

200 20 260 KV
SCI/SCC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 12. Juni 2020

Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Atupri Gesundheitsversicherung
Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 2. März 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1969 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bis zum 31. Dezember 2015 bei der Atupri Gesundheitsversicherung (Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert (Akten der Atupri, [act.] II 1.10).

Zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht bezüglich der – seit dem 13. Mai 2014 vergüteten – Physiotherapieleistungen (act. II 2) holte die Atupri im November 2015 zusätzliche medizinische Unterlagen ein (vgl. act. II 1.2, 1.3). Mit Verfügung vom 6. November 2017 lehnte sie die Kostenübernahme für Physiotherapieleistungen in der Zeit vom 15. Dezember 2014 bis Ende 2015 ab (act. II 1.10) und bestätigte dies – nach erhobener Einsprache (act. II 1.11) – mit Entscheid vom 21. Februar 2018 (act. II 1). Die dagegen erhobene Beschwerde (Akten der Atupri, [act.] IIA 4.4) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 20. August 2018 teilweise gut, hob den Einspracheentscheid vom 21. Februar 2018 auf und wies die Sache an die Atupri zurück, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen verfare und neu verfüge. Im Übrigen wurde die Beschwerde abgewiesen (IV/2018/227; act. IIA 4.5).

Die Atupri holte in der Folge bei den behandelnden Ärzten zusätzliche Auskünfte (act. IIA 4.7 ff., 4.10, 4.11, 4.12 ff.) ein. Nach einer Stellungnahme ihres Vertrauensarztes vom 29. Juli 2019 (act. II 3) lehnte die Atupri mit Verfügung vom 2. September 2019 die Kostenübernahme von Physiotherapieleistungen für die Zeit vom 24. Februar bis Ende 2015 ab (act. IIA 4.13). Die hiergegen erhobene Einsprache (act. IIA 4.14) wies die Atupri mit Entscheid vom 2. März 2020 ab (act. IIA 4).

B.

Am 30. März 2020 erhob der Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte sinngemäss eine Kostengut-

sprache durch die Atupri für die Physiotherapiebehandlungen bis Ende 2015.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2020 beantragte die Atupri die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

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. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er 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 kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten (vgl. aber E. 1.2.2 hiernach).

1.2

1.2.1 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 2. März 2020 (act. IIA 4), mit welcher die Beschwerdegegnerin die Kostengutsprache für Physiotherapiebehandlungen vom 24. Februar bis Ende 2015 ablehnte. Streitig und zu prüfen ist die Kostengutsprache für Physiotherapiebehandlungen im genannten Zeitraum.

1.2.2 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

Nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids vom 20. März 2020 (act. IIA 4) bilden die einzelnen Leistungsabrechnungen. Auf den Antrag des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe unter Berücksichtigung bereits bezahlter Jahresfranchisen und Selbstbehalt die Rechnungen für Physiotherapie zu bezahlen (vgl. Beschwerde S. 4 oben), ist deshalb nicht einzutreten (vgl. im Übrigen jedoch E. 3.3 nachfolgend).

1.3 Da die Kostengutsprache für Physiotherapiebehandlungen vom 24. Februar bis Ende 2015 umstritten ist, liegt der Streitwert 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 (OKP) übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10] nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). Sie 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 Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Personen,

die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG).

2.2 Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG). Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG).

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 bzw. den Verlauf einer Krankheit günstig zu beeinflussen. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg; BGE 145 V 116 E. 3.2.1 S. 120, 133 V 115 E. 3.1 S. 116, 130 V 299 E. 6.1 S. 304). 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).

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 145 V 116 E. 3.2.2 S. 120, 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).

2.3 Nach Art. 5 Abs. 1 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kranken-

pflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) werden die Kosten bestimmter, von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen (im Sinne der Art. 46 und 47 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]) erbrachter Leistungen übernommen. Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neuen Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss (Art. 5 Abs. 2 KLV). Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, 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).

2.4 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 S. 170 f. und E. 4 S. 174). Zudem 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 (Entscheid des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2010, 9C_374/2010, E. 3.2).

2.5 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.

3.1 Gestützt auf die Akten steht fest, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit beidseitigen Knieschmerzen zwischen dem 13. Mai und 9. Dezember 2014 die Kosten für 36 Physiotherapie-Sitzungen vergütete (vgl. act. II 1.10 S. 2 Ziff. 5, 1.3; vgl. auch Rechnungen [act. II 2-2.3]; act. IIA 4.1 Ziff. 5), jedoch für die Physiotherapiebehandlungen – gemäss Verfügung vom 6. November 2017 (act. II 1.10) und Einspracheentscheid vom 21. Februar 2018 (act. II 1) – ab 15. Dezember 2014 eine Kostengutsprache ablehnte (vgl. TP-Rechnungen [act. II 2.4-2.7]). Mit Urteil vom 20. August 2018, VGE KV/2018/227, E. 3.5, wies das angerufene Gericht die Beschwerdegegnerin an, den medizinischen Sachverhalt bezüglich Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der physiotherapeutischen Behandlung über den 15. Dezember 2014 hinaus weiter abzuklären (act. IIA 4.5 S. 10). Den daraufhin von der Beschwerdegegnerin eingeholten medizinischen Berichten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Behandlungseintrag vom 9. Juli 2014 des Zentrums B._____ wurde ausgeführt, der Patient leide seit 20 Jahren an Schmerzen in beiden Knien; es erfolge Physiotherapie bei C._____ mit einem Programm von drei Monaten einmal pro Woche (act. IIA 4.12 ff.).

