

200 17 471 KV  
FUR/SCC/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil der Einzelrichterin vom 12. März 2018**

Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Atupri Gesundheitsversicherung**  
Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 20. April 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1929 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) hielt sich vom 18. August bis 2. September 2015 (Akutklinik) und vom 2. bis 15. September 2015 (Rehabilitation) im Spital C.\_\_\_\_\_, auf (Dossier der Atupri Gesundheitsversicherung [Atupri bzw. Beschwerdegegnerin]; Antwortbeilage [AB] 21.2).

Am 15. Dezember 2015 stellte das Spital C.\_\_\_\_\_ eine Kostengutsprache für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation (medizinische Trainingstherapie [Position 7340], Gruppen-Physiotherapie [Position 7330], Ergotherapie [Position 7601/7611] und Gruppen Ergotherapie [Position 7621/7622]) während vier Monaten (AB 1). In der Folge gewährte die Atupri 18 Sitzungen der Physiotherapieposition 7301; eine Kostenübernahme für weitere ambulante Rehabilitationsbehandlungen lehnte sie ab (AB 2). Auch nach weiteren Wiedererwägungsgesuchen (AB 3, 5) lehnte die Atupri eine Kostenübernahme ab (AB 4, 6, 7).

Nach Aufforderung der Versicherten, vertreten durch ihren Sohn (AB 9, 11), verfügte die Atupri am 12. August 2016 die Ablehnung der Kostenübernahme für die durchgeführte ambulante Rehabilitation vom 24. November 2015 bis 8. März 2016 im Spital C.\_\_\_\_\_; sie bestätigte, dass lediglich die Kosten für 18 Physiotherapiesitzungen (Position 7301) übernommen würden (AB 12). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 7. September 2016 Einsprache (AB 15). Nach Einreichung des Austrittsberichts vom 18. September 2015 (AB 21.2) und der Stellungnahmen der Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 18. September 2015 (AB 21.2) sowie vom 13. bzw. 14. Februar 2017 (AB 21.1, 21) hiess die Atupri mit Entscheid vom 20. April 2017 die Einsprache teilweise gut, indem sie für die Zeit vom 24. November 2015 bis 8. März 2016 entgegen der Kostengutsprache vom 29. Dezember 2015 die Kosten für die Physiotherapieposition 7311 übernahm. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab (AB 24).

## **B.**

Am 17. Mai 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie lässt beantragen, der Einspracheentscheid vom 20. April 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verpflichten, die Kosten der ambulanten Rehabilitation der Beschwerdeführerin im Spital C.\_\_\_\_\_ vom 24. November 2015 bis 8. März 2016 zu übernehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Juli 2017 beantragte die Atupri die Abweisung der Beschwerde. Dazu reichte sie auch die Stellungnahme vom 10. Juli 2017 der Vertrauensärztin, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, ein (AB 25).

In den Stellungnahmen vom 3. August 2017 und 12. Januar 2018 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des

kantonales Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 20. April 2017 (AB 24), mit welcher die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme der Physiotherapieposition 7311 gewährte und eine Kostengutsprache für weitere ambulante Rehabilitation verneinte. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Übernahme von Kosten für medizinische Trainingstherapie (Position 7340), Gruppen-Physiotherapie (Position 7330), Ergotherapie (Position 7601/7611) und Gruppen Ergotherapie (Position 7621/7622; Kostengutsprache gesuch vom 15. Dezember 2015: AB 1 / Beschwerdebeilage [BB] 4) während vier Monaten ablehnte.

**1.3** Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25-31 nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG).

**2.2** 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: die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG).

Der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG wird im Gesetz nicht näher umschrieben. Nach Lehre und Rechtsprechung besteht das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und

Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Die medizinische Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, sie ist also auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln. Bei Chronischkranken dient sie insbesondere der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens. Ein Rehabilitationspotenzial setzt somit voraus, dass nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann bzw. bei progredienten Erkrankungen – wenigstens – mit einer Stabilisierung (Entscheid des Bundesgerichts vom 14. Februar 2013, 9C\_413/2012, E. 4.1). Eine medizinische Rehabilitation kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen (BGE 9C\_413/2012, E. 4.2).

**2.3** Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Art. 32 Abs. 1 KVG).

**2.3.1** Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt, mit anderen Worten muss sie objektiv geeignet sein, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg; BGE 139 V 135 E. 4.4.1 S. 139, 133 V 115 E. 3.1 S. 116, 130 V 299 E. 6.1 S. 304; SVR 2005 KV Nr. 6 S. 21 E. 1.2). Die Wirksamkeit (wie auch die Zweckmässigkeit) einer Behandlung beurteilt sich im Hinblick auf den durch sie angestrebten Nutzen im Einzelfall (BGE 143 V 95 E. 3.1 S. 98).

