

BL_GERICHTE 730 19 57 / 185 vom 30. Juli 2020

BL Gerichte, 2020-07-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_19_57___185

FR: BL_GERICHTE 730 19 57 / 185 du 30 juillet 2020

IT: BL_GERICHTE 730 19 57 / 185 del 30 luglio 2020

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 20. Februar 2019 ist demnach einzutreten.

E. 2

Strittig ist vorliegend, ob die Progrès die Kostenübernahme für eine kieferorthopädische Vorbehandlung mit anschliessender bimaxillärer Umstellungsosteotomie im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung zu Recht abgelehnt hat.

E. 2.1

Gemäss Art. 25 ff. KVG gelten die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und deren Folgen dienen, als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dagegen 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 sind (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

E. 2.2

In Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG wurde der Bundesrat beauftragt, unter anderem 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 dieser Befugnis zur Übertragung der Aufgabe Gebrauch und gab dem Departement des Innern (EDI) 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).

E. 2.3

Das EDI listet in der von ihm erlassenen Verordnung über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 die fraglichen zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17-19 auf. Art. 17 KLV bezeichnet die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems, deren zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Art. 18 KLV listet die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen auf, die zu zahnärztlichen Behandlungen führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. Art. 19 KLV nennt schliesslich jene schweren Allgemeinerkrankungen, bei denen die zahnärztliche Massnahme einen notwendigen Bestandteil der ärztlichen Behandlung darstellt. Die in der KLV enthaltene Liste der Erkrankungen, welche zu einer Pflichtleistung der Krankenkasse führen, ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung abschliessend konzipiert (BGE 130 V 464 E. 2.3, 127 V 328 E. 3a, 127 V 339 E. 3b und 124 V 185 E. 4). Diese Praxis hat zur Folge, dass zahnärztliche Behandlungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, wenn die Krankheit, welche den Anlass zur zahnärztlichen Behandlung gibt, in den Art. 17-19 KLV nicht erwähnt ist (BGE 128 V 59 E. 2c). Da zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich keine Pflichtleistungen nach KVG auslösen, stellen die Bestimmungen der Art. 17-19 KLV somit Ausnahmeregelungen dar (Gebhard Eugster , Krankenversicherung [Krankenversicherung], in: Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], 3. Aufl., Basel 2016 S. 552 ff.; Brigitte Pfiffner Rauber , Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 117).

E. 2.4

Eine weitere Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung, wobei die Wirksamkeit anhand von wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Art. 32 Abs. 1 KVG). Eine Leistung gilt als wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten medizinischen Nutzen hinzuwirken bzw. wenn sie den Verlauf einer Krankheit günstig beeinflusst (BGE 133 V 115 E. 3.1). Massgebend ist dabei, ob eine therapeutische oder diagnostische Massnahme von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird, das angestrebte therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. März 2008, I 601/06, E. 5.1). Der Nachweis der Wirksamkeit, dem eine objektivierbare Sicht zugrunde zu liegen hat, ist am ehesten mit Hilfe von statistischen Vergleichswerten zu belegen, welche mit entsprechenden Studien zu dokumentieren sind (BGE 123 V 53 E. 4c). Es reicht nicht aus, die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode einzelfallbezogen und retrospektiv aufgrund der jeweiligen konkreten Behandlungsergebnisse zu beurteilen (BGE 133 V 115 E. 3.2.1).

3.1 Die Abklärung des für die Beurteilung von Ansprüchen versicherter Personen notwendigen Sachverhalts hat gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz die verfügende wie auch die eine Verfügung überprüfende Behörde bzw. das Gericht von Amtes wegen vorzunehmen. Sowohl die Krankenkasse wie

auch das Sozialversicherungsgericht haben demnach von sich aus, ohne Bindung an die Parteibeglehen, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. 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 (Thomas Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Auflage, Bern 2014, § 70, N 2 f. und 8 f. mit weiteren Hinweisen).

