

BL_GERICHTE 730 11 289 vom 2. Mai 2011

BL Gerichte, 2011-05-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730 11 289](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_11_289)

FR: BL_GERICHTE 730 11 289 du 2 mai 2011

IT: BL_GERICHTE 730 11 289 del 2 maggio 2011

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Die örtliche und gemäss § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 auch die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts ist vorliegend somit gegeben. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist deshalb einzutreten. 2.1. In seiner Eingabe vom 5. Dezember 2012 macht der Beschwerdeführer geltend, dass die Assura gestützt auf die Beurteilungen von Prof. Dr. D. nicht nur für die Kosten der Brücke gemäss Kostenschätzung von Dr. B. vom 15. Februar 2011, sondern für die gesamte Sanierung seines Gebisses aufzukommen habe. Es ist zu prüfen, ob darauf eingetreten werden kann. 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). 2.2 In der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2011 und im Einspracheentscheid vom 21. Juni 2011 lehnte die Assura lediglich die Übernahme der Kosten für eine Neuanfertigung der Brücke im Unterkiefer und der Einzelkrone 33 in Höhe von insgesamt Fr. 15'322.80 ab. Da über die Kostenübernahme für eine gesamte Gebissanierung nicht in Form einer Verfügung entschieden wurde und diese auch nicht im Einspracheentscheid vom 21. Juni 2011 beurteilt wurde, kann auf das entsprechende Rechtsbegehren des Beschwerdeführers nicht eingetreten werden. 2.3. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet demnach einzig die Frage, ob die Assura mit Verfügung vom 2. Mai 2011 und mit Einspracheentscheid vom 21. Juni 2011 zu Recht feststellte, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keinen Anspruch auf Kostenübernahme einer neuen Brücke im Unterkiefer und der Einzelkrone 33 hat. 3.1 Gemäss Art. 25 ff. des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 gelten die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer

Krankheit und deren Folgen dienen, als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Kosten der zahnärztlichen Behandlung dagegen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur übernommen, wenn diese – alternativ – durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG), durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG). Zahnärztinnen und Zahnärzte sind für Leistungen nach Art. 31 KVG den Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt. Gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG muss die zu erbringende zahnärztliche Behandlung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, wobei die Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss.

3.2 In Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG wurde der Bundesrat beauftragt, u.a. die Leistungen nach Art. 31 Abs. 1 lit. a-c KVG für zahnärztliche Behandlungen näher zu bezeichnen oder diese Aufgabe dem Departement oder dem Bundesamt zu übertragen. Der Bundesrat machte von seiner Befugnis zur Übertragung der Aufgabe Gebrauch und gab dem Departement (des Innern) den Auftrag, die zahnärztlichen Behandlungen gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG nach Anhören der zuständigen Kommission zu bezeichnen (Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] vom 27. Juni 1995).

3.3 Das Departement listete in der von ihm erlassenen KLV die oben genannten zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17 - 19a auf. In Art. 18 KLV werden die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen aufgelistet, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. Es handelt sich um Erkrankungen des Blutsystems, Stoffwechselerkrankungen, Speicheldrüsenenerkrankungen sowie sechs genau umschriebene weitere Erkrankungen. In Art. 18 Abs. 1 lit. b Ziff. 1 KLV ist auch die Akromegalie aufgeführt. Gemäss Art. 18 Abs. 2 KLV hat die Versicherung die entsprechenden Kosten nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauenszahnarztes zu übernehmen.

3.4 Das Bundesgericht erkannte in BGE 128 V 59, dass Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung auslöst. Dabei muss nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kausystemerkrankung unvermeidbar gewesen sein. Vorausgesetzt wird eine objektive Unvermeidbarkeit. Dies verlangt eine nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde genügende Mundhygiene. Massgebend ist, ob beispielsweise Karies hätte vermieden werden können, wenn die Mundhygiene genügend gewesen wäre, ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldbar zu betrachten ist (BGE 128 V 62 f. E. 4a).

3.5 Für die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt Art. 18 Abs. 1 lit. b KLV weiter einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen der Allgemeinerkrankung und der zahnärztlichen Behandlung. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Dabei ist nicht erforderlich, dass die bestimmte Ursache alleinig ist oder den Erfolg unmittelbar bewirkt hat; es genügt, dass die Ursache – gegebenenfalls mit anderen Bedingungen – zum Erfolg geführt hat. Die betreffende Ursache kann also als Teilursache nicht weggedacht werden, ohne dass sie auch die eingetretene Folge entfielen (BGE 119 V 337).

