

L'assurée, née le 28 avril 1998, présentait une infirmité congénitale (paralysies cérébrales congénitales, ch. 390 OIC), pour laquelle l'assurance-invalidité a versé jusqu'à ses 20 ans révolus des **prestations d'hippothérapie**. L'art. 5 al. 1 lit. b ch. 8 OPAS ne prévoyant qu'une prise en charge des frais, au titre de physiothérapie, de l'hippothérapie en cas de sclérose en plaques, l'assureur-maladie a refusé tout remboursement. Le TF a **confirmé la décision de refus** de l'assurance-maladie, au motif que cette mesure ne constituait pas, dans le cas d'espèce et nonobstant la jurisprudence parue aux ATF 142 V 425, une mesure thérapeutique au sens des exceptions prévues aux art. 52 al. 2 LAMal et 35 OAMal.

Auteur : Guy Longchamp

Beschwerde gegen den Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft vom 29. August 2019 (730 19 138 / 214).

Sachverhalt:

A.

Die am 28. April 1998 geborene A. ist bei der Arcosana AG obligatorisch krankenpflegeversichert. Sie leidet seit Geburt an einer schweren Mehrfachbehinderung im Sinne des Geburtsgebrechens gemäss Ziff. 390 (angeborene cerebrale Lähmungen [spastisch, dyskinetisch [dyston, choreoathetoid], ataktisch]) des Anhangs zur Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrecen (GgV-Anhang; SR 831.232.21). Für deren Behandlung gewährte die Invalidenversicherung bis zum Erreichen des 20. Altersjahrs u.a. medizinische Eingliederungsmassnahmen in Form von wöchentlicher Hippotherapie-K. Im Hinblick auf das Erreichen des 20. Altersjahrs und - damit einhergehend - das Ende der invalidenversicherungsrechtlichen Leistungspflicht ersuchte A. die Arcosana AG in der ersten Hälfte des Jahres 2018 um Übernahme der entsprechenden Therapiekosten ab 1. Mai 2018. Der Krankenversicherer beschied das Ansinnen abschlägig, zuletzt mittels Verfügung vom 10. August 2018 respektive - auf Einsprache hin - Einspracheentscheid vom 29. März 2019.

B.

In Gutheissung der dagegen eingereichten Beschwerde hob das Kantonsgericht Basel-Landschaft den angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. März 2019 auf und wies die Arcosana AG an, A. die entsprechenden hippotherapeutischen Vorkehren zu vergüten (Entscheid vom 29. August 2019).

C.

Die Arcosana AG führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten und beantragt, in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids sei eine Leistungspflicht ihrerseits für die von A. seit 1. Mai 2018 in Anspruch genommene Hippotherapie-K zu verneinen.

Während A. auf Abweisung der Beschwerde schliessen lässt, verzichtet das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.

1.1. Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann u.a. die Verletzung von Bundesrecht gerügt werden (Art. 95 lit. a BGG). Die Feststellung des Sachverhalts kann nur gerügt werden, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 BGG). Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG).

1.2. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Indes prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Begründungspflicht der Beschwerde (vgl. Art. 42 Abs. 1 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236).

2.

2.1. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzt, indem sie die Beschwerdeführerin dazu angehalten hat, die Hippotherapie-K der Beschwerdegegnerin ab 1. Mai 2018 zu vergüten.

2.2.

2.2.1. Nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) u.a. die Kosten der Behandlungen, die ambulant durchgeführt werden von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen. Gemäss Art. 33 Abs. 2 KVG bezeichnet der Bundesrat die Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG näher. Der Bundesrat, der die Ausführungsbestimmungen zu erlassen hat (Art. 96 KVG), delegierte die Kompetenz, soweit sie die Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG betrifft, in der Vollziehungsverordnung an das Eidgenössische Departement des Innern (Art. 33 lit. b KVV). Dieses erliess am 29. September 1995 die KLV. Darin sind die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachten Leistungen in den Art. 5 - 11 geregelt. Nach Art. 5 Abs. 1 KLV werden die Kosten der nachfolgend aufgelisteten Leistungen 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. Darunter fallen u.a. Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion in Form der Physiotherapie auf dem Pferd bei multipler Sklerose (lit. b Ziff. 8). Soll die Physiotherapie - so Abs. 4 der Bestimmung - 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 welchen Zeitraum bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden

kann. Nach Art. 5 Abs. 5 KLV richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Art. 13 IVG haben, nach Abs. 4.