**2.3.2** Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich nach der Rechtsprechung auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem

besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Das bedeutet aber nicht, dass dort, wo es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, diese ungeachtet der Kosten in jedem Fall als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit, die für das gesamte Staatshandeln gilt (Art. 5 Abs. 2 BV), ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht, was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt. Es können somit weder die hohe therapeutische Wirksamkeit noch die Wirtschaftlichkeit je getrennt voneinander betrachtet werden in dem Sinne, dass die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen mit einem kategorialen Ja oder Nein beantwortet werden könnte und bejahendenfalls die Kosten in beliebiger Höhe zu übernehmen wären. Vielmehr ist die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den Behandlungskosten zu beurteilen: Je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt (BGE 142 V 26 E. 5.2.1 S. 35, 139 V 135 E. 4.4.3 S. 140, 136 V 395 E. 7.4 S. 407).

**2.3.3** Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt deren Wirksamkeit voraus. Ob eine Leistung zweckmässig ist, muss anhand des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung beurteilt werden (BGE 137 V 295 E. 6.2 S. 306, 130 V 299 E. 6.1 S. 304). Die Frage der Zweckmässigkeit hängt daher von medizinischen Kriterien ab und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen. Umgekehrt sind medizinisch nicht indizierte therapeutische oder diagnostische Vorkehren regelmässig auch unzweckmässig (BGE 139 V 135 E. 4.4.2 S. 140, 130 V 532 E. 2.2 S. 536; SVR 2001 KV Nr. 21 S. 62 E. 2c).

**2.4** Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (AB 56 Abs. 1 KVG).

### 3.

**3.1** Es ist zu Recht unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin – nach einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt – auch nach Austritt aus dem Spital C.\_\_\_\_\_ am 15. September 2015 weiterhin eine Therapiebedürftigkeit bestanden hat und das Rehabilitationspotential der Beschwerdeführerin gegeben war (vgl. AB 3). Die Beschwerdegegnerin hielt mit Blick auf den diagnostizierten Morbus Parkinson sowie das Alter der Beschwerdeführerin die Durchführung von Physiotherapie mit der Position 7311 als angemessen (vgl. AB 24 S. 8, AB 25) und gewährte deshalb im angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. April 2017 (AB 24) in diesem Rahmen die Kostenübernahme. Demgegenüber ist die Kostenübernahme für weitere beantragte bzw. durchgeführte Therapien im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation vom 24. November 2015 bis 8. März 2016 umstritten.

Die Beschwerdeführerin bringt vor, der Allgemeinzustand habe im Rahmen einer stationären geriatrischen Rehabilitation erst aufgebaut werden müssen. Erst nach der generellen Stabilisierung hätten die Probleme der Gangunsicherheit, der Sturzgefahr, des Aufbaus der Muskulatur und des Kraftaufbaus angegangen werden können. Der Umstand, dass die Therapie erst am 24. November 2015 begonnen worden sei, ergebe sich nicht aus einer fehlenden Therapienotwendigkeit, sondern sei im Zusammenhang mit der Erkrankung des Ehemannes gewesen. Bezüglich der medizinischen Notwendigkeit von Gruppenphysiotherapie und/oder Gruppenergotherapie wie Trainingstherapie sei an das Gesamtkonzept der geriatrischen Rehabilitation zu erinnern. Gruppentherapien gehörten dazu und holten gerade alte Leute aus deren Isolation und deren Gefühl, mit ihren gesundheitlichen Problemen alleine zu sein. Einzelne Therapiemassnahmen daraus heraus zu lösen, mache schlichtweg keinen Sinn.

**3.2** Aus medizinischer Sicht ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht vom 18. September 2015 führten die Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_\_ aus, es sei eine Zuweisung vom Spital G.\_\_\_\_\_ in die Akutgeriatrie im Rahmen einer Sepsis bei Pneumonie sowie biventrikulärer kardialer Dekompensation erfolgt. Bei Eintritt habe sich die Patientin in vermindertem Allgemeinzustand und unterernährtem Ernährungszustand

gezeigt, im internistisch-geriatrischen interdisziplinären Assessment hätten sich neben einer Gangstörung Hinweise für einen rechtsbetonten Morbus Parkinson mit Rigor, Hypokinese und Ruhetremor ergeben. Nach Einführung von Madopar habe sich letztere Symptomatik deutlich verbessert. Unter intensiver Physio- und Ergotherapie im Rahmen einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung sei es zu einer deutlichen Verbesserung des Gangbildes und auch des Gedächtnisses gekommen. Der Austritt erfolge nach Hause mit täglicher Spitex, ein Rollator sowie ein Notfallknopf würden dringend empfohlen. Zur weiteren Verbesserung der Gang- und Balancestörung werde eine ambulante Rehabilitation im Hause angemeldet (AB 21.2).