3.6 Ob zwischen der zahnärztlichen Massnahme und der gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im

Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (vgl. Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 74, Rz 25 mit Verweis auf § 68, Rz 43). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellungen zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b). 3.7 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem zahnärztlichen Behandlung und dem Grundleiden auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b). 4.1 Zur Feststellung des Sachverhaltes und des Kausalzusammenhangs im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 E. 1b). Nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) hat die verfügende wie auch die eine Verfügung überprüfende Behörde bzw. das Gericht die medizinischen Unterlagen – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, in welcher Art über die Rechte und Pflichten einer versicherten Person zu entscheiden ist. Dabei sind gerade in Fällen wie dem vorliegenden, in denen medizinische Sachverhalte zu klären sind, sowohl die Verwaltung als auch die Justiz zur Beurteilung der sich stellenden Rechtsfragen auf Unterlagen angewiesen, die eine Ärztin bzw. ein Arzt und gegebenenfalls andere Fachpersonen zur Verfügung zu stellen haben (vgl. Locher, a.a.O., § 68, N 2 f. und 8 f. mit weiteren Hinweisen). 4.2 Die solcherart erhobenen Beweismittel sind sowohl durch die Krankenkasse als auch durch das Gericht frei zu würdigen. Für das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel – unabhängig davon, von wem sie stammen – objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruches gestatten. Dabei ist gerade hinsichtlich des Beweiswertes ärztlicher Berichte und Stellungnahmen entscheidend, ob diese für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a sowie 122 V 160 f. E. 1c). Liegen mehrere Berichte vor, ist auch zu prüfen, ob sich die darin enthaltenen Schlüsse ganz oder teilweise widersprechen oder ob Übereinstimmung in Bezug auf die zu beweisende Frage besteht. Dabei verbietet es sich etwa, einer ärztlichen Darlegung zu folgen, welche nicht näher begründet ist und deren Schlussfolgerungen nicht schlüssig sind (Ueli Kieser, Die rechtliche Würdigung von medizinischen Gutachten in: Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 154). 4.3

Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So führte das Bundesgericht zu den Gerichtsgutachten aus, dass das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten abweicht, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 118 V 290).

E. 5

Unbestritten ist, dass der Versicherte an einer aktiven Akromegalie im Sinne von Art. 18 Abs. 1 lit. b Ziff. 1 KLV leidet. Streitig und zu prüfen ist, ob die Assura für die zahnärztlichen Behandlung gemäss Kostenvoranschlag vom 26. April 2010/15. Februar 2011 aufgrund von Art. 18 Abs. 1 lit. b KLV aufzukommen hat. 1.

E. 5.1

Dem Formular "Zahnschäden gemäss KVG" der behandelnden Zahnärztin Dr. B. vom 26. April 2010/15. Februar 2011 ist zu entnehmen, dass die untere Frontzahnbrücke defekt und mit einer Implantatbrücke zu ersetzen sei. Aufgrund der Progenie werde die Lücke mit 6 Frontzähnen versorgt. Sie schätzte die Kosten auf Fr. 15'322.80 (vgl. Kostenschätzung vom 26. April 2010/15. Februar 2011). In ihrem Bericht vom 15. Februar 2011 wies sie darauf hin, dass gemäss den Röntgenbildern die Brücke durch den weit aufgetriebenen Zahnbogen gelöst und beschädigt worden sei, was für die Akromegalie geradezu exemplarisch sei. Die Kriterien für die Übernahme der Behandlungskosten gestützt auf Art. 18 Abs. 1 lit. b KLV seien deshalb gegeben.

E. 5.2

Dr. C. nahm am 22. April 2011 zum Kostengesuch Stellung. Er stellte sich auf den Standpunkt, dass die Unterkieferbrücke und die Einzelkrone 33 technische Mängel zeigten. So sei das Gerüst unterdimensioniert und weise eine ungenügende marginale Passgenauigkeit auf. Diese technischen Mängel seien herstellungsbedingt und ständen in keinem Kausalzusammenhang mit der Grunderkrankung der Akromegalie. Die chronisch apikale Parodontitis (Entzündung an der Wurzelspitze eines Zahnes) am Pfeilerzahn 31 und die apikale Läsion an der Einzelkrone 33 müssten als Komplikation der endodontischen Versorgung der beiden Zähne angesehen werden. Der Zahn 32 weise eine ausgedehnte kariöse Läsion auf. Parodontitis und Karies seien grundsätzlich eine durch Prävention vermeidbare Erkrankung. Die Indikation zur Neuherstellung der Brücke und der Krone sei somit nicht auf die Akromegalie zurückzuführen, sondern auf die technischen und konstruktiven Mängel der bestehenden Rekonstruktionen sowie auf die mangelnde Karies- und Parodontitis-Vorsorge. Auch in der Fachliteratur werde ein Zusammenhang mit der Akromegalie nicht aufgeführt. Im Bericht vom 8. Juni 2011 ergänzte er seinen Standpunkt

insofern, als er ausführte, dass Karies und die apikale Parodontitis am Zahn 33 zwingende Gründe für eine Neuanfertigung einer Krone seien, die nicht kausal zum Grundleiden seien. Weiter erklärte er, ein unterdimensioniertes Gerüst entstehe, wenn bei der Herstellung der Brücke, welche aus einem metallischen Kern und Porzellan bestehe, an Edelmetall gespart werde. Zwischen Porzellan und Metallgerüst bestehe eine falsche Proportionalität. Die marginale Passgenauigkeit und ein unterdimensioniertes Gerüst seien Merkmale ungenügender Qualität einer Brücke. Bei der Parodontitis sei zwischen Parodontitis marginalis und apicalis zu unterscheiden. Da es sich bei letzterem um eine Entzündung an der Wurzelspitze des Zahnes handle, werde sie mit einer Wurzelbehandlung versorgt. Im Gegensatz zur Parodontitis marginalis sei keine systemische Grunderkrankung bekannt, die zu einer Parodontitis apicalis führe.