Die OKP ist bei physiotherapeutischen Massnahmen auf dem Pferd somit prinzipiell nur dann leistungspflichtig, wenn diese durch das Krankheitsbild der multiplen Sklerose bedingt sind. Gemäss Rechtsprechung handelt es sich bei den entsprechenden Listen um abschliessend kategorisierte Leiden (vgl. Urteil [des Eidg. Versicherungsgerichts] K 143/04 vom 11. April 2005 E. 7 zu Art. 10 KLV; so schon altrechtlich BGE 114 V 258 E. 3a S. 260 f.; ferner Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG [nachfolgend: Rechtsprechung], 2. Aufl. 2018, N 32 zu Art. 25 KVG).

2.2.2. Nach Art. 27 KVG übernimmt die OKP bei Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG), die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Art. 27 KVG bezweckt die Koordination zwischen Kranken- und Invalidenversicherung in dem Sinne, dass die OKP unter Vorbehalt der Sonderbestimmung des Art. 52 Abs. 2 KVG ("Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände") die Kosten nach Massgabe der KVG-rechtlichen Vorschriften vergütet (Urteile 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 3.1 und [des Eidg. Versicherungsgerichts] K 135/02 vom 28. Juli 2003 E. 5.2). Dies bedeutet, dass die OKP nicht zwingend bezüglich sämtlicher Ansprüche, die im Rahmen von Art. 13 und 14 IVG gegenüber der Invalidenversicherung bestehen würden, leistungspflichtig wird (BGE 129 V 80 E. 5.1 S. 86 f.; siehe auch BGE 126 V 103 E. 3b/bb S. 108 f.; Urteile 9C_312/2012 vom 20. Dezember 2012 E. 5.1.2, in: SVR 2013 KV Nr. 17 S. 79, und 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 4.2.1). Die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen des KVG gelten somit auch im Rahmen von Art. 27 KVG, welcher Geburtsgebrechen - von möglichen Ausnahmen auf Grund von Art. 52 Abs. 2 KVG abgesehen - gegenüber anderen Krankheiten nicht privilegiert (Urteil [des Eidg. Versicherungsgerichts] K 135/02 vom 28. Juli 2003 E. 5.2). Aus Art. 27 KVG lassen sich mithin nicht Mehrleistungen ableiten, die Personen mit Geburtsgebrechen gegenüber anderen Personen bevorzugen respektive überentschädigen würden (BGE 142 V 425 E. 5.2.2 S. 430 mit Hinweisen). Der Krankenversicherer ist demzufolge grundsätzlich nur im Rahmen des Pflichtleistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung und überdies erst dann leistungspflichtig, wenn die Voraussetzungen zur Übernahme der medizinischen Vorkehrungen nach KVG erfüllt sind.

Eine Ausnahmebestimmung hierzu stellt, wie erwähnt, Art. 52 Abs. 2 KVG dar, wonach die für Geburtsgebrechen zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen nach Art. 52 Abs. 1 KVG (Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände) aufgenommen werden (vgl. dazu die Geburtsgebrechenmedikamentenliste [GGML] in Kapitel IV der SL; BGE 142 V 425 E. 3.2.1 S. 426 f.). Art. 35 KVV hält sodann fest, dass die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der Invalidenversicherung für Geburtsgebrechen erbrachten therapeutischen Massnahmen nach Art. 52 Abs. 2 KVG anschliessend von der OKP zu übernehmen sind. In der GGML wird in Präzisierung dieser Verordnungsnorm einleitend festgehalten, dass (einzig) diejenigen Medikamente aus der OKP zu bezahlen sind, die den Versicherten von der Invalidenversicherung wegen ihres Geburtsgebrechens bis zu ihrem 20. Altersjahr vergütet worden sind und ab diesem Zeitpunkt weiterhin benötigt werden (Urteil [des Eidg. Versicherungsgerichts] K 135/02 vom 28. Juli 2003 E. 5.2).

3.

3.1. Nach unbestrittener Darstellung des kantonalen Gerichts hat die Beschwerdegegnerin zufolge des bei ihr im Sinne von Art. 1 Abs. 1 GgV in Verbindung mit Ziff. 390 GgV-Anhang ausgewiesenen Geburtsgebrechens bis Ende April 2018, d.h. bis zum Ende des Monats des erreichten 20. Altersjahrs, Leistungen der Invalidenversicherung u.a. in Form der Hippotherapie-K bezogen. Dabei handelt es sich um eine invalidenversicherungsrechtlich anerkannte medizinische Massnahme zur Behandlung der unter Ziff. 390 GgV-Anhang aufgeführten angeborenen cerebralen Lähmung. Sie gilt als besondere Art der Physiotherapie, bei welcher der Patient oder die Patientin - abweichend vom "blossen" therapeutischen Reiten - nicht aktiv auf das Pferd einwirkt (vgl. dazu Ziff. 390.5 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME]). Ebenfalls kann nach Lage der medizinischen Akten mit der Vorinstanz als erstellt angesehen werden, dass die Weiterführung der Hippotherapie-K medizinisch notwendig respektive deren Wirksamkeit im vorliegenden Fall zu bejahen ist.

