrag bei der

Beschwerdegegnerin auf eine unabhängige neutrale "second opinion" sei stattzugeben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, dies zu ermöglichen. 6. Gegebenenfalls sei ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren, da dieser Fall mittlerweile unverhältnismässig andauere und für ihn unübersichtliche Ausmasse erreicht habe (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Kosten- und Entschädigungsfolgen Abweisung der Beschwerde (act. G3). Mit Replik vom 1. Juli 2021 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen vollumfänglich fest, verwies auf das in der Beschwerde Dargelegte und beantragte erneut Zeugenbefragungen seiner behandelnden Ärzte/Therapeuten respektive die Einholung von deren Berichten (act. G5). Am 11. August 2021 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Erstattung einer Duplik (act. G7). Erwägungen Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 29. März 2021, dem die Verfügung vom 17. August 2020 zugrunde liegt. Mit dieser Verfügung hat die Beschwerdegegnerin eine "Kostengutsprache für die Verlängerung der Kostengutsprache vom 31. Januar 2020 für eine adjuvant physiotherapeutische Behandlung bei Schmerzkrankung/muskuloskelettalen somatischen Beschwerden bei rez. depressiver Störung" abgelehnt (act. G1.3). Damit hat sie die von Dr. C. ___ am 14. April 2020 verordnete Physiotherapie (zwei Mal wöchentlich für weitere 3 Serien zu 9 Sitzungen gemäss KV-act. 7, Beilage 2) abgelehnt und keine quantitative Erweiterung der für das Jahr 2020 bereits zugestandenen Physiotherapie vorgenommen. Zu prüfen ist folglich, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Physiotherapie im am 14. April 2020 geltend gemachten Umfang im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu Recht verneint hat. Nicht Verfahrensgegenstand bildet demgegenüber die mit Kostengutsprache vom 31. Januar 2020 dem Beschwerdeführer zugestandenen 3 Serien zu 9 Physiotherapiesitzungen, zumal diese Zusprache in Rechtskraft erwachsen ist und sich damit der Überprüfungsbefugnis des Gerichts entzieht. Soweit der Beschwerdeführer bezüglich der Akteneinsicht und Zustellung von Aktenkopien durch die Beschwerdegegnerin sinngemäss eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügt (act. G1, Antrag Ziff. 2), kann ihm nicht gefolgt werden. Er macht keinerlei Angaben dazu, in welche konkreten Aktenstücke ihm keine Einsicht gewährt worden sein soll. Was das vorliegende Verfahren anbelangt, ist nicht ersichtlich, welche Akten dem Gericht nicht vorgelegen haben sollen. Vom umfassenden Akteneinsichtsrecht im Gerichtsverfahren hat der Beschwerdeführer keinen Gebrauch gemacht (siehe act. G4). Dem Beschwerdeführer wäre es ohne Weiteres möglich gewesen, Einsicht in die Akten zu nehmen; eine Verletzung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör liegt nicht vor. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 i.V.m. Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Als Krankheit gilt dabei jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG, SR 830.1). Art. 25 Abs. 2 KVG enthält einen Katalog von Leistungen, die unter die Übernahmepflicht der Krankenversicherer fallen. Als Pflichtleistung aufgeführt sind unter anderem die von Personen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachten ambulanten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG). Zu diesen Personen, welche auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, gehören unter

anderem auch Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen (Art. 46 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Leistungen sind jedoch nicht schon dann zu vergüten, wenn sie der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG) und in diesem Sinne medizinisch indiziert sind, sondern nur und soweit sie auch wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (abgekürzt: WZW; Art. 32 Abs. 1 KVG; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juli 2014, 9C_143/2014, E. 2.3). Die WZW-Kriterien müssen kumulativ erfüllt sein (vgl. hierzu BGE 128 V 159 E. 5a/bb). Die Zweckmässigkeit einer Leistung im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG 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. Fehlt im Einzelfall die medizinische Indikation für eine bestimmte Massnahme, kann nur der Verzicht darauf zweckmässig sein (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3. Aufl., Rz. 331 ff. mit Hinweisen, wobei der Autor die Frage aufwirft, ob es sich bei dieser Begründung um eine Tautologie handelt). 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 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_374/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 3.2 mit Hinweisen; näher dazu zudem die nachfolgende Erwägung). Die Versicherung übernimmt gemäss Art. 5 Abs. 2 KLV 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, 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). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Die medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar: Dr. C.____ ersuchte am 16. Dezember 2019 um Kostengutsprache für eine adjuvante physiotherapeutische Behandlung bei Schmerzkrankung/muskuloskeletalen somatischen Beschwerden bei rezidivierender depressiver Störung. Der Beschwerdeführer habe bis Februar 2015 und wieder ab 1. März 2019 in seiner integriert psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gestanden. Seither seien 30 Sitzungen erfolgt. Es bestehe eine anhaltende Belastungssituation bei schwer pflegebedürftigem Sohn mit Z.____ und damit im Zusammenhang stehender affektiver

Störung auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung und rezidivierenden depressiven Störung (KV-act. 2 S. 1). Als Diagnose nannte er eine gemischte Anpassungsstörung bei akzentuiert emotional instabilen Persönlichkeitszügen (KV-act. 2 S. 3). Dr. D. ___ notierte am 27. Januar 2020 nach einem Telefonat mit Dr. C. ___, der Versicherte sei laut dessen Auskunft über die körperlichen Beschwerden zugänglich und behandelbar. Eine Physiotherapie sei aus psychiatrischer Sicht medizinisch indiziert. Es beständen keine internistischen und keine rheumatologischen objektiven Befunde oder Funktionseinschränkungen, welche eine Physiotherapie begründen würden. Der Psychiater bitte darum, einen Kompromiss mit dem Beschwerdeführer einzugehen. Vor diesem Hintergrund empfahl Dr. D. ___ maximal 3 Serien zu 9 Sitzungen pro Jahr zu übernehmen. Der Psychiater sei damit einverstanden. Anschliessend sei dem Beschwerdeführer eine MTT zumutbar (KV-act. 3). Am 31. Januar 2020 gewährte die Beschwerdegegnerin alsdann Kostengutsprache für 3 Serien zu 9 Sitzungen vom 1. Januar bis 31. Dezember 2020 (KV-act. 4). Am 14. April 2020 ersuchte Dr. C. ___ um "Verlängerung" der Kostengutsprache vom 31. Januar 2020. Die psychische Belastung äussere sich parallel wellenförmig in den muskuloskelettalen Beschwerden abhängig von geglückten Bewältigungsstrategien. Es werde um Fortführung der adjuvanten manualtherapeutischen Physiotherapie zur Stabilisierung der erreichten Verbesserungen ersucht. Der Physiotherapie sei ein wesentlicher Teil der psychophysischen Verbesserungen der letzten Monate geschuldet. Die Verbesserungen liessen sich auch aus dem Verlaufsbericht des Physiozentrums F. ___ ablesen (KV-act. 7). Mit E-Mail vom 15. April 2020 erklärte der den Beschwerdeführer behandelnde Physiotherapeut vom Physiozentrum F. ___, der Allgemeinzustand habe sich leicht verbessert. Die Schmerzen hätten sich auf der VAS Skala zwischen 1 und 3 Punkten reduziert je nach Problemregion. Die Schmerzbehandlung durch Faszientherapie zeige eine leichte Wirkung. Für die physische und psychische Gesundheit des Beschwerdeführers empfehle er eine Weiterführung der Physiotherapie (KV-act. 7). Dr. D. ___ notierte am 29. April 2020, beim Beschwerdeführer handle es sich ausschliesslich um eine psychiatrische Diagnose. Die Physiotherapie diene einzig zur Verbesserung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers über den körperlichen Zugang und diene als begleitende Therapie zur psychiatrischen Dauerbehandlung. Der Beschwerdeführer sei im Alltag selbständig, er sei vollzeitig berufstätig und laut Dr. C. ___ bewege er sich regelmässig im Freien und mache selbständig Sport. Deshalb sei die Durchführung eines Programms in eigener Regie absolut zumutbar. Mit der Anleitung durch den Physiotherapeuten und die Kontrolle im Rahmen des Kontingents von 3 Serien zu 9 Sitzungen pro Jahr sollte es dem Beschwerdeführer möglich sein, zusätzlich sein eigenes Programm korrekt und regelmässig durchzuführen. Eine Erhöhung der physiotherapeutischen Einzeltherapie sei medizinisch nicht indiziert und erfüllte nicht die WZW-Kriterien (KV-act. 8). Mit E-Mail vom 25. Mai 2020 erklärte Dr. C. ___ auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin, die psychosomatischen körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers hätten auf die physiotherapeutische Behandlung gut angesprochen. Im Sinne der Effizienz sei aus psychiatrischer Sicht eine weiterführende adjuvante Behandlung des psychiatrischen Grundleidens ausgewiesen. Die psychische Stabilität des Beschwerdeführers im Rahmen einer komplexen Belastungssituation sei durch diese Behandlung wesentlich mitverantwortlich für das bis jetzt positive Ansprechen auf die psychiatrische Behandlung. Die von ihm erfolgte Zustimmung zur Begrenzung der Physiotherapiesitzungszahl auf 27 Sitzungen für das Jahr 2020 sei auf den Vorschlag von Dr. D. ___ hin erfolgt. Der individuelle Krankheitsverlauf sei für keinen Arzt vorhersehbar.