E. 5.3

Da die Instruktorin aufgrund dieser zahnärztlichen Beurteilungen die vorliegende Streitfrage nicht beurteilen konnte, beauftragte sie Prof. Dr. D. mit der Begutachtung des Versicherten. In ihrem Gutachten vom 27. Februar 2012 stellte die Expertin fest, dass der Versicherte in relativ jungen Jahren wahrscheinlich wegen Karies eine Seitenzahnbrücke im Unterkiefer links erhalten habe und einige Zähne überkront worden seien. Gemäss den Angaben des Versicherten sei die Frontzahnbrücke im Unterkiefer später eingesetzt worden, weil durch das Kieferwachstum Lücken bei den Frontzähnen entstanden seien und die Schneidekanten beim Abbeissen nicht mehr aufeinander gepasst hätten. Mit der Brücke sei damals ein Kopfbiss hergestellt worden. Die Kieferrelationen wiesen die typischen Merkmale (grosser Unterkiefer, Spacing der Unterkieferfrontzähne, zirkulärer Kreuzbiss, Dysgnathie, fehlende Schneidezahnkontakte sowie Versuch, mit Rekonstruktionen Bissverhältnisse zu korrigieren) auf, die als Folge der Akromegalie entstanden seien. Zudem bestehe eine Makroglossie (= Vergrösserung der Zunge). Obwohl das Gebiss des Versicherten funktionell und ästhetisch einen visuell negativen Eindruck vermittele, könne nicht von einer entsprechenden Vernachlässigung gesprochen werden, ansonsten die qualitativ minderwertigen Rekonstruktionen nicht so lange in situ geblieben wären. Der Zahnverlust sei nicht als auffallend und speziell hoch zu bezeichnen, gehöre der Versicherte doch zu einer Generation, die im Kindesalter keinen Zahnpflegeunterricht in der Schule gehabt und eine Fluorprophylaxe noch nicht gekannt habe. Es könne zudem nicht von einer generalisierten aktiven Parodontitis marginalis gesprochen werden. Ob die Akromegalie Ursache der Neueinsetzung der Brücke sei, könne nicht direkt beantwortet werden, da alle Hintergründe, die zum jetzigen Zustand geführt hätten, und der lange Krankheitsverlauf rückwirkend nicht mehr rein kausal beschrieben werden könnten. Jedenfalls müsse aufgrund der Dysgnathie eine funktionelle Komponente mitberücksichtigt werden. Das Auseinanderdriften der Zähne im Unterkiefer könnte sich ungünstig auf das parodontale Stützgewebe ausgewirkt haben. Eine Zahnverschiebung sei immer mit Entzündungsmechanismen verbunden, die nicht durch schlechte Mundhygiene verursacht sein müsse. Es treffe zu, dass die Kronen-Brücken-Arbeiten in Bezug auf Material und Design nicht unseren Massstäben entsprächen. Die Brücke sei wohl aus einer Spar- oder Nicht-Edelmetall-Legierung hergestellt und mit Kunststoff verblendet worden. Zum Teil sei sie verfärbt. Bei zwei Kronen seien die Facetten weggebrochen und die Kronenformen zeigten keine natürliche Harmonie. Die gezwungenermassen überkonturierte Gestaltung von breiten Unterkiefer-Frontzahnkronen sei als Folge des Kieferwachstums anzusehen. Eine absolute Kausalität zwischen den qualitativen Herstellungsmängeln und dem Verlust der Brücke liege nicht vor. Es sei durchaus denkbar, dass das Auseinanderdriften der Zähne

das Zementsiegel gelöst und allenfalls begleitet von einer Kariesentwicklung unter der Krone die Brücke gelockert habe. Am wahrscheinlichsten sei der Brückenverlust jedoch damit zu erklären, dass die Frontzähne im Unterkiefer durch die Dysgnathie mit der Zeit von lingual her nach bukkal unter Funktion und beim Kieferschluss gedrückt hätten. Heute bestehe nämlich ein vollständig umgekehrter Überbiss. Die Unterkieferbrücke sei somit einem starken Druck durch die Oberkieferfrontzähne ausgesetzt gewesen. Dabei handle es sich um eine unphysiologische Belastung, was als Ursache für die Komplikation mit der Brücke angesehen werden könne. Gerade bei einer so starken dysgnathen Entwicklung dürften funktionelle Faktoren nicht ausser Acht gelassen werden. Die Hauptproblematik sei nicht die Frage der Parodontitis und der Karies am Zahn 32, sondern die massive Dysgnathie. Dabei sei zu beachten, dass die Bisshöhe des Versicherten im Verhältnis zum Unterkieferwachstum zu niedrig und der Lippen-schluss durch den umgekehrten Überbiss inkompetent sei. Die posterioren Zahnkontakte seien zudem kaum mehr existent. Schreite das Kieferwachstum fort, würden auch die letzten Kontakte verloren gehen und der Zahnbestand verliere seine Funktionalität. Der Versicherte benötige aber Frontzähne im Unterkiefer für die Phonetik, für das Abbeißen und die Ästhetik. Bei einer Neuanfertigung einer Brücke würden alle mit der Dysgnathie verbundenen Probleme jedoch bestehen bleiben. Die Neueingliederung der Brücke geschähe unter ungünstigen Voraussetzungen. Um bei einer Neukonstruktion wieder Stabilität erzielen zu können, müsse eine Gesamtsanierung stattfinden.