3.2. Vor diesem Hintergrund wurde im angefochtenen Entscheid zusammenfassend erwogen, aus den massgeblichen rechtlichen Bestimmungen, dem gesetzgeberischen Willen und der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, namentlich BGE 142 V 425, ergebe sich, dass bei Geburtsgebrecen die Gewährleistung einer Weiterführung von notwendigen therapeutischen Massnahmen über das 20. Altersjahr hinaus beabsichtigt worden sei. Art. 52 Abs. 2 KVG halte in Bezug auf Geburtsgebrecen ausdrücklich fest, dass die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen nach Abs. 1 aufzunehmen seien. Auch Art. 35 KVV sehe vor, dass die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der Invalidenversicherung für Geburtsgebrecen erbrachten therapeutischen Massnahmen nach Art. 52 Abs. 2 KVG anschliessend von der OKP zu übernehmen seien. Das Bundesgericht habe dazu ausgeführt, dass Art. 52 Abs. 2 KVG nicht von Arzneimitteln, Mitteln und Gegenständen spreche, sondern den weitergehenden Begriff der "therapeutischen Massnahmen" verwende. Dies verdeutliche das Bestreben des Gesetzgebers nach einer Koordination zwischen Invaliden- und obligatorischer Krankenpflegeversicherung im Bereich der Geburtsgebrecen. Unter den weiten Begriff der therapeutischen Massnahmen im erwähnten Sinne gehörten somit - so die Vorinstanz abschliessend - auch die Hippotherapie-K, weshalb deren Kosten vom Krankenversicherer zu übernehmen seien.

Die Beschwerdeführerin hält dem letztinstanzlich im Wesentlichen entgegen, aus BGE 142 V 425 könne nicht geschlossen werden, dass unter den weiten Begriff der in Art. 52 Abs. 2 KVG (in Verbindung mit Art. 35 KVV) erwähnten "therapeutischen Massnahmen" auch die Hippotherapie-K zu subsumieren sei. Anlässlich der Einführung der Bestimmung habe auch im Rahmen der angestrebten Koordination zwischen Leistungen der Invaliden- und der Krankenpflegeversicherung nicht die Absicht des Gesetzgebers bestanden, Personen mit Geburtsgebrecen unter dem Titel der Besitzstandswahrung Mehrleistungen zukommen zu lassen und diese damit gegenüber den anderen KVG-Versicherten zu privilegieren. Von einer beabsichtigten generellen Übernahme sämtlicher Leistungen nach Vollendung des 20. Altersjahrs unter dem Titel des KVG könne nicht ausgegangen werden. Diese Auslegung von Gesetzeslage und Rechtsprechung durch die Vorinstanz gehe fehl und deutlich zu weit.

4.

4.1. Ausgangspunkt der Gesetzesauslegung bildet der Wortlaut einer Bestimmung (grammatikalisches Element). Ist er klar, d.h. eindeutig und unmissverständlich, darf vom Wortlaut nur abgewichen werden, wenn ein triftiger Grund für die Annahme besteht, der Wortlaut ziele am "wahren Sinn", d.h. am Rechtssinn, der Regelung vorbei. Anlass für eine solche Annahme können die Entstehungsgeschichte der Bestimmung (historisch), ihr Zweck (teleologisch) oder der Zusammenhang mit anderen Vorschriften (systematisch) geben, so namentlich, wenn die grammatikalische Auslegung zu einem Ergebnis führt, das der Gesetzgeber nicht gewollt haben kann (BGE 145 V 289 E. 4.1 S. 295 f.; 144 V 327 E. 3 S. 331; 142 V 402 E. 4.1 S. 404 f.; je mit Hinweisen; Urteil 9C_659/2018 vom 9. April 2019 E. 4.2.1, in: SVR 2019 BVG Nr. 40 S. 158).

