

BGer 9C 50/2007 vom 10. Juli 2007

Bundesgericht, 2007-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_50_2007

FR: TF 9C 50/2007 du 10 juillet 2007

IT: TF 9C 50/2007 del 10 luglio 2007

Regeste

Krankenversicherung | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Weil die angefochtene Entscheidung nach dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 17. Juli 2005 über das Bundesgericht (BGG [SR 173.110]) am 1. Januar 2007 (AS 2006 1242) ergangen ist, untersteht die Beschwerde dem neuen Recht (Art. 132 Abs. 1 BGG).

E. 2

Auf die Beschwerde ist nur einzutreten, soweit es um die Vergütung von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht. (BGE 124 III 44 E. 1 S. 46; Art. 35 lit. d des Reglements für das Bundesgericht [BGerR]).

E. 3

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 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. 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 beruht (Art. 105 Abs. 1 und 2 BGG). Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden. Es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann eine Beschwerde mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (Urteil 9C_32/2007 vom 30. April 2007 E. 3; vgl. auch BGE 130 III 136 E. 1.4 S. 140).

E. 4.1

Nach Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist. Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht (Art. 17 Ingress KLV in Verbindung mit Art. 33 lit. d KVV und Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG). Zu den schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems gehören namentlich Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile, u.a. Osteopathien des Kiefers und Osteomyelitis der

Kiefer (Art. 17 lit. c Ziff. 3 und 5 KLV), ferner Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates, u.a. Kondylus- und Diskusluxation (Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV).

E. 4.2

Die in Art. 17 lit. a-f KLV aufgezählten Erkrankungen des Kausystems gelten grundsätzlich als schwer im Sinne des Ingresses dieser Bestimmung. Bei feststehender Diagnose stellt sich die Frage der Schwere der Erkrankung von hier nicht interessierenden Ausnahmen abgesehen nicht (SVR 1999 KV Nr. 11 S. 26 E. 1b/bb [K 63/98]; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]/Soziale Sicherheit, Basel 1998, S. 80 Rz 156). Allgemein setzt eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 17 Ingress KLV ein durch prophylaktische Massnahmen im Sinne und im Rahmen zumutbarer Mund- und Zahnhygiene (BGE 128 V 59 und 70) nicht zu verhinderndes pathologisches Geschehen voraus, welches zu erheblichen Schäden an Zähnen, Kieferknochen oder Weichteilen geführt hat oder nach klinischem und allenfalls radiologischem Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen würde (BGE 127 V 328 E. 6a/bb und E. 7a S. 335 f.).

E. 5.1

Das kantonale Gericht hat festgestellt, die Abklärungen hätten keine Hinweise auf eine Erkrankung des Kieferknochens und der Weichteile in Form einer Osteopathie ergeben. Insbesondere seien eine Osteoporose oder eine Osteomalazie oder eine sonstige entzündliche Erkrankung auszuschliessen. Ebenfalls liege keine Osteomyelitis vor. Daraus hat die Vorinstanz gefolgert, es bestehe kein Anspruch auf Vergütung der Kosten für die zahnärztlichen Behandlungen (Knochenaufbau mit anschliessender Implantatsetzung im Ober- und Unterkiefer) durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 17 lit. c Ziff. 3 und 5 KLV . Ebenfalls ent falle eine Leistungspflicht der Helsana gestützt auf Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV . Dr. Dr. med. Z. _____ erwähne zwar in seinem Bericht vom 8. November 2004 eine möglicherweise durchgemachte vordere Diskusluxation mit Reduktion bei reziprokem Knacken. Die in Frage stehende zahnärztliche Behandlung stelle jedoch keine geeignete Massnahme bei Kondylus- und Diskusluxation dar. Schliesslich figurierten der angeblich von PD Dr. med. F. _____ diagnostizierte Morbus Forrester und auch der in dessen Gutachten vom 15. August 2005 ebenfalls unterschlagene Tinnitus nicht unter den in Art. 18 KLV erwähnten Allgemeinerkrankungen.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer legt nicht dar, inwiefern die tatsächlichen Feststellungen und rechtlichen Schlussfolgerungen des kantonalen Gerichts unrichtig sind oder sonst wie Bundesrecht verletzen. Indessen beruht der vorinstanzliche Ausschluss einer Osteopathie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV als Ursache der Kieferatrophie auf einem unvollständig festgestellten Sachverhalt, was Anlass zu den nachfolgenden Erwägungen gibt.