E. 5.4

Dr. C. äusserte sich am 7. März 2012 zum Gutachten von Prof. Dr. D. . Die periapikale Situation der Pfeilerzähne und die massiven qualitativen Mängel der bestehenden Brücke könnten nur anhand der Röntgendokumentation, welche der Gutachterin aber nicht vorgelegen habe, umfassend beurteilt werden. Es sei zu berücksichtigen, dass der Versicherte seit Jahren durch den teilweisen Verlust der Seitenzähne über eine eingeschränkte Funktion verfüge. Diese Einschränkung sei unbestrittenermassen nicht auf das Grundleiden zurückzuführen. Durch die Neuanfertigung der Brücke würde keine funktionelle Verbesserung in der okklusalen Beziehung zwischen Ober- und Unterkiefer erreicht. Dadurch könne die bestehende Dysgnathie auch nicht verbessert werden. Er komme deshalb zum Schluss, dass nebst dem fehlenden kausalen Zusammenhang mit dem Grundleiden auch die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der geplanten Neuanfertigung mangels Verbesserung der Dysgnathie verneint werden müsse. Er könne sich der Ansicht der Gutachterin nicht anschliessen, wonach keine absolute Kausalität zwischen den qualitativen Herstellungsmängeln der Rekonstruktionen sowie dem Verlust der Brücke bestehe und eine durch die massive Dysgnathie verursachte unphysiologische Belastung auf den Unterkiefer die wahrscheinlichste Ursache für die Komplikation der Brücke darstelle. Grundsätzlich führten eine funktionelle Überbelastung einer Rekonstruktion zu strukturellen Schäden und bei entsprechender Disposition zu parodontaler Deskonstruktion an einem oder mehreren überlasteten Zähnen. Vorliegend seien weder strukturelle Schäden eingetreten noch könne eine Parodontitis marginalis festgestellt werden. Die Brücke habe sich gelockert, ohne in Brüche zu gehen. Er bleibe deshalb dabei, dass die apikale Parodontitis und die Karies Ursache für die Notwendigkeit einer neuen Brücke seien. Denn Karies und Parodontitis seien mit oder ohne Dysgnathie eine zwingende Indikation zur Behandlung; eine Selbstheilung trete nicht ein. Bei der Dysgnathie müsse nicht unbedingt ein Beschwerdebild vorliegen; sie werde individuell unterschiedlich toleriert. Zudem verkenne Prof. Dr. D. mit ihrer Aussage, das Präparationstrauma sei bei der Herstellung der

Brücke und der Einzelkrone 33 als mögliche Ursache für die Parodontitis apicalis an diesen beiden Zähnen zu sehen, dass beide Zähne zum Zeitpunkt der Herstellung der Brücke schon wurzelbehandelt gewesen seien. Der periapikale Infekt müsse deshalb als Komplikation der bestehenden Wurzelfüllung angesehen werden.

E. 5.5

Prof. Dr. D. nahm am 24. August 2012 Stellung zu den ihr inzwischen zugestellten Röntgenbildern. Danach sei erkennbar, dass ein grosser Verlust an Stützgewebe bestehe, ohne dass gleichzeitig messbar tiefe Taschen bestanden hätten. Ein solcher Verlust deute auf Parodontitis in der Vergangenheit hin. Diese sei nicht aktiv, sondern kürzlich behandelt worden. Die dünnen Zahnhälse direkt unterhalb der Zahnkrone wiesen darauf hin, dass die Zähne regelmässig einem Scaling durch die Dentalhygienikerin unterzogen worden seien. Sie halte grundsätzlich an ihren Feststellungen und Aussagen im Gutachten vom 27. Februar 2012 fest. Bei einer dentalen Sanierung müssten die Komplexität des Krankheitsbildes in Bezug auf das Unterkieferwachstum sowie der sich daraus ergebenden Konsequenzen für die intermaxillären Beziehungen und die Okklusion berücksichtigt werden. Man könne sich nicht allein auf die parodontalen Befunde abstützen, die hier ohnehin kein einheitliches Bild aufweisen würden.

E. 5.6

In seinem Bericht vom 3. Oktober 2012 erläuterte Dr. C. die Röntgenbilder in Bezug auf die Pfeilerzähne 21, 32, 33 und 42. Er zeigte auf, wo sich an den Zähnen die Entzündungsherde bzw. die Karies befinden. Er hielt daran fest, dass die bestehende Brücke im Unterkieferfrontzahnbereich wegen der Karies und den Entzündungen im Wurzelbereich zu ersetzen sei. Sowohl die Karies wie auch die Entzündungen seien durch Bakterien verursacht worden und deshalb grundsätzlich vermeidbar. Die Entzündung im Wurzelbereich stehe in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer unvollständigen Wurzelfüllung bzw. mit der strukturellen Beschädigung der Zahnwurzel. Ein Zusammenhang mit der Akromegalie sei damit nicht gegeben.