**3.2.2** Im Gesuch um Kostengutsprache vom 15. Dezember 2015 diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Oberärztin des Spitals C. \_\_\_\_\_, u.a. eine chronische Gang- und Balancestörung, einen rechtsbetonten Morbus Parkinson mit Rigor, Hypokinesie und Ruhetremor, gutes Ansprechen auf Madopar, eine valvuläre, rhythmogene und hypertensive Kardiopathie mit ehemals erhaltener LVEF (2014) und paroxysmale Vorhofflimmern unter Xarelto, Status nach ventrikulärer Herzinsuffizienz NYHA II am 11. August 2015 (AB 1 S. 2). Als übergeordnete Rehabilitationsziele nannte die Ärztin „1. wieder mehr Kraft bekommen und weniger schnell müde sein, um regelmässig ca. 45 min laufen gehen zu können. 2. Weniger schnell ausser Atem sein, z.B. nach dem Aufstehen vom Bett“ (AB 1 S. 3).

Am 19. Januar 2016 ergänzte die Ärztin, im Rahmen der stationär durchgeführten rehabilitativen Massnahmen habe die Patientin erste Fortschritte bezüglich Mobilität und Selbstständigkeit gezeigt. Anlässlich eines Standortgesprächs sei die direkte Rückkehr nach Hause beschlossen, auf eine Übergangsbetreuung verzichtet und eine ambulante Rehabilitation empfohlen worden. Das übergeordnete Ziel der ambulanten Rehabilitation sei, die Situation so weit zu verbessern bzw. zu stabilisieren, dass ein möglichst langer Verbleib zu Hause gewährleistet und eine Hospitalisation bzw. ein vorzeitiger Übertritt in ein Alters- und Pflegeheim vermieden werden könne (AB 3).

Im Bericht vom 14. März 2016 führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, die Patientin sei initial aufgrund einer Sepsis bei Pneumonie und kardialer Dekom-

pendation hospitalisiert worden. Bei Austritt sei sie stark geschwächt gewesen, eine bereits länger andauernde Malnutrition und die Kardiopathie mit Aortenstenose hätten vorgängig zu einer muskulären Dekonditionierung geführt. Bei der stationären Austrittsplanung sei deshalb entschieden worden, eine ambulante Rehabilitationsphase anzuschliessen. Bei Therapiestart sei die Patientin physisch und psychisch in einem fragilen gesundheitlichen Zustand gewesen. Der psychische Zustand habe sich in der Zeit der Therapie sichtlich verbessert. Im physischen Zustand habe ebenfalls durch das intensive Training eine deutliche Verbesserung erwirkt werden können. Insbesondere im Gleichgewicht sei die Patientin besser und das Gangbild dadurch sicherer geworden. Durch die fortgeschrittene Aortenstenose sei das Ausdauertraining leider limitiert gewesen. Durch die Parkinsonerkrankung sei die Patientin nicht stark eingeschränkt. Mit Intervention durch die Ernährungsberaterin habe die Mangelernährungssituation deutlich verbessert werden können (AB 5).

**3.2.3** Im Bericht vom 14. Februar 2017 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Oberarzt des Spitals C.\_\_\_\_\_, fest, dem Austrittsbericht der stationären Behandlung sei zu entnehmen, dass eine deutliche Verbesserung des Gangbildes sowie der Gedächtnisfunktionen habe erreicht werden können. Aufgrund der Komplexität der Gang- und Balancestörung, insbesondere im Hinblick auf den neudiagnostizierten Morbus Parkinson, könne dieser Zeitraum für die Ziele Kraftaufbau, Verbesserung der Ausdauer und Stabilisierung des statischen und dynamischen Gleichgewichts jedoch klar als unzureichend eingestuft werden. Eine 30-minütige Therapiesitzung in ein- bis maximal zweimaliger Wochenfrequenz könne bei solch komplexen, multimorbiden Patienten nicht die gewünschten Rehabilitationsziele erbringen. Insbesondere schätze er das Risiko einer Rehospitalisation als deutlich erhöht ein (AB 21).

**3.2.4** In der Stellungnahme vom 10. Juli 2017 führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin, aus, aufgrund der eingereichten Unterlagen und der Diagnosen halte der vertrauensärztliche Dienst Physiotherapie mit der Position 7311 als angemessen. Hingegen bestehe für die medizinische Trainingstherapie (MTT) sowie für die Gruppenphysiotherapie keine Indikation. Was die Ergotherapie anbelange, so

ergebe sich aus den medizinischen Unterlagen kein Bedarf. Die notwendigen Abklärungen und Instruktionen seien bereits während des stationären Aufenthalts im Spital C. \_\_\_\_\_ vom 18. August bis 15. September 2015 erfolgt (AB 25).