E. 5.2.1

Gemäss KVG-Leitfaden 1999 der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGKG) treten Osteopathien der Kiefer im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV auf als pathologische Skelettarifizierung (z.B. primäre/sekundäre Osteoporose), echte Mineralisationsstörung (z.B. Osteomalazie), als lokale pathologische Knochenneubildung mit Funktionseinschränkung (z.B. lokale Osteodystrophie) oder als extreme, nicht altersentsprechende Atrophie des Kieferknochens (z.B. Morbus Blunshli/Uehlinger). Im

Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO; Februar 1996 mit Korrekturen Dezember 1999) besteht im klinischen Erscheinungsbild eine extreme Atrophie des Kieferknochens, auch den Kieferkörper betreffend, so dass aus anatomisch-morphologischen Gründen kein Zahnersatz eingegliedert werden kann. Bei einem Atrophiegrad von Cawood VI ist der ganze Alveolarfortsatz bis auf die Kieferbasis abgebaut, welcher Zustand nicht allein auf Zahnverlust zurückzuführen ist. Im Urteil K 113/99 vom 21. November 2001 hat das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht eine Alveolarkammatrophie Cawood VI im Oberkiefer als Osteopathie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV anerkannt, nicht aber eine viel geringere Unterkieferatrophie (E. 3; vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR/Soziale Sicherheit, 2. Aufl., S. 541).

E. 5.2.2

Im angefochtenen Entscheid finden sich keine tatsächlichen Feststellungen zum allenfalls leistungsbegründenden Tatbestand einer extremen, nicht altersentsprechenden Atrophie des Kieferknochens gemäss KVG-Leitfaden, SSO-Atlas (vgl. zu dessen Bedeutung SVR 1999 KV Nr. 11 S. 26 E. 2b [K 63/98]) und Rechtsprechung. Gemäss dem Gutachten der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsspitals X. _____ vom 8. November 2004 liegt eine Atrophie des Knochens an denjenigen Stellen vor, an denen beim Beschwerdeführer im Alter von 23 Jahren Zähne gezogen wurden. Es handelt sich dabei um eine Atrophie des Alveolarknochens, des Anteils des Unter- resp. Oberkiefers, der mit dem Zahn während dessen Durchbruchs mitwächst. Dieser Knochen bleibt so lange bestehen, wie Zähne vorhanden sind. Geht der Zahn verloren, geht auch der mechanische Stress auf den Knochen verloren und eine Involutionatrophie desselben findet statt. Im Weiteren sei, so die Gutachter, bei atrophischen Kieferknochen eine Operation zwecks ossärer Augmentation indiziert, weil eine alleinige Rekonstruktion der Zahneinheiten zu Exazerbationen der Schmerzsituationen führen würde. Die Vertrauenszahnärztin der Helsana führte in ihrem Bericht vom 22. November 2001 aus, aufgrund der Röntgenbilder könne eine Osteopathie im Sinne einer pathologischen Atrophie ausgeschlossen werden. Im Bericht vom 5. März 2003 präziserte sie, der Knochen sowohl des Ober- wie des Unterkiefers sei auf den Röntgenbildern (Orthopantomogramme vom 22. Mai und 31. August 2001) bezüglich Struktur und Verlauf abgesehen von einem leichten horizontalen Abbau unauffällig. Im Oberkiefer sei die Knochenhöhe trotz Fehlens der Zähne 621+124 erhalten. Aufgrund der durchgeführten Therapie sei anzunehmen, dass im Bereich der zahnlosen Kieferabschnitte im Oberkiefer ein transversaler Knochenabbau stattgefunden habe. Ein derartiger Abbau trete nach jedem Zahnverlust auf. Mit 99%-iger Wahrscheinlichkeit sei die transversale Atrophie auf den Zahnverlust zurückzuführen. Eine vertikale Atrophie habe nicht vorgelegen. Aufgrund dieser fachärztlichen Aussagen ist der Knochenabbau überwiegend wahrscheinlich einzig die Folge der im Alter von 23 Jahren gezogenen Zähne. Dies spricht gegen eine extreme auch den Kieferkörper betreffende Atrophie vom Grad Cawood VI (E. 5.2.1). Aus den in diesem Verfahren eingeholten medizinischen Unterlagen ergeben sich keine gegenteiligen Hinweise. Somit ist keine Osteopathie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV gegeben und der vorinstanzliche Entscheid daher zu bestätigen.

E. 6

Der Beschwerdeführer hat als unterliegende Partei die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege kann nicht entsprochen werden. Aufgrund der ausgewiesenen Einkommens- und Vermögensverhältnisse des

Beschwerdeführers und seiner Ehefrau (BGE 119 Ia 11 E. 3a S. 12 mit Hinweis) besteht offensichtlich keine Bedürftigkeit im Sinne von Art. 64 Abs. 1 BGG .

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