Insofern würden ärztliche Behandlungen dem Verlauf der Erkrankung folgen im Sinne der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit. Im Rahmen psychischer Erkrankungen seien funktionell-psychosomatische Begleiterkrankungen häufig. Das Ansprechen auf adjuvante Therapien sei für den Verlauf der psychiatrischen Grunderkrankung teils erheblich von Bedeutung. Die Verhütung von depressiven Episoden, Hospitalisationen und Psychopharmakatherapien sowie die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit könnten wesentlich beeinflusst werden (KV-act. 14 S. 5 f.). Einer weiteren E-Mail von Dr. C. ___ an die B. ___ vom 25. Juni 2020 ist die folgende Begründung für das "Kostenverlängerungsgesuch" vom 14. April 2020 zu entnehmen: Schwere histrionisch-paranoide Persönlichkeitsstörung mit Somatisierung (Myogelosen) und rezidivierenden depressiven Episoden. Im Rahmen der laufenden integriert psychiatrisch-psychotherapeutischen Sitzungen sei eine adjuvante physiotherapeutische Behandlung sehr effektiv auf die Kompensation der Erkrankung und Verhütung von Erregungszuständen und paranoiden Durchbrüchen, Bedrohlichkeiten und Hospitalisationen gewesen (KV-act. 14 S. 3). Dr. G. ___ verfasste am 21. Dezember 2020 eine vertrauensärztliche psychiatrische Beurteilung. Er gelangte zum Schluss, dass sich aus fachpsychiatrischer Sicht keine Indikation für eine hochfrequente Physiotherapie nachvollziehen lasse. Wenn eine affektive Symptomatik bestehe, dann lasse sich diese entsprechend den Leitlinien zur Behandlung affektiver Störungen psychopharmakologisch und psychotherapeutisch behandeln. Bei Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung kämen vornehmlich psychotherapeutische Strategien zum Zug, wobei punktuell zur Behandlung gewisser Beschwerden durchaus auch Psychopharmaka verwendet werden könnten. Eine hochfrequente Physiotherapie sei bei solchen Störungen nicht indiziert. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass aus fachpsychiatrischer Sicht die aktuelle Strategie einer konstanten Linderung der Beschwerden nicht unbedingt sinnvoll erscheine. Dies erschwere die Auseinandersetzung mit wichtigen Fragen, wie beispielsweise die Betreuung des Sohnes zu gestalten wäre. Offenbar wirke momentan noch die Linderung durch die Physiotherapie. Jedoch sei zu befürchten, dass, wenn weiterhin die belastende Situation im Alltag nicht gebessert werde, es dann schliesslich doch zu nicht mehr gut behandelbaren Schmerzen komme. Insofern sei diese hochfrequente Physiotherapie potenziell sehr kontraproduktiv und löse das Grundproblem nicht. Es handle sich bei der Physiotherapie nicht um eine Behandlung der geltend gemachten Störungen. Sie sei nicht zielführend und könnte den Beschwerdeführer daran hindern, sich ernsthaft mit der bestehenden Problematik auseinanderzusetzen, und so zu einer Verschlechterung beitragen (KV-act. 15). 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 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. Aus den Akten ist zu schliessen, dass die Beschwerdegegnerin ab März 2015 bis und mit dem Jahr 2018 die gesetzlichen Leistungen für die dem Beschwerdeführer von den behandelnden Ärzten aus physischen Gründen verordnete Physiotherapiesitzungen erbracht hat (vgl. Sachverhalt A.a des Entscheids des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. April 2020, KV 2019/21). Für das Jahr 2019 hat sie ihre Leistungen insbesondere gestützt auf ein rheumatologisches Gutachten von Dr. E. ___ vom 22. März 2019 auf 3