**3.3** Es ist erstellt, dass sich die Beschwerdeführerin vom 18. August bis 15. September 2015 stationär im Spital C. \_\_\_\_\_ aufhielt; dabei wurde u.a. bereits in diesem Zeitraum im Anschluss an die Akutbehandlung eine stationäre Rehabilitation durchgeführt. Die Beschwerdegegnerin verweist diesbezüglich auf die bei einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung durchzuführenden Einheiten (vgl. AB 28 und Beschwerdeantwort S. 4). Im Bericht vom 18. September 2015 hielten die Ärzte denn auch fest, unter intensiver Physio- und Ergotherapie sei es im Rahmen der geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung zu einer deutlichen Verbesserung des Gangbildes und des Gedächtnisses gekommen (AB 21.2). Die verbleibenden Einschränkungen bei Austritt sind aus der Zusammenfassung der Ergebnisse des geriatrischen Assessments ersichtlich (AB 21.2 S. 4). Bei Austritt aus der Klinik wurde vor allem auf die Notwendigkeit einer Verbesserung der Gang- und Balancestörung verwiesen (AB 21.2 S. 2). Es ist deshalb mit Blick auf die Akten nachvollziehbar, dass ein Therapieprogramm im ambulanten Setting mit zwei Physiotherapiesitzungen pro Woche der Zweckmässigkeit entsprochen hätte (AB 25 S. 2). Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, es ergebe sich aus den medizinischen Unterlagen kein Bedarf für Ergotherapie (AB 25) bzw. bezüglich des „Rollatorhandling im Aussenbereich“ mache die Ergotherapie – nach dem Kauf des Rollators Anfang Oktober 2015 – keinen Sinn mehr (Beschwerdeantwort S. 5), sind nachvollziehbar. Die Ausführungen der Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin vom 10. Juli 2017, dass eine weitere intensive ambulante Rehabilitation mit medizinischer Trainingstherapie während vier Monaten – nach einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt in einer ... Klinik, in der bereits eine geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung durchgeführt worden sei – den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht entspreche, sind überzeugend und schlüssig (AB 25 S. 2).

An diesem Ergebnis ändert nichts, dass die behandelnde Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 14. März 2016 bei Therapiestart (24. November 2015) einen physisch und psychisch fragilen Gesundheitszustand attestierte (AB 5). Denn demgegenüber wurde – laut Bericht vom 13. Februar 2017 – im Status im Dezember 2015 ein guter Allgemeinzustand bescheinigt (AB 21.1). Auch wenn im Eintrittsstatus vom 8. Dezember 2015 noch ein leicht reduzierter Ernährungszustand erwähnt wurde, hatte die Beschwerdeführerin das noch im Austrittsbericht vom 18. September 2015 erwähnte Zielgewicht von 57 bis 58 kg bereits im Dezember 2015 mit 57 kg fast erreicht (AB 21.1, 21.2 S. 2). Es kann hier offen bleiben, ob die Therapiepause von zwei Monaten, welche aus persönlichen Gründen (Erkrankung des Ehemannes) erfolgte, auf eine fehlende Notwendigkeit und Zweckmässigkeit hinweist oder nicht (Beschwerde S. 7 unten, Beschwerdeantwort S. 4 unten). Entscheidend ist, dass für die beantragte Durchführung einer medizinischen Trainingstherapie (MTT; Position 7340), Gruppen-Physiotherapie (Position 7330), Ergotherapie (Position 7601/7611) und Gruppenergotherapie (Position 7621/7622) während vier Monaten je zweimal pro Woche (vgl. AB 1) die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt sind. Die Beschwerdeführerin bringt zwar vor, es bestünden multiple gesundheitliche Probleme; die Behandlung müsse, solle sie anhaltend erfolgreich sein, alle Aspekte miteinbeziehen und dem Alter der Patientin entsprechend angegangen werden (Beschwerde S. 5); dabei bezieht sie sich auf die Angaben des Spitals C. \_\_\_\_\_ (AB 21). Auch mit dem Hinweis auf die mehrjährige Erfahrung der Klinik ist im vorliegenden Fall nicht überzeugend begründet, dass das Ziel „Kraftaufbau, Verbesserung der Ausdauer und Stabilisierung des statischen und dynamischen Gleichgewichts“ (AB 21 S. 1 unten) nicht mittels 30-minütiger Therapiesitzung in einer ein- bis maximal zweimaliger Wochenfrequenz erreicht werden könne, sondern vielmehr ein ambulantes intensives Rehabilitationsprogramm notwendig sei (AB 21 S. 2).

**3.4** Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. April 2017 (AB 24) als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

**4.**

**4.1** Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet die Einzelrichterin:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Atupri Gesundheitsversicherung
  - Bundesamt für Gesundheit

Die Einzelrichterin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.