E. 5.7

Prof. Dr. D. ging in ihrer Stellungnahme vom 10. April 2013 mit Dr. C. einig, dass Karies grundsätzlich vermeidbar sei. Sie wies aber darauf hin, dass ein geringer Retentionsverlust – auch ohne vollständige Lockerung der Brücke – durch Auswaschen des Zementziegels entstehen und somit auch bei guter Hygiene zu Karies führen könne. Eine apikale Aufhellung könne auch Folge eines Präparationstraumas bei der Kronen-Brückenarbeit sein. Diesfalls wäre eine Wurzelbehandlung nachträglich erfolgt. Der Versicherte habe zudem wegen einer behinderten Nasenatmung an Schlafapnoe gelitten, welche nun mit einer Schlafmaske behandelt werde. Eine Mundatmung führe insbesondere nachts zur Mundtrockenheit, was die Kariesentwicklung fördere. Dass die Wurzelfüllung unvollständig sei, sei nicht auf eine mangelnde Hygiene des Versicherten zurückzuführen. Karies könne auch bei guter Zahnpflege entstehen, wenn z.B. die Brücke aufgrund der von ihr im Gutachten vom 27. Februar 2012 beschriebenen unphysiologischen Belastung des Unterkiefers mittels der oberen Schneidezähne gelockert werde. So deute die horizontale Fraktur innerhalb der Zahnkrone eines nicht mit Karies befallenen Zahnes auf eine Fehl- oder Überbelastung hin. Dazu komme, dass eine überkonturierte Brücke nicht einfach zu reinigen sei.

E. 5.8

Mit Schreiben vom 28. April 2013 wich Dr. C. nicht von seinem Standpunkt ab. Zwar könne zwischen der krankheitsbedingten Dysgnathie und der daraus resultierenden Dysfunktion ein Kausalzusammenhang nicht ausgeschlossen werden; dieser sei jedoch zu demjenigen zwischen den qualitativen Herstellungsmängeln der Rekonstruktionen und der zahnärztlichen Massnahme von untergeordneter Bedeutung. Die über 20 Jahre getragene Brücke hätte auch ohne Akromegalie ersetzt werden müssen. Die Karies sei nicht auf eine ungenügende Mundhygiene zurückzuführen, sondern auf die mangelhafte technische Qualität der Rekonstruktionen. Er könne sich aber nach wie vor der Ansicht von Prof. Dr. D. nicht anschliessen, dass eine durch die Dysgnathie bedingte unphysiologische Belastung eine Lockerung der Brücke bewirkt und dadurch eine Kariesentwicklung begünstigt habe. Dies würde nämlich voraussetzen, dass sich zuerst die Brückenpfeiler gelockert haben müssten, um die Kariesentwicklung erklären zu können. Dagegen stelle seine Auffassung, wonach die Brücke wegen ihrer mangelhaften technischen Qualität und der Karies am Pfeilerzahn zu ersetzen sei, einen direkten Kausalzusammenhang her. Dazu komme, dass die Brücke bei ordnungsgemässer Qualität die unphysiologischen Belastungen besser hätte ertragen können. Die Karies allein sei nicht für die Erneuerung der Brücke verantwortlich. Jeder einzelne pathologische Befund an den Pfeilerzähnen würde eine Rekonstruktion rechtfertigen. Zum Schlafapnoe-Syndrom führte er aus, dass dieses zwar das Kariesrisiko erhöhe, die Kariesentwicklung aber vermieden werden könne.

E. 5.9

Dr. B. berichtete im an die Rechtsvertreterin des Versicherten gerichteten Schreiben vom 18. September 2012 über die anlässlich der Intubationsnarkose vom 4. Mai 2012 beschädigte Brücke. Danach seien eine Fraktur der Pfeilerzähne 31, 32 und 34 epigingival und ein Retentionsverlust der Brücke eingetreten. Die frakturierten Pfeilerzähne seien auf der Fotoaufnahme gut sichtbar. Die Zähne müssten vermutlich extrahiert werden. In der Zwischenzeit sei die Brücke provisorisch auf die frakturierten Pfeilerzähne rezementiert worden. Es sei jedoch fraglich, wie lange diese Versorgung den Belastungen standhalten werde. 6.1. In Würdigung der vorliegenden Arztberichte ist festzustellen, dass sich die Gutachterin und der Vertrauensarzt insofern einig sind, als die ursprüngliche Brücke im Unterkiefer und die Einzelkrone des Zahnes 33 qualitativ minderwertig waren und einige der Pfeilerzähne Karies aufwiesen. Uneinigkeit besteht jedoch in Bezug auf die Kausalität zwischen der Akromegalie und der dentalen Neuversorgung des Unterkiefers mit einer Frontbrücke und einer Krone des Zahnes 33 gemäss Kostenvoranschlag vom 26. April 2010/15. Februar 2011. Dr. C. verneint den Kausalzusammenhang mit der Begründung, dass die ursprüngliche Unterkieferbrücke und die Einzelkrone herstellungsbedingt technische Mängel zeigten und deshalb hätten ersetzt werden müssen. Damit sei die minderwertige Qualität der Brücke sowie der Krone und nicht die Akromegalie ursächlich für die Neuversorgung. Prof. Dr. D. stellt sich dagegen auf den Standpunkt, dass die auf die krankheitsbedingte Dysgnathie zurückzuführende unphysiologische Belastung der Unterkieferbrücke durch die Oberkieferfrontzähne Indikation für die in Frage stehende zahnärztliche Massnahme bilde. Dr. C. betrachtet zwar die von der Gutachterin dargelegte kausale Ursache für die Behandlung als möglich, ist jedoch der Ansicht, diese trete derart in den Hintergrund, dass sie im Hinblick auf die Neuversorgung nicht mehr beachtlich sei. 6.2. Das Gericht sieht keine zwingenden Gründe, um von der Gerichtsexpertise von Prof. Dr. D. abzuweichen. Ihr Gutachten vom 27. Februar 2012 sowie die Ergänzungsgutachten vom 24. August 2012 und 10. April 2013 erfüllen sämtliche rechtsprechungsgemässe Voraussetzungen an ein Gutachten. Sie weisen weder formale noch inhaltliche Mängel auf,

sind - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, sie beruhen auf allseitigen Untersuchungen, sie berücksichtigen die geklagten Beschwerden und sie sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Die Schlussfolgerung der Gutachterin, wonach die auf die Akromegalie beruhende Dysgnathie zu einer unphysiologischen Belastung geführt habe, indem die Oberkieferfrontzähne grossen Druck auf die Unterkieferbrücke ausgeübt und diese dadurch beschädigt hätten, ist schlüssig und einleuchtend. Dass in den früheren Jahren überhaupt Brücken-Kronen-Rekonstruktionen erforderlich wurden, ist auf das durch die Akromegalie bedingte Unterkieferwachstum zurückzuführen. So beschreibt der Versicherte gegenüber Prof. Dr. D., dass ihm vor etlichen Jahren eine Frontzahnbrücke eingesetzt worden sei, weil es zur Lückenbildung bei den unteren Frontzähnen gekommen sei und die Schneidekanten beim Abbeissen nicht mehr aufeinander gepasst hätten. Mit der Brücke habe man einen sogenannten Kopfbiss herstellen wollen. Die vom Versicherten dargestellten Gründe für die Rekonstruktionen sind glaubwürdig. Offensichtlich ist die Sachverhaltsbeschreibung auch für die Expertin ohne weiteres nachvollziehbar, führt sie doch erklärend aus, dass mit dem Kopfbiss ein direktes Aufeinandertreffen der Schneidekanten der oberen und unteren Frontzähne beim Schliessen hergestellt worden sei. Selbst Dr. C. stellt nicht in Abrede, dass die Akromegalie zu Veränderungen am Unterkiefer geführt habe und deren Auswirkungen Grund für die Einsetzung der unteren Frontbrücke gewesen seien. Damit steht fest, dass zwischen der Akromegalie und der einst eingesetzten Rekonstruktionen ein Kausalzusammenhang besteht. Gemäss den medizinischen Erläuterungen befinden sich die Bissverhältnisse des Versicherten aufgrund der Akromegalie in einem ständigen Wandel. Da sich die Brücke diesen Veränderungen nicht anpassen kann, ist es durchaus vorstellbar, dass diese durch den Druck der Oberkieferzähne im Verlaufe der Jahre beschädigt wurde. Prof. Dr. D. konnte auch anhand der horizontalen Fraktur an einer kariesfreien Einzelkrone eine Fehlbelastung nachweisen. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Akromegalie zumindest eine Teilursache für die Schadhaftheit der Rekonstruktionen bildet. Wohl führte die minderwertige Qualität der Rekonstruktionen im Vergleich zu solchen ohne Herstellungsmängel zur schnelleren Schadhaftheit der ursprünglichen Kronen-Brückenarbeiten und beschleunigte die Kariesentwicklung an den Pfeilerzähnen. Dies unterbricht den Kausalzusammenhang jedoch nicht (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2010, 9C_830/2010, E. 5.1). Ein einmal bestehender Kausalzusammenhang zwischen einer Ursache und einem Erfolg kann sachlogisch nicht plötzlich wegfallen. Auch wenn zusätzlich eine neue Ursache hinzutritt, führt dies grundsätzlich nicht zum Wegfall des Kausalzusammenhangs, sondern es liegt eine neue erweiterte Kausalkette vor (vgl. Thomas Ackermann, Kausalität, in: Unfall und Unfallversicherung, Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], St. Gallen 2009, S. 42). Gemäss der Beurteilung von Prof. Dr. D. ist davon auszugehen, dass die zahnärztliche Behandlung selbst bei einer qualitativ guten Brücke im Unterkiefer und der Krone früher oder später wegen der durch die Akromegalie verursachten Dysgnathie hätte vorgenommen werden müssen. Entgegen der Ansicht von Dr. C. treten die technisch minderwertige Brücken-Kronen-Rekonstruktionen als Ursache für die zahnärztliche Behandlung nicht so stark in den Vordergrund, dass die Akromegalie mit ihren Auswirkungen auf den Unterkiefer für die Neuversorgung nicht mehr als verantwortlich bezeichnet werden kann. Daraus ergibt sich, dass die vertrauensärztliche Begründung für die Annahme eines fehlenden Kausalzusammenhangs zwischen der Akromegalie und der Rekonstruktionen zu kurz greift. Denn bei seiner Aussage, die Brücken-Kronen-Rekonstruktionen hätten nach

einer Tragzeit von mehr als 20 Jahren auch ohne Akromegalie ersetzt werden müssen, lässt er ausser Acht, dass die Erkrankung des Versicherten mit seinen Folgen Ursache für die Einsetzung der ursprünglichen Unterkieferbrücke und der Krone war. 6.3 Dr. C. bringt keine weiteren Einwände vor, die geeignet wären, die ausschlaggebende Beweiskraft der gutachterlichen Beurteilung in Frage zu stellen. Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist somit gestützt auf die Beurteilung von Prof. Dr. D. und den Akten davon auszugehen, dass zwischen der Akromegalie und der ursprünglich geplanten Brücken-Kronen-Sanierung – zumindest im Sinne einer Teilursache - ein Kausalzusammenhang besteht.