Serien zu 9 Sitzungen beschränkt. Das Versicherungsgericht erwog im genannten Entscheid vom 14. April 2020, gestützt auf das überzeugende Gutachten von Dr. E.____ sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine Diagnose vorliege, welche einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Physiotherapie-Leistungen über die mit Verfügung vom 29. Mai 2019 erteilte Kostengutsprache (3 Serien zu 9 Sitzungen; vgl. Sachverhalt A.a und A.f) hinaus rechtfertigte. Weder aus den Vorbringen des Beschwerdeführers noch aus den Akten ergäben sich Hinweise darauf, dass Dr. E.____ objektive Gesichtspunkte ausser Acht gelassen hätte oder ihre Begutachtung nicht lege artis erfolgt wäre. Unter diesen Umständen bestehe kein Anlass, von der beweiskräftigen Beurteilung der Gutachterin abzuweichen (KV 2019/21, E. 3.2 bis 3.5). Es ist keine fachärztliche Beurteilung aktenkundig, welche eine nach der Begutachtung durch Dr. E.____ eingetretene Verschlechterung der rheumatologischen/orthopädischen Situation des Beschwerdeführers vermuten lassen würde. Dr. C.____ macht denn in seinem Kostengutsprache gesuch auch nichts dergleichen geltend. Vielmehr begründete er die Notwendigkeit der (intensiveren als der zugestandenen) Physiotherapie neu mit psychiatrischen Diagnosen. Folglich ist mit Dr. D.____, Dr. G.____ (zu den vertrauensärztlichen Stellungnahmen vgl. nachfolgend E. 4.3) und der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor keine eine mehr als 3 Serien zu 9 Sitzungen umfassende Physiotherapie bedingende Diagnose aus rheumatologischer Sicht vorliegt. Hieran vermag auch die vom Beschwerdeführer angeführte Gesamtsituation (vgl. act. G1, S. 6 Rz. 4) nichts zu ändern, welche von Dr. D.____ ohnehin bereits berücksichtigt worden ist (vgl. hierzu nachfolgend E. 4.3). Darüber hinaus weist Dr. G.____ in nachvollziehbarer Weise - wie anscheinend bereits Dr. E.____ in ihrem Gutachten vom 22. März 2019 (vgl. vorgenannten Entscheid des Versicherungsgerichts KV 2019/21, E. 3.3) - darauf hin, dass die Symptomlinderung durch Physiotherapie die Gesamtsituation des Beschwerdeführers verschlechtern könnte, da keine Auseinandersetzung mit der belastenden Situation im Alltag stattfinde (KV-act. 15 S. 2). Die Kostenübernahme für mehr als 36 Sitzungen umfassende physiotherapeutische Behandlungen unterliegt der formellen Anforderung der vertrauensärztlichen Überprüfung im Sinne von Art. 5 Abs. 4 KLV (vgl. vorstehend E. 2.5). Da der Beschwerdeführer seit März 2015 physiotherapeutische Behandlungen in Anspruch nahm, hat er diese Schwelle sicherlich erreicht (vgl. vorstehend Sachverhalt A.a). Nach Sichtung der medizinischen Vorakten äusserten sich Dr. D.____ aus internistischer Sicht und Dr. G.____ aus psychiatrischer Sicht zur medizinischen Indikation/Erfüllung der WZW-Kriterien der Physiotherapie im Fall des Beschwerdeführers. Dr. D.____ gelangte in ihrer Beurteilung vom 27. Januar 2020 nach Rücksprache mit Dr. C.____ zum Schluss, dass eine Physiotherapie von 3 Serien zu 9 Sitzungen medizinisch indiziert sei und die WZW-Kriterien erfülle. Dies wohl unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer in der Beschwerde geltend gemachten Gesamtsituation (vgl. Beschwerdebegründung in act. G1, S. 6 Rz. 4), was nachvollzogen werden kann. Darüber hinaus erachtete Dr. D.____ mit überzeugender Begründung eine MTT als dem Beschwerdeführer zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.6). Damit verneinte sie für eine 27 Sitzungen pro Jahr übersteigende Physiotherapie die Erfüllung der WZW-Kriterien, was mit dem beweiskräftigen Gutachten von Dr. E.____ vereinbar ist (vgl. hierzu vorstehend E. 4.2). Der psychiatrische Vertrauensarzt Dr. G.____ legte sodann am 21. Dezember 2020 in nachvollziehbarer Weise dar, dass es sich bei Physiotherapie nicht um eine bei affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen indizierte Therapie handelt. Dies wird denn auch von Dr. C.____