Verordnungsrecht ist gesetzeskonform auszulegen. Es sind die gesetzgeberischen Anordnungen, Wertungen und der in der Delegationsnorm eröffnete Gestaltungsspielraum mit seinen Grenzen zu berücksichtigen (BGE 145 V 289 E. 4.2 S. 296; 142 V 466 E. 3.2 S. 471 mit Hinweisen).

4.2.

4.2.1. Art. 52 Abs. 2 KVG wie auch Art. 35 KVV sprechen von "therapeutischen Massnahmen" (französisch: "mesures thérapeutiques"; italienisch: "terapia"). Wie in BGE 142 V 425 (E. 5.1 S. 430) erkannt, wurde damit ein Begriff verwendet, der über die in der Überschrift von Art. 52 KVG aufgeführten "Analysen und Arzneimittel" respektive "Mittel und Gegenstände" hinausgeht. Dieser Umstand deutet tendenziell auf das vorinstanzliche Ergebnis hin, wonach auch die Hippotherapie-K als Form der Physiotherapie darunter zu zählen ist und mithin der Leistungspflicht durch die Beschwerdeführerin untersteht. Da aber der Wortlaut, insbesondere in Verbindung mit der Betitelung, welche ebenfalls zu berücksichtigenden Teil der Bestimmung bildet, nicht eindeutig und unmissverständlich ist, drängt sich die Prüfung auch der restlichen Auslegungselemente auf.

4.2.2.

4.2.2.1. In Bezug auf den entstehungsgeschichtlichen Aspekt wurde bereits in BGE 142 V 425 (E. 5.1 S. 429 f.) festgehalten, dass Art. 52 Abs. 2 des geltenden KVG erst im Rahmen der parlamentarischen Beratung auf Antrag von Nationalrat Wick Aufnahme in das Gesetz fand (AB 1993 N 1862; im Gesetzesentwurf zur Botschaft nach Art. 44 KVG). Der Antragsteller begründete seinen Vorstoss, der ohne weitere Diskussion und unterstützt von Bundesrätin Dreifuss angenommen wurde, am Beispiel der Stoffwechselkrankheit Phenylketonurie wie folgt: Erklärtes Ziel war es, für die Patienten mit angeborenen Stoffwechselkrankheiten - Geburtsgebrechen - nach Erreichen des 20. Lebensjahres die gleichen Rechte zu gewähren "wie für alle anderen Patienten auch". "Übernehmen heisse nicht" - so das Votum von Nationalrat Wick -, "dass Bundesrat oder Departement etwas finanziell übernehmen sollen. Ich meine damit ein Übernehmen zuhanden von Artikel 44, zuhanden der Listen, die dort aufgeführt sind." Art. 52 Abs. 2 KVG ist seither nur redaktionell geändert worden im Zusammenhang mit der Einführung des ATSG (AS 2002 3419).

Das Bundesgericht kam in seinem damaligen Urteil zum Schluss, der gesetzgeberische Wille des mit Inkrafttreten des KVG auf den 1. Januar 1996 eingeführten Art. 52 Abs. 2 KVG sei folglich eindeutig: Es gehe um die Gewährleistung einer Weiterführung von bei Geburtsgebrechen notwendigen therapeutischen Massnahmen über das 20. Altersjahr hinaus (E. 5.1 S. 430). Ebenfalls klar wird auf Grund des zitierten nationalrätlichen Votums indessen, dass einzig eine Übernahme der Kosten zu