3.2 Solche ärztlichen Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dabei ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend. Gerade die Krankenversicherungen oder ihre Verbände sind gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG sogar verpflichtet, nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesgesellschaften Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen zu bestellen. Diese wiederum haben die Krankenversicherungen gemäss Art. 57 Abs. 4 und 5 KVG in medizinischen Fachfragen zu beraten und insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflichten zu überprüfen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig, und weder die Krankenversicherung noch die Leistungserbringer können ihnen Weisungen erteilen. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (Gebhard Eugster , Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Aufl., Basel 2006, Rz. 209 ff.). Diesen Berichten kommt deshalb nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. Sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7). Demgegenüber ist einem Gutachten externer Spezialärzte volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist letztendlich aber entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c mit weiteren Hinweisen; Alfred Bühler , Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten in: Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff.).

3.3 Das Sozialversicherungsgericht darf eine rechtserhebliche Tatsache erst dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist. Dabei hat es seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (Locher , a.a.O., § 74 Rz. 25 mit Verweis auf § 68 Rz. 37 ff.; BGE 121 V 45 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c).

3.4 Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der

Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen).

E. 4

Zur Beurteilung der strittigen Leistungspflicht sind im Wesentlichen die folgenden Berichte und Gutachten zu berücksichtigen:

E. 4.1

PD Dr. med. E.____, FMH Radiologie/Neuroradiologie, erhob im Bericht vom 17. Januar 2018 (Beilage Nr. 1 zur Vernehmlassung) anlässlich einer bildgebenden Untersuchung der Kiefergelenke beidseits eine leichte Kiefergelenksarthrose links mit am ehesten degenerativer, deutlicher Diskopathie und anteriorer Diskusluxation. Linksseitig sei der Diskus articularis deformiert, und es habe sich eine Dislokation nach anterior (Level 3) und lateral (Level 2) gezeigt. Bei Mundöffnung finde keine Reposition statt. Beidseits bestehe eine übermässige Anteriotranslation des Kieferköpfchens bei Mundöffnung bis hinter die Eminentia articularis. Weiter erhob PD Dr. E.____ eine zervikale Lymphadenopathie sowie eine unauffällige Abbildung der Nasennebenhöhlen.

E. 4.2

Im Kostengutsprachege such vom 2. März 2018 (Beilage Nr. 1 zur Vernehmlassung) erhob Prof. Dr. B.____ bestehende Kiefergelenksbeschwerden aufgrund eines zirkulär offenen Bisses. Die Patientin habe über ein starkes Knackgeräusch im linken Kiefergelenk berichtet, welches sich in der letzten Zeit vermindert habe. Während der Untersuchung habe ein unregelmässig auftretendes Klicken im Kiefergelenk links bei Subluxation beider Kiefergelenke und bei maximaler Mundöffnung imponiert. Die bildgebende Untersuchung der Kiefergelenke habe neben beginnenden arthrotischen Veränderungen in beiden Gelenkköpfen eine anteriore Diskusluxation ohne Reposition linksseitig gezeigt. Das weitere Procedere sehe nun nach einer kieferorthopädischen Vorbehandlung eine bimaxilläre Umstellungsosteotomie (Le Fort I, sagittale Spaltung beidseits) zur Okklusionseinstellung vor. Durch diese Massnahme sollten die Kiefergelenke, welche bereits strukturelle Veränderungen aufweisen würden, markant entlastet werden und das Fortschreiten der bereits ausgeprägten Zahnschäden (substantielle Attritionen der in Kontakt stehenden Zähne) im Bereich der dorsalen Stützzone im Ober- und Unterkiefer unterbunden werden. Es bestehe eine Dysgnathie mit markant negativem Einfluss auf die Sprache, das Schlucken und die Kaufunktion sowie eine strukturelle Schädigung der Kiefergelenke im Sinne von Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV, weshalb die obligatorische Krankenkasse leistungspflichtig sei.

E. 4.3

Der behandelnde Arzt Prof. Dr. B.____ führte im Wiedererwägungsgesuch vom 23. April 2018 (Beilage Nr. 3 zur Vernehmlassung) aus, die Patientin leide unter einer ausgeprägten Malokklusion (zirkulär offener Biss) mit Kiefergelenksproblemen, wobei bildgebend bereits strukturelle pathologische Veränderungen erkennbar seien (anteriore Diskusluxation ohne Reposition linksseitig). Bei einer derart insuffizienten Verzahnung, bei welcher der Antagonistenkontakt nur im Bereich der dorsalsten Anteile der Stützzone beidseits, also