nicht geltend gemacht. Damit erfüllt aber die dem Beschwerdeführer von Dr. C.____ am 14. April 2020 verordnete Physiotherapie das für eine Übernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zwingend zu erfüllende Kriterium der Zweckmässigkeit mangels medizinischer Indikation offensichtlich nicht mehr. Folglich ist nicht weiter zu prüfen, ob die Kriterien der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit erfüllt sind, zumal die WZW-Kriterien kumulativ zu erfüllen sind (vgl. vorstehend E. 2.2). Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden erwiesen sein muss. Es reicht nicht aus, die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode einzelfallbezogen und retrospektiv auf Grund der jeweiligen konkreten Behandlungsergebnisse zu beurteilen. In der klassischen universitären Medizin gilt der Wirksamkeitsnachweis als erbracht, wenn die Behandlungsmethode für das in Frage stehende Behandlungsziel wissenschaftlich anerkannt ist, d.h. von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis akzeptiert wird (Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2018, Art. 32 Rz 4 f. mit weiteren Hinweisen). Vor diesem Hintergrund dürfte auch das Kriterium der Wirksamkeit nicht erfüllt sein, dies umso weniger, als sich Dr. C.____ keine Verbesserung der Gesamtsituation, sondern lediglich die Stabilisierung/Aufrechterhaltung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erhofft (vgl. KV-act. 7; vgl. zu dieser Thematik BGE 130 V 299 E. 6.2.1.1 mit Hinweisen). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Feststellungen und Schlussfolgerungen der Vertrauensärzte Dr. G.____ und Dr. D.____ begründet und nachvollziehbar sind. Den Vertrauensärzten folgend ist demnach die medizinische Indikation für eine weitergehende Physiotherapie nicht gegeben. Somit besteht kein gesetzlicher Anspruch des Beschwerdeführers auf Physiotherapie-Leistungen über die am 31. Januar 2020 erteilte Kostengutsprache (3 Serien zu 9 Sitzungen) hinaus. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb dem Kostengutsprachegesuch vom 14. April 2020 zu Recht keine Folge geleistet. Bei der vorliegenden Sachlage sind von weiteren Abklärungen und insbesondere von der Einholung der vom Beschwerdeführer beantragten "second opinion" sowie der beantragten Befragung der behandelnden Ärzte (act. G1, Beschwerdeanträge Ziff. 4 und 5 sowie act. G5) keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierende Beweiswürdigung; vgl. BGE 134 I 148 E. 5.3). Es ist deshalb darauf zu verzichten. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 82a ATSG noch anwendbaren Fassung). Der Beschwerdeführer hat "gegebenenfalls" die unentgeltliche Rechtsverteidigung beantragt (act. G1, Beschwerdeantrag Ziff. 5). Er hat dies einerseits damit begründet, dass der Fall bereits unverhältnismässig andauere, und andererseits für ihn unübersichtliche Ausmasse angenommen habe. Die unentgeltliche Rechtsverteidigung wird bewilligt, wo die Verhältnisse dies rechtfertigen (Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG). Wie bereits im Entscheid vom 14. April 2020 (KV 2019/21) vom Versicherungsgericht in E. 4.2 ausgeführt, ist der Beschwerdeführer als Rechtskonsulent tätig und durchaus in der Lage, seinen Standpunkt darzulegen. Zudem ist die Angelegenheit in diesem – vom Untersuchungsgrundsatz beherrschten (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – Verfahren weder in rechtlicher noch in sachverhaltlicher Hinsicht sonderlich komplex. Die Rechtsverteidigung ist unter diesen Umständen nicht geboten. Zu erwähnen ist ferner wiederum, dass durch einen unentgeltlichen Rechtsbeistand die vom Beschwerdeführer offenbar angestrebte Verfahrensbeschleunigung nicht erreicht werden könnte; im Gegenteil wäre durch Zeit für Einarbeitung und Stellungnahme durch den Rechtsvertreter mit

weiterem Zeitverlust zu rechnen. Von der Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters ist daher abzusehen. Als Versicherungsträger hat die obsiegende Beschwerdegegnerin praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, soweit - wovon vorliegend ausgegangen werden kann - die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2020, N 218 zu Art. 61 ATSG). Ihr diesbezüglicher Antrag ist daher unbegründet (vgl. act. G3). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, weshalb auch sein diesbezüglicher Antrag abzuweisen ist (vgl. act. G1). im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

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