3.1.2 Im Bericht vom 10. Juli 2014 hielt der Physiotherapeut Thomas C._____, Physiotherapie H._____, fest, das Behandlungskonzept zielle in erster Linie auf die Schmerzreduktion der Knie beidseits, die damit verbundenen Strukturen wie Beinmuskulatur und der Sehnen/des Bandapparates rund um das Kniegelenk. Dadurch solle die Belastbarkeit der Beine/Knie für einen nachhaltigen Arbeitseinstieg ermöglicht werden. Er würde es begrüssen, den vom Patienten geplanten Arbeitseinsatz zu verschieben, um Zeit zu haben, mehr Stabilität in die Situation zu bringen. Er schlage vor, dass der Patient den Arbeitseinsatz in fünf bis sechs Monaten beginnen solle (act. IIA 4.12 ff.).

3.1.3 Im Behandlungseintrag vom 19. Dezember 2014 des Zentrums B._____ wurde ausgeführt, dass der Patient früher mehr Schmerzen rechts gehabt habe und er jetzt mehr links Schmerzen verspüre. Es seien

zwei Serien Physiotherapie durchgeführt worden. Mit Dafalgan bessere der Kopfschmerz, aber nicht die Knieschmerzen. Der Patient verspüre nach mehr Belastung mehr Schmerzen; es hätten nie Entzündungssymptome vorgelegen (act. IIA 4.12 ff.).

3.1.4 Laut Eintrag vom 30. März 2015 der Krankengeschichte führte Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in der Anamnese aus, der Patient beklage seit mehr als zwanzig Jahren chronische Kniebeschwerden und Schmerzen im Oberschenkelbereich. Es sei eine konservativ-funktionelle Behandlung mit Physiotherapie veranlasst worden. Unter diesen Massnahmen sei eine temporäre Besserung erfolgt, indes ohne nachhaltigen Effekt. In der Beurteilung hielt der behandelnde Arzt fest, der Ursprung der Schmerzen werde im Kniegelenksbereich vermutet, doch habe bisher weder durch klinische noch bildgebende Untersuchungen sowie blutchemische Analysen eine eindeutig definierbare, organisch-strukturelle Pathologie erfasst werden können. Schmerzverlauf und Wahrnehmung würden eher auf eine funktionelle Störung hinweisen, therapeutisch durch funktionelle Massnahmen beeinflussbar. Empfohlen werde die Durchführung einer konsiliari-schen Untersuchung in der interdisziplinären Schmerzsprechstunde am Spital E._____ und ergänzend dazu ein Support zur beruflichen Inte-gration für eine körperliche Arbeitsleistung von 40 bis 50 % mit einem Anteil von zwei Drittel Sitzen und einem Drittel Gehen/Stehen, parallel dazu eine medizinische Trainingstherapie, die im Rahmen eines Fitness-Programms auch selbstständig ausgeführt werden könne (act. IIA 4.12 ff.).

3.1.5 Im Bericht vom 26. Februar 2016 des Spitals E._____ wurden chronische, bewegungsabhängige Polyarthralgien, rezidivierende Kopf-schmerzen und Konzentrationsstörungen mit eingeschränktem Erkennen von Gesichtern bei unauffälligem MRI im Jahr 2006 diagnostiziert. Die beim Patienten beschriebenen, nur nach Anstrengung und Belastung auftretenden Arthralgien im Bereich beider Knie-, Sprung- sowie Schultergelenke hätten keinen entzündlichen Charakter. Eine Schmerzkontrolle durch den Patienten sei durch Schonung möglich und eine medikamentöse Analgesie werde nicht gebraucht. Klinisch zeige sich eine Stabilisierungsinsuffizienz im Bereich der Beinachsen. Radiologisch bestehe eine subchondrale Skle-

rosierung der Patella links und im MRI sei eine Partialruptur des medialen Hinterhorns zu sehen, ansonsten bestünden keine grösseren degenerativen Veränderungen (act. IIA 4.10).

3.1.6 Im vertrauensärztlichen Bericht vom 29. Juli 2019 führte Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, in der Krankengeschichte habe Dr. med. D. _____ erwähnt, dass einzig eine Akupunkturbehandlung einen positiven Effekt auf die Knieschmerzen gezeigt habe. Im Schreiben des Spitals E. _____ vom 26. Februar 2016 sei festgehalten worden, dass die bisherigen ambulanten Therapien, bei langjähriger Schmerzproblematik, belasteter psychosozialer Anamnese, nicht erfolgreich gewesen seien. Daher werde eine multimodale Schmerztherapie empfohlen. Damit solle bei Schonungsverhalten die Belastbarkeit langsam und kontinuierlich gesteigert werden, was eine engmaschige Betreuung und stetige Motivation verlange. Im Schreiben der Physiotherapie H. _____ vom 10. Juli 2014 sei von einem Arbeitseinstieg/Arbeitsversuch die Rede. Es werde eine längere Rehabilitationszeit empfohlen, um den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben zu optimieren. Der Beginn eines Arbeitseinsatzes werde mit fünf bis sechs Monaten angegeben. Bei grosszügiger Auslegung dieser Zeitspanne könnten die Kosten für die 5. und 6. Serie noch übernommen werden. Zumindest könne man sagen, dass bis zu diesem Zeitpunkt noch mit einer klaren Zielsetzung therapiert worden sei, auch wenn die Wirksamkeit nicht zwingend gegeben gewesen sei. Danach entspreche die Physiotherapiebehandlung nicht mehr den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (act. II 3).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232,

125 V 351 E. 3a S. 352). Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3 Der vertrauensärztliche Bericht von Dr. med. F. _____ vom 29. Juli 2019 (act. II 3) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Aktenberichte (vgl. E. 3.2 hiervoor) und erbringt vollen Beweis (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Einschätzung des Vertrauensarztes, dass die Physiotherapiebehandlung bis 17. Februar 2015 die Kriterien der Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (E. 2.2 hiervoor) erfüllte, da sie ab Juli 2014 noch für einen Zeitraum von fünf bis sechs Monaten dem Ziel diene, einen nachhaltigen Arbeitseinstieg sicherzustellen, überzeugt, auch wenn bereits zumindest gegen Ende dieser Zeit die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit bereits fraglich erscheint. Mit Blick auf die Aktenbeurteilung des Vertrauensarztes und die Ausführungen des Dr. med. D. _____ in der Krankengeschichte sowie im Bericht der behandelnden Ärzte des Spitals E. _____ vom 26. Februar 2016 ist die Einschätzung, dass die Physiotherapiebehandlung danach aufgrund des fehlenden nachhaltigen Effekts nicht mehr zweckmässig war, auf jeden Fall nachvollziehbar und überzeugend. Die behandelnden Ärzte empfahlen vielmehr die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie (act. II 4.10, 4.12 ff.). Auf die Beurteilung des Vertrauensarztes kann somit abgestellt werden. In der Verfügung vom 2. September 2019 (act. IIA 4.13) und im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. März 2019 (act. IIA 4) gewährte die Beschwerdegegnerin denn auch eine Kostengutsprache für die Physiotherapiebehandlungen bis am 17. Februar 2015 und hat die Kosten der Physiotherapiebehandlung vom 6. Januar bis 17. Februar 2015 bereits dem Physiotherapeuten bezahlt (Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2020, S. 3 Ziff. 13). Eine Kostengutsprache für weitere Physiotherapieserien vom 24. Februar 2015 bis Ende 2015 lehnte sie jedoch ab (act. IIA 4 S. 5 Ziff. 14), was nicht zu beanstanden ist.

Es wäre grundsätzlich Sache des behandelnden Arztes gewesen, bereits nach der 36. Behandlung (hier am 9. Dezember 2014 [vgl. act. II 2-2.3]) dem Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin ein begründetes Gesuch zur Weiterführung der Physiotherapiebehandlung zu unterbreiten. Denn danach ist die gesetzliche Vermutung, dass die Physiotherapie weiterhin den gesetzlichen Prinzipien der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit entspricht, aufgrund der in Art. 5 Abs. 4 KLV festgehaltenen formellen Anforderung einer vertrauensärztlichen Überprüfung nicht mehr gegeben (vgl. E. 2.4 hiervor). Ein solches Gesuch liegt jedoch nicht vor. Dass die Beschwerdegegnerin dennoch nun rückwirkend die Physiotherapiebehandlung bis zum 17. Februar 2015 vergütet hat, bedeutet nicht, dass sie für die ebenfalls bereits erbrachten Physiotherapiebehandlungen vom 24. Februar bis Ende 2015, für die mit den medizinischen Unterlagen keine hinreichende medizinische Indikation hergeleitet werden kann, vergütungspflichtig werden könnte. Die Einholung der medizinischen Akten durch die Beschwerdegegnerin war – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – im Übrigen rechtmässig, wurde sie doch in VGE KV/2018/227 (act. IIA 4.5) gerichtlich angewiesen, weitere medizinische Abklärungen zu tätigen.

3.4 Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. März 2020 (act. IIA 4) nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Atupri Gesundheitsversicherung
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

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.