Lasten der "aufgeführten Listen" (gemäss Abs. 1 der Bestimmung) beabsichtigt war. In diesem Sinne äusserte sich denn auch Bundesrätin Dreifuss, indem sie hinsichtlich der fraglichen Leistungen ausdrücklich Bezug nahm auf "les listes établies par le département ou par l'office fédéral concernés, en fonction de l'article 44 qui vous est proposé" (AB 1993 N 1862). Schliesslich wurde auch im Protokoll der ständerätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) zur Sitzung vom 15.-17. November 1993 vermerkt, dass die Invalidenversicherung die Behandlung von Geburtsgebrechen übernehme, jedoch nur bis zum zwanzigsten Altersjahr der Person; Behandlungen, die später nötig seien, müssten von der Krankenversicherung getragen werden. Dieser Grundsatz, der schon aktuell gelte, werde in das Gesetz übernommen. Er sei in Art. 21 (heute: Art. 27 KVG) festgehalten: Die soziale Krankenversicherung übernehme die Kosten und es gelte ihr Leistungskatalog. Der Antrag von Nationalrat Wick ziele lediglich auf spezielle Produkte ab, die nicht in der SL enthalten seien, für sehr spezielle Stoffwechselkrankheiten, z.B. Diätprodukte. Der Frage, warum dem Anliegen von Nationalrat Wick nicht im Rahmen des Art. 21 Rechnung getragen werden könne, wurde entgegnet, dass mit einer Änderung des Art. 21 die materielle Bedeutung, die Anwendbarkeit breiter werde. Insbesondere käme dann die Diskussion auf, ob die Krankenversicherung alles übernehmen müsse, was die Invalidenversicherung zahle. Deshalb werde vorgeschlagen, den Vorstoss von Nationalrat Wick im Rahmen von Art. 44 zu regeln, da er sich diesfalls auf den Inhalt dieser Bestimmung beziehe, nämlich auf die Arzneimittel, Hilfsmittel und Analysen. Ansonsten wäre zu befürchten gewesen, dass der Grundsatz, wonach die Leistungskataloge von Kranken- und Invalidenversicherung nicht deckungsgleich zu sein hätten und Erstere nicht verpflichtet werden solle, die allenfalls grosszügigeren invalidenversicherungsrechtlichen Lösungen immer zu übernehmen, hätte aufgegeben werden müssen.

4.2.2.2. Therapieformen ausserhalb der Listen nach Art. 52 Abs. 2 KVG standen somit nicht zur Disposition. Der Fokus lag und liegt stets auf "therapeutischen Massnahmen" im Sinne von "Analysen und Medikamenten, Mitteln und Gegenständen", welche als Teil der therapeutischen Behandlung von Art. 52 Abs. 2 KVG erfasst werden.

Zu den betreffenden Listen gehören die Analysenliste (AL; Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 KVG in Verbindung mit Art. 28 KLV und Anhang 3 KLV), die Arzneimittelliste mit Tarif (ALT; Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 2 KVG in Verbindung mit Art. 29 KLV und Anhang 4 KLV), die Mittel- und Gegenständelliste (MiGel; Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG in Verbindung mit Art. 20a KLV und Anhang 2 KLV) und die Spezialitätenliste (SL; Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 30 ff. KLV). Therapeutische Massnahmen im Sinne der hier fraglichen Hippotherapie-K fallen zweifelsohne nicht darunter.

4.2.2.3. Der historische Auslegungsaspekt spricht daher - anders als in BGE 142 V 425, in welchem die Übernahme der Kosten der Spezialnährmittel "Damin Mehl" und "Aproten" vor dem Hintergrund zu beurteilen war, dass auf der GGML neben Arzneimitteln bereits auch gewisse Spezialnährmittel aufgeführt waren (so E. 5.4 S. 431) - für die Betrachtungsweise der Beschwerdeführerin.

4.2.3. Was das systematische Auslegungselement anbelangt, ist zum einen auf Art. 25 Abs. 2 KVG zu verweisen, welcher die von der OKP zu übernehmenden Leistungen in allgemeiner Weise aufzählt. Danach wird klar unterschieden zwischen Untersuchungen und Behandlungen einerseits (lit. a) sowie den verordneten Analysen, Arzneimitteln und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen andererseits (lit. b). Ferner gilt es in diesem Zusammenhang die Überschrift des Art. 52 KVG zu berücksichtigen, nach welcher sich die Bestimmung einzig mit der Regelung von "Analysen und Arzneimitteln" sowie "Mitteln und Gegenständen" befasst. Abs. 1 der Norm erwähnt denn auch, so vorstehend E. 4.2.2, lediglich die entsprechenden Listen, in die gemäss Abs. 2 für

Geburtsgebrechen die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen aufgenommen werden. Sodann hält Art. 35 KVV unter dem Titel "Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen" fest, dass die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der Invalidenversicherung für Geburtsgebrechen erbrachten therapeutischen Massnahmen nach Art. 52 Abs. 2 KVG anschliessend von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Durch die Bezugnahme auf Art. 52 Abs. 2 KVG wird hier ebenfalls eine unmittelbare Verbindung zu den genannten Listen im Bereich der "Analysen und Arzneimittel" sowie der "Mittel und Gegenstände" hergestellt. Anhaltspunkte für eine daraus abzuleitende Übernahmepflicht in Bezug auf hippotherapeutische Massnahmen sind nicht erkennbar. Vielmehr stellt die Verordnungsnorm eine Ausführungsbestimmung zu Art. 52 Abs. 2 KVG dar.