E. 7

Eine weitere Voraussetzung für die Leistungspflicht der Assura ist die Unvermeidbarkeit der zahnärztlichen Massnahme (vgl. Erwägung 3.4). In seiner Stellungnahme vom 22. April 2011 macht Dr. C. nebst den Herstellungsmängeln der Rekonstruktionen die Karies und die Parodontitis für die zahnärztliche Massnahme verantwortlich. Dabei wies er darauf hin, dass Karies und Parodontitis grundsätzlich eine durch Prävention vermeidbare Erkrankung sei (vgl. Berichte vom 22. April 2011, 7. März 2012 und 3. Oktober 2011). In seinem Bericht vom 28. April 2013 gestand Dr. C. dem Versicherten nun zu, dass die Karies an den Pfeilerzähnen nicht auf eine ungenügende Mundhygiene zurückzuführen sei.

Gleichermassen stellte auch Prof. Dr. D. anlässlich ihrer Untersuchung vom 24. Februar 2012 fest, dass der Versicherte die Zahnpflege nicht vernachlässigt und regelmässig eine Dentalhygienikerin aufgesucht habe (vgl. auch Ergänzungsgutachten vom 24. August 2012). Dabei ist davon auszugehen, dass die Indikation für eine Neuanfertigung der Unterkieferbrücke und der Einzelkrone 33 nicht durch eine zumutbare Zahn- und Mundhygiene hätte verhindert werden können. Die entsprechende zahnärztliche Behandlung ist demgemäss nicht als vermeidbar zu betrachten. 8.1 Wie die Vorinstanz zutreffend darlegt, ist eine weitere Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung, dass die erbrachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG). Während die Assura die Wirtschaftlichkeit der geplanten Brückenversorgung nicht bestreitet, zweifelt sie an deren Wirksamkeit und Zweckmässigkeit. 8.2. Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf ein angestrebtes diagnostisches, therapeutisches oder pflegerisches Ziel hinzuwirken bzw. wenn sie den Verlauf einer Krankheit günstig beeinflusst. Für die Beurteilung der Wirksamkeit ist somit entscheidend, welcher medizinische Erfolg damit erzielt werden soll (BGE 128 V 159 E. 5c/aa S. 165; vgl. auch BGE 130 V 299 E. 6.1 und 6.2.1.1 S. 304 f. sowie 133 V 115 E. 3.1 S. 116). Vorliegend begründet Dr. C. die fehlende Wirksamkeit dahingehend, dass gemäss den gutachterlichen Ausführungen mit der Neuanfertigung der Brücke keine funktionelle Verbesserung der okklusalen Beziehung zwischen Ober- und Unterkiefer und somit der Dysgnathie erreicht werden könne. Er sieht somit den Erfolg der zahnärztlichen Behandlung in der Verbesserung und Stabilisierung der dentalen Verhältnisse zwischen Ober- und Unterkiefer. Der Grund für die zahnärztliche Behandlung ist aber der Ersatz der beschädigten Brücke und der Krone 33, weil eine solche für die Phonetik, die Beissfunktion und die Ästhetik unbedingt erforderlich ist (vgl. Gutachten von Prof. Dr. D. vom 27. Februar 2012 und Kostenvoranschlag von Dr. B. vom 26. April 2010/15. Februar 2011). Die Versorgung mit einer neuen Brücke samt Krone 33 ist zweifelsohne geeignet, die funktionellen Aufgaben der Unterkieferfrontzähne wieder zu übernehmen. Die Wirksamkeit der zahnärztlichen Massnahme ist somit zu bejahen. 8.3.1 Fraglich ist dagegen die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit. Die Behandlung ist zweckmässig, wenn