dem letzten Zahn jedes Quadranten, bestehe, und bei welcher es bereits zu unphysiologischem Zahnschmelzverlust in den Kontaktzonen gekommen sei, könne nicht argumentiert werden, die Korrektur der Malokklusion würde das weitere Fortschreiten der Krankheit (Diskusluxation) nicht verhindern. Dies gelte umso mehr, als dass die Diskusluxation eine Erkrankung des Kauapparates darstelle, bei welcher eine Kostenübernahmepflicht der Krankenkasse im Sinne einer Pflichtleistung bestehe und die Malokklusion als Ursache dieser Krankheit anzusehen sei. Damit sei erwiesen, dass die medizinische Leistung objektiv dazu geeignet sei, einen therapeutischen Nutzen zu bewirken. Bei der Patientin liege zudem ein glaubhafter Leidensdruck in Form von chronischen Schmerzen und zunehmenden Problemen bei der Nahrungsaufnahme sowie beim Sprechen (Sigmatismus) vor. Es bestehe eine orofaziale Funktionsstörung, aufgrund welcher eine Leistungspflicht des Krankenversicherers induziert sei.

E. 4.4

Gemäss den Ausführungen des Vertrauensarztes der Progrès Dr. C.____ im Bericht vom 13. Juni 2018 (Beilage Nr. 4 zur Vernehmlassung) liege bei der Versicherten ein offener Biss mit Okklusion lediglich im Bereich der Molaren vor. Es handle sich dabei um eine behandlungsbedürftige Dysgnathie, welche die Kaufunktion beeinträchtige, hingegen nicht von einer Leistungspflicht des obligatorischen Krankenversicherers erfasst werde. Weiter bestehe eine Diskusdislokation links, welche jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit dem offenen Biss stehe, sondern eine eigenständige Erkrankung des Kiefergelenks darstelle. Ausserdem habe eine Kiefergelenksarthrose links imponiert, die indessen nicht sehr ausgeprägt sei. Mit der anstehenden kieferorthopädischen/-chirurgischen Behandlung könne eindeutig eine Verbesserung der Kaufunktion erreicht werden, weshalb es sich um eine zahnärztliche Behandlung handle. Es bestehe keine wissenschaftliche Evidenz dafür, dass die operative Korrektur des offenen Bisses eine wirksame Behandlung der Kiefergelenkspathologie darstelle. Die Kriterien für eine Pflichtleistung der Krankenkasse seien folglich nicht erfüllt.

E. 4.5

Mit erneutem Wiedererwägungsgesuch vom 18. Juli 2018 (Beilage Nr. 7 zur Vernehmlassung) brachte der behandelnde Arzt Prof. Dr. B.____ vor, dass die eingeschränkte Kaufunktion entgegen der Auffassung des Vertrauensarztes der Progrès im direkten Zusammenhang mit dem offenen Biss stehe. Es sei unbestritten, dass ein offener Biss mit lediglich Kontakten im Bereich der hintersten Molaren die Gelenke in unnatürlicher Weise biomechanisch fehl- und schliesslich auch überlaste, was in Abhängigkeit der Dauer dieser Fehlbelastung zu strukturellen Veränderungen im Gelenk führen könne. Zusätzlich bestehe eine deutlich abnorme, substantielle Abrasion der beschriebenen Molarenantagonisten, wobei auch hier mit einer späteren Dekompensation zu rechnen sei. Die geplante Korrektur des offenen Bisses stelle somit eine wirksame Behandlung der Diskusverlagerung dar, da die Gelenksbelastung durch die Einstellung einer normalen Okklusion selbstverständlich optimiert werde. Ob der Diskus unter dieser Massnahme reponiert werden könne, bleibe offen, da sich ein dystoper Discus articularis mit fortschreitender Diskusfunktion auch strukturell degenerativ verändere. Die Ursache für die Diskusschädigung liege damit auf der Hand, weshalb das therapeutische Vorgehen in Form einer entlastenden Okklusionseinstellung korrekt sei. Bei einer Patientin mit einer derart schweren Dysgnathie, die die Kau- und Schluckfunktion stark einschränke, bestehe ein Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