4.2.4. Schliesslich ist Art. 52 Abs. 2 KVG unter teleologischem Blickwinkel zu betrachten. In BGE 142 V 425 (E. 5.3 f. S. 430 f.) wurde erwogen, der Gesetzgeber habe - im Sinne eines übergeordneten Ziels - eine anschliessende "nahtlose" Übernahme derjenigen therapeutischen Massnahmen durch die OKP beabsichtigt, die bereits von der Invalidenversicherung unter dem Titel der Geburtsgebrechen geleistet worden seien (Besitzstandsgarantie bzw. -wahrung; vgl. dazu auch Eugster, Rechtsprechung, a.a.O., N 44 zu Art. 52 KVG; Hardy Landolt, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVG/KVAG [nachfolgend: KVG/KVAG], 2020, N 22 und 35 zu Art. 27 KVG; Andreas Wildi, in: KVG/KVAG, a.a.O., N 132 zu Art. 52/52a KVG). Wie sich aus dem vorstehend in E. 2.2 Dargelegten, namentlich der dort angeführten Rechtsprechung, insbesondere mit Blick auf Art. 27 KVG jedoch klar ergibt, bezieht sich die entsprechende (Leistungs-) Koordination im Sinne der Ablösung der Invalidenversicherung durch die OKP darauf, dass Letztere - unter Vorbehalt der Sonderbestimmung des Art. 52 Abs. 2 KVG ("Ausnahmebestimmung zum Pflichtleistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" [BGE 142 V 425 E. 5.2.2 S. 430]) - die Kosten nach Massgabe der KVG-rechtlichen Vorschriften vergütet. Auch mit Art. 27 KVG bezweckte das gesetzgebende Organ somit nicht, von möglichen Ausnahmen auf Grund von Art. 52 Abs. 2 KVG abgesehen, Geburtsgebrechen gegenüber anderen Krankheiten zu bevorzugen und daraus Mehrleistungen abzuleiten respektive Überentschädigungen auszurichten (so auch ausdrücklich BGE 142 V 425 E. 5.2.2 S. 430). Der obligatorische Krankenpflegeversicherer soll folglich auch im Falle von Versicherten mit Geburtsgebrechen grundsätzlich nur im Rahmen des Pflichtleistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung Leistungen erbringen müssen (in diesem Sinne ferner Eugster, Rechtsprechung, a.a.O., N 3 zu Art. 27 KVG; ders., Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 504 f. Rz. 321 f.).

4.3. Zusammenfassend deuten die beschriebenen Auslegungsansätze darauf hin, dass die im Streite stehende Hippotherapie-K auch als Folge eines Geburtsgebrechens keine therapeutische Massnahme im Sinne der Ausnahmebestimmungen von Art. 52 Abs. 2 KVG und Art. 35 KVV darstellt. Eine entsprechende Leistungspflicht der Beschwerdeführerin ist demgemäss nach Massgabe der einschlägigen Vorschriften der OKP zu prüfen. Danach gehen die Kosten physiotherapeutischer Vorkehren auf dem Pferd lediglich bei multipler Sklerose zulasten der OKP (vgl. dazu im Detail E. 2.2.1 hiervor). An diesem Ergebnis nichts zu ändern vermag auch Art. 5 Abs. 5 KLV, wonach sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Art. 13 IVG haben, nach Abs. 4 von Art. 5 KLV richtet. Insbesondere lässt sich daraus keine unmittelbare - gleichsam originäre - Kostentragungspflicht durch die OKP ableiten.

4.4. Soweit das kantonale Gericht insbesondere unter Hinweis auf BGE 142 V 425 die gegenteiligen Schlussfolgerungen zieht, kann ihm deshalb nicht gefolgt werden. So ergibt sich etwa bereits aus dem Regest des Urteils ("Geburtsgebrechenmedikamentenliste (GGML) : therapeutische Massnahmen im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen") deutlich, dass sich das Urteil nicht per se zur Koordination sämtlicher invalidenversicherungsrechtlichen Leistungen mit der OKP äussert, sondern nur - aber immerhin - zur Streitfrage betreffend einer "therapeutischen Massnahme" (im Sinne von Spezialnährmitteln), welche sich zufolge Unvollständigkeit nicht in der GGML befand.

Der vorinstanzliche Entscheid hält demnach vor Bundesrecht nicht stand und ist aufzuheben.

5.

Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG). Der Beschwerdeführerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 68 Abs. 3 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen. Der Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft vom 29. August 2019 wird aufgehoben und der Einspracheentscheid der Arcosana AG vom 29. März 2019 bestätigt.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Kantonsgericht Basel-Landschaft und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.