sie die angestrebte Wirkung in angemessener Weise erzielt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Dezember 2002, K 151/00, E. 6.2.2). Sie ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den zweckmässigen Behandlungsalternativen (BGE 127 V 138 E. 5). Gibt es verschiedene Methoden oder Operationstechniken, welche objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lassen, mit anderen Worten als wirksam im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG gelten, ist für die Reihenfolge der Wahl unter dem Gesichtspunkt des Umfangs der Kostendeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Frage der Zweckmässigkeit der Massnahme von vorrangiger Bedeutung. Ob eine medizinische Behandlung zweckmässig ist, beurteilt sich nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken. Nach der Verwaltungspraxis erfolgt die Beurteilung der Zweckmässigkeit aufgrund des Verhältnisses von Erfolg und Misserfolg (Fehlschlägen) einer Anwendung sowie der Häufigkeit von Komplikationen (Gebhard Eugster , Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], Basel/Genf/München 2007, S. 588). Bestehen zwischen zwei alternativen Behandlungsmethoden vom medizinischen Standpunkt aus keine ins Gewicht fallenden Unterschiede in dem Sinne, dass sie unter dem Gesichtspunkt der Zweckmässigkeit mit Bezug auf den angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung (vgl. BGE 127 V 138) als gleichwertig zu bezeichnen sind, ist grundsätzlich die kostengünstigere und damit wirtschaftlichere Anwendung zu wählen (RKUV 1998 Nr. K 988 S. 1). Weist andererseits eine bestimmte Behandlungsmethode gegenüber andern Anwendungen Vorteile in diagnostischer und/oder therapeutischer Hinsicht auf, u.a. geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend allfälliger Nebenwirkungen und Spätfolgen, kann dies die Übernahme der Kosten dieser teureren Applikation rechtfertigen (Alfred Maurer , Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt a.M. 1996, S. 52).

8.3.2. Ausser der Neuanfertigung der Brücke steht gemäss den Akten keine andere konkrete Behandlung zur Herstellung der funktionellen Aufgaben der Unterkieferfrontzähne zur Diskussion. Allerdings wirft Prof. Dr. D. die Frage einer Gesamtanierung auf, um nebst der Wiederherstellung der funktionellen Aufgaben der Brücke die Auswirkungen der Akromegalie auf die Kieferverhältnisse des Versicherten stabilisieren zu können. Unter diesen Umständen könnte sich eine andere Behandlungsmethode als zweckmässiger erweisen als die ins Auge gefassten Brücken-Kronen-Rekonstruktionen. Da Prof. Dr. D. eine bestimmte alternative Behandlungsmethode nicht vorstellte, kann die Frage der Zweckmässigkeit nicht abschliessend beantwortet werden.

8.4 Nicht eindeutig zu beurteilen ist auch die Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Behandlung. Eine zahnärztliche Massnahme wird als unwirtschaftlich bezeichnet, wenn sie in einem ungünstigen Verhältnis zum Nutzen steht, der damit erzielt wird (vgl. BGE 129 V 80 E. 6.2.3). Gemäss den übereinstimmenden Auffassungen von Prof. Dr. D. und Dr. C. steht fest, dass sich durch die Erkrankung des Versicherten der Unterkiefer laufend verändert und die Frontbrücke dadurch nicht als längerfristige Lösung gesehen werden kann. Möglicherweise könnte die von Prof. Dr. D. vorgeschlagene, aber nicht konkretisierte dentale Gesamtanierung, welche die ungünstigen Auswirkungen der Akromegalie auf die Kieferverhältnisse umfassend berücksichtigt, einen längeren Bestand garantieren. Ob sich eine umfassende Sanierung unter diesem Blickwinkel zweckmässiger bzw. wirtschaftlicher erweist als die Brücken-Kronen-Rekonstruktionen hat die Assura noch nicht beurteilt. Aus diesem Grund wird die Sache zwecks Beurteilung der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der

Behandlung des Versicherten an die Vorinstanz zurückgewiesen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 9.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 9.2. Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen anordnete. Ohne Anordnung solcher Massnahmen hat er deren Kosten dennoch zu übernehmen, wenn diese für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Vorliegend gelangte die Instruktionsrichterin gemäss Verfügung vom 4. November 2011 zum Ergebnis, dass ein Entscheid in der Angelegenheit gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Für eine abschliessende Beurteilung der Kausalitätsfrage war die Anordnung eines Gerichtsgutachtens unerlässlich. Gemäss Honorarrechnungen von Prof. Dr. D. vom 21. März 2012, 4. September 2012 und 17. April 2013 betragen die Kosten insgesamt Fr. 4'523.40. Sie sind der Assura aufzuerlegen. 9.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Versicherten deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Assura zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wies in ihrer Honorarnote vom 21. Oktober 2013 einen Zeitaufwand von insgesamt 21 Stunden und 10 Minuten sowie Auslagen von Fr. 151.50 aus. Dieser Aufwand erscheint angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen grundsätzlich als angemessen. Der der Honorarnote beigelegten Deservitenkarte ist allerdings zu entnehmen, dass sich darunter kleinere Bemühungen befinden, welche auf den Kontakt der Rechtsvertreterin mit der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers zurückzuführen sind. Dieser Aufwand würde im Falle einer nicht Rechtsschutz versicherten Person nicht anfallen und kann daher nicht berücksichtigt werden. Damit sind die Bemühungen im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung im Umfang von insgesamt 20 Minuten zuzüglich den damit im Zusammenhang stehenden Auslagen in Abzug zu bringen. Damit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 5'783.75 (20 Stunden und 50 Minuten à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen in der Höhe von Fr. 147.-- und 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Assura zuzusprechen. 10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). 10.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine

Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird – soweit darauf einzutreten ist - in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 21. Juni 2011 aufgehoben und die Angelegenheit zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Kosten für das Gutachten vom 27. Februar 2012 sowie die Ergänzungsgutachten vom 24. August 2012 und vom 10. April 2013 von Prof. Dr. med. D. in Höhe von insgesamt Fr. 4'523.40 werden der Assura-Basis SA auferlegt. 4. Die Assura-Basis SA hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'783.75 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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