E. 4.6

Der behandelnde Arzt Prof. Dr. B.____ brachte im Bericht zur Vorlage bei der Krankenversicherung vom 19. September 2018 (Beilage Nr. 13 zur Vernehmlassung) sodann vor, in Anbetracht der eigenen Erfahrungen wie auch entsprechenden Ausführungen in der Fachliteratur sei belegt, dass durch eine Korrektur der Kieferfehlstellung (offener Biss) die Belastung im Gelenkbereich günstig beeinflusst und der weitere strukturelle Zerstörungsprozess der Gelenksanatomie aufgehalten werden könne. Auch sei die Diskusverlagerung entgegen der Auffassung der Progrès ätiologisch nicht unabhängig vom offenen Biss entstanden, was eine Pflichtleistung der Krankenkasse impliziere. Es gebe zwar tatsächlich Fälle, in denen durch eine eigenständige Erkrankung des Kiefergelenks ein Höhenverlust im Bereich des Unterkiefers eintrete, der aufgrund einer Zerstörung von Knochensubstanz im Bereich des Kieferköpfchens zu einem offenen Biss führe. Diese Art von Substanzverlust sei bei der Versicherten aber nicht festzustellen, weshalb das Kiefergelenk für den offenen Biss nicht als relevant ursächlich anzusehen sei. Im Umkehrschluss stelle eine Verbesserung der Verzahnungsverhältnisse und damit einhergehend eine Druckverminderung auf das Kiefergelenk somit eine wirksame Behandlung für die vorliegende Kiefergelenkspathologie dar. Zusammenfassend liege also eine durch die Dysgnathie (offener Biss) verursachte Traumatisierung des Kiefergelenks vor, welche den Diskusapparat bereits strukturell geschädigt habe. Es handle sich dabei um ein fortschreitendes Problem, welches bei Belassen der aktuellen Malokklusion zu einer weiteren Zerstörung der Kiefergelenksstrukturen führen würde. Die vorliegenden orofazialen Funktionsstörungen bei der Nahrungsaufnahme (Kauen und Schlucken) sowie beim Sprechen würden Pflichtleistungscharakter besitzen und müssten einer ärztlichen und nicht einer zahnärztlichen Behandlung zugeführt werden. Damit sei eine Leistungspflicht des obligatorischen Krankenversicherers ausgewiesen.

E. 4.7

Dr. med. F.____, FMH Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, erhob im Bericht vom 15. Januar 2019 (Beschwerdebeilage Nr. 5) die Diagnose einer schweren Dysgnathie im Sinne einer Retrognathia inferior mit zirkulär frontoffenem Biss und progredienten Kiefergelenksbeschwerden. Ein kieferorthopädisches/-chirurgisches Vorgehen sei mit der Patientin besprochen, und die chirurgische Korrektur der Dysgnathie sei dringend empfohlen worden. Bei Belassen der Situation sei mit zunehmenden Kiefergelenksbeschwerden zu rechnen.

E. 4.8

Im Gerichtsgutachten vom 12. Oktober 2019 erhob Dr. D.____ die Diagnose einer Klasse-II-Relation der Kieferbasen mit offenem Biss vorne (Dysgnathie), eine leichte Osteoarthrose und eine anteriore Diskusluxation ohne Reposition des linken Kiefergelenkes. Anlässlich der klinischen Untersuchung habe eine Bewegungseinschränkung in den Kiefergelenken beidseits mit einer auf 36 Millimeter limitierten Mundöffnung erhoben werden können. Dieser Befund korrespondiere mit einer nach einer längeren Fixation sich bessernden anterioren Diskusluxation. Nach der erfolgten Umstellungsosteotomie könne anhand der klinischen Untersuchung jedoch kein objektives Bild des Vorzustandes mehr erhoben werden. Aktenanamnestisch seien ein zirkulär offener Biss mit signifikanten Schmerzen und ein leichtes Knacken im linken Kiefergelenk erhoben worden. Bildgebend hätten sich eine anteriore Diskusluxation sowie eine leichte Arthrose im linken Kiefergelenk gezeigt. Ausserdem seien Sprachprobleme im Sinne eines

Sigmatismus (Lispeln), Probleme bei der Nahrungsaufnahme in Form einer eingeschränkten Kaufunktion aufgrund eines verminderten zirkulären Kontakts und einer isolierten Kaufähigkeit im Bereich der rechten Molaren und Schluckbeschwerden, qualifiziert als viszerales Schluckmuster, festgestellt worden. Die Versicherte habe im Rahmen der Untersuchung geschildert, dass eine Schluckstörung nicht das zentrale Problem gewesen, aber als Interposition der Zunge zwischen die Zahnreihen bemerkt worden sei. Die in den Akten beschriebenen abgeschliffenen Molaren hätten immer noch als solche erkannt werden können. Betreffend den möglichen pathophysiologischen Kausalzusammenhang zwischen der Diskusluxation und der Dysgnathie führte Dr. D.____ aus, dass die anteriore Diskusluxation sowohl Ursache als auch Folge eines offenen Bisses sein könne. Die durchgeführte kieferorthopädische/-chirurgische Behandlung habe aber der korrekten Einstellung des Bisses im Sinne einer Stabilisierung der Okklusion gedient. Diese Okklusionsverbesserung könne auch zu einer Verringerung der Kiefergelenksbeschwerden führen. Betreffend die Wirksamkeit von orthognather Chirurgie, insbesondere Umstellungsosteotomien, und deren Vor- und Nachteile im Zusammenhang mit Kiefergelenksbeschwerden, zeichne die Literatur ein kontroverses Bild. Für die wissenschaftliche Evidenz, dass mittels orthognather Chirurgie (Umstellungsosteotomie) Kiefergelenksbeschwerden wirksam behandelt würden, gebe es aber gute Literatur, welche dem Gutachten beiliege. Die bimaxilläre Umstellungsosteotomie stelle indessen nicht die standardmässige Behandlung einer Diskusluxation dar. Im vorliegenden Fall erscheine die therapeutische Abfolge logisch, indem zuerst die Okklusion bzw. der Biss eingestellt würden, bevor die Behandlung des Kiefergelenks angegangen werde. Die klassische Behandlungsstrategie bei einer fixierten anterioren Diskusluxation sei eine konservative mit Physiotherapie und/oder dem Anbringen einer Positionsschiene. Da die Kieferbasen bei der Versicherten jedoch nicht korrekt zueinanderstehen würden, sei aufgrund des anterior offenen Bisses mit nur begrenztem Kontakt der Molaren der Erfolg durch einen Eingriff am Kiefergelenk äusserst ungewiss. Insofern biete sich die Korrektur des Bissverhältnisses vor einer im Verlauf allenfalls notwendigen Behandlung des Kiefergelenks an. Nach der durchgeführten orthognathen Chirurgie habe die Versicherte gute Chancen, mit konservativer Therapie die Diskusluxation behandeln zu können.

E. 4.9

In der Stellungnahme zum Gerichtsgutachten vom 8. November 2019 (Beilage zur Stellungnahme der Progrès vom 21. November 2019) führte Dr. C.____ zur Frage der Wirksamkeit der Zahnstellungskorrektur aus, dass die Korrektur des offenen Bisses durch eine bimaxilläre Osteotomie die Zahnfehlstellung und damit auch die Kaufunktion markant verbessern werde und so möglicherweise auch eine weitere Abrasion der Molaren verhindere. Insofern werde auch die Nahrungsaufnahme verbessert. Im Kostengutsprachege such seien Schluckbeschwerden nicht erwähnt worden, sondern lediglich eine Beeinträchtigung der Sprechfunktion (Sigmatismus). Ob mit der kieferorthopädischen Korrektur diesbezüglich eine Verbesserung erreicht werde, sei ungewiss. Die Mundöffnungseinschränkung sei wohl die Folge einer Myotendinose der Kaumuskulatur und der Diskusverlagerung im linken Kiefer. Es bestehe allerdings keine wissenschaftliche Evidenz, wonach eine kombinierte kieferorthopädische/-chirurgische Korrektur des offenen Bisses eine wirksame Behandlung dieser Beschwerden sei. Die Diskusverlagerung mit einer allfälligen Blockade der Translation oder Rotation der Kiefergelenke werde durch diese Behandlung wohl kaum geheilt. Auch sei die Wirksamkeit dieser Behandlung zur Therapie der Kiefergelenksbeschwerden wissenschaftlich nicht

ausgewiesen, was durch die angeführte Literatur ausreichend belegt werde. Im Übrigen erweise sich die vom Gutachter Dr. D.____ zitierte Literatur sinngemäss als nicht aussagekräftig genug, um die Wirksamkeit einer Behandlung zu belegen, da namentlich nur zehn Patienten untersucht worden seien, kein Vergleichskollektiv bestanden habe und nicht ersichtlich sei, an welcher Form einer kranio-mandibularen Dysfunktion die Patienten gelitten hätten. Weiter entsprächen die Ausführungen des Gutachters, wonach die therapeutische Abfolge logisch erscheine, gemäss welcher zuerst die Okklusion eingestellt und erst danach die Behandlung des Kiefergelenks angegangen werde, seiner subjektiven Meinung, die wiederum nicht belegt sei. Ausserdem stütze diese Aussage die These, dass die Korrektur der Okklusion durch eine Kieferosteotomie in Bezug auf die Kiefergelenkspathologie nicht wirksam sei und erst im Anschluss an die Kieferkorrektur angegangen werden könne. Dass die klassische Behandlungsstrategie einer fixierten anterioren Diskusluxation eine konservative Physiotherapie sei, entspreche dem allgemeinen Konsens. Hingegen seien die Ausführungen zum ungewissen Erfolg von Eingriffen am Kiefer, sofern die Kieferbasen bei anterior offenem Biss nicht korrekt zueinander stehen würden, wissenschaftlich nicht ausgewiesen. Auch entspreche das erwähnte viszerale Schluckmuster keiner schweren Schluckstörung im Sinne von Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV.

E. 4.10

Dr. D.____ führte in der ergänzenden Stellungnahme zum medizinischen Gutachten vom 22. März 2020 betreffend die Frage nach dem Vorliegen einer schweren Schluckstörung aus, dass der postoperative Zustand der Versicherten nur die Beurteilung anhand der Akten erlaube, in welchen ein infantiles Schluckmuster beschrieben worden sei. Die Ausprägung dieser Schluckstörung lasse sich nicht mehr verifizieren. Eine schwere Schluckstörung im Sinne von Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV müsse jedoch verneint werden, da das viszerale oder infantile Schluckmuster davon ausgeschlossen sei. Die Sprachproblematik gelte als behandelt. Betreffend die Wirksamkeit der Behandlung sei anzuführen, dass es durchaus Literatur gebe, welche einen positiven Effekt von orthognather Chirurgie auf präoperativ vorhandene Kiefergelenksbeschwerden aufzeigen würde. Von den vom Vertrauensarzt Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 8. November 2019 zitierten 34 Publikationen würden 13 einen günstigen Verlauf von Patienten mit Kiefergelenksbeschwerden nach einer Umstellungsosteotomie ausweisen, 14 Artikel seien nicht aussagekräftig und 7 sprächen sich für ein mehrheitlich negatives Ergebnis aus. Die wissenschaftliche Interpretation dieser Auslegung zeige, dass die Literatur kontrovers sei, jedoch mit einer Tendenz zu einer Besserung der Kiefergelenksproblematik im postoperativen Verlauf.

E. 4.11

Der Vertrauensarzt Dr. C.____ äusserte sich in der Stellungnahme zur Ergänzung des Gerichtsgutachtens vom 18. April 2020 (Beilage zur Stellungnahme der Progrès vom 29. April 2020) dahingehend, dass er betreffend eine allfällige Leistungspflicht des obligatorischen Krankenversicherers nach wie vor der Ansicht sei, dass es sich klar um eine zahnärztliche Behandlung handle, da das Therapieziel in erster Linie die Korrektur des offenen Bisses und damit einhergehend eine Verbesserung der Kaufunktion sei. Der Gutachter habe nunmehr bestätigt, dass keine schwere Schluckstörung im Sinne von Art. 17 lit. f. Ziff. 2 KLV vorliege, womit unter diesem Rechtstitel keine Leistungspflicht des Krankenversicherers begründet werden könne. Die Wirksamkeit der Behandlung in Bezug auf die Kiefergelenksbeschwerden (Diskusluxation, Myotendinose der Kaumuskulatur und

Kiefergelenksarthrose) sei umstritten bzw. wissenschaftlich nicht nachgewiesen, was auch durch den Gutachter Dr. D.____ bestätigt werde, indem dieser eingeräumt habe, dass die wissenschaftliche Literatur kontrovers sei. Daran vermöge auch die durch den Gutachter angeführte Literatur, welche postoperativ eine Verbesserung der Kiefergelenksbeschwerden ausweise, nichts zu ändern. Letztlich bestehe mit Blick auf diese Literatur keine Voraussagbarkeit der Wirksamkeit von orthognather Chirurgie in Bezug auf Kiefergelenkskrankungen, weshalb diese auch nicht als primäre Behandlung durchgeführt werden solle. Bereits Dr. D.____ habe erkannt, dass die bimaxilläre Umstellungsosteotomie nicht die standardmässige Behandlung einer Diskusluxation darstelle. Auch könne aufgrund der Untersuchungsbefunde der Versicherten sechs Monate nach der Korrektur des offenen Bisses nicht auf die Wirksamkeit der Behandlung in Bezug auf die Kiefergelenksbeschwerden geschlossen werden, obwohl dies nicht ausgeschlossen sei. Bei diesem Beschwerdebild sei insbesondere eine spontane Besserung möglich und auch häufig.

E. 5

Nachdem die Präsidentin des Kantonsgerichts mit verfahrensleitender Verfügung vom 16. Mai 2019 unter Berücksichtigung der in BGE 137 V 210 dargelegten Rechtsprechung zur Klärung der medizinischen Sachlage ein Gerichtsgutachten angeordnet hatte, stehen bezüglich der zahnmedizinischen Verhältnisse das gerichtliche Gutachten von Dr. D.____ vom 12. Oktober 2019 sowie dessen ergänzende Stellungnahme zum Gutachten vom 22. März 2020 im Zentrum der medizinischen Aktenlage. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind (vgl. Erwägung 3.2 hiervor). In Würdigung der medizinischen Aktenlage ergibt sich, dass dem medizinischen Gutachten von Dr. D.____ vom 12. Oktober 2019 sowie der ergänzenden Stellungnahme zum Gutachten vom 22. März 2020 voller Beweiswert zukommt. Beide erfüllen sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Gutachten. Demnach ist auf diese Begutachtung abzustellen.

E. 6

Zu prüfen ist zunächst, ob es sich bei der geplanten Behandlung um eine ärztliche oder eine zahnärztliche Behandlung handelt. Die Beschwerdeführerin vertritt die Ansicht, dass es sich bei der kieferorthopädischen Vorbehandlung mit anschliessender bimaxillärer Umstellungsosteotomie um eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG handle. Dieser Auffassung kann indessen nicht gefolgt werden, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt.

E. 6.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt - wie bereits in Erwägung 2.3 hiervor ausgeführt - die Kosten für diejenigen Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen insbesondere Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant oder stationär von Ärzten und Ärztinnen durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KVG). Die Kosten für zahnärztliche Behandlungen werden hingegen nur dann übernommen, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems, durch eine

schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt, oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 lit. a-c KVG in Verbindung mit Art. 17 ff. KLV). Zur Abgrenzung einer ärztlichen von einer zahnärztlichen Behandlung stehen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Kriterien des Ansatzpunktes und der therapeutischen Zielsetzung der Behandlung im Vordergrund. Wird zunächst auf den Ansatzpunkt abgestellt, so sind zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich therapeutische Vorkehren am Kausystem. Darunter fallen die Behandlung der Zähne und des Zahnhalteapparates sowie die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben. Die therapeutische Zielsetzung wird danach bestimmt, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden soll. Ist die Zuordnung nicht eindeutig, ist der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht beizumessen. Eine zahnärztliche Behandlung liegt folglich nur dann vor, wenn die Behandlung die Zähne als solche oder ihre vordringliche Funktion zur Zerkleinerung der Nahrung (Verbesserung der Bissverhältnisse) betrifft. Daran ändert auch nichts, wenn der Ansatzpunkt der Behandlung im Kieferbereich ausserhalb des Zahnapparates und des Paradonts liegt. Die therapeutische Zielsetzung, die auf eine Verbesserung der Kaufunktion gerichtet ist, gibt den Ausschlag und macht diese Behandlung zu einer zahnärztlichen (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2013, 9C_655/2010, E. 2.3; BGE 128 V 143 E. 4b).

E. 6.2

Wie sich den Akten entnehmen lässt, leidet die Versicherte an einem zirkulär offenen Biss (Dysgnathie), einer leichten Kiefergelenksarthrose und einer Diskusluxation. Der behandelnde Arzt Prof. Dr. B.____ erachtete daher eine kieferorthopädische Vorbehandlung mit anschliessender bimaxillärer Umstellungsosteotomie (Le Fort-I, sagittale Spaltung beidseits) als indiziert. Dabei werden beide Kieferknochen vom Schädelknochen getrennt und anschliessend neu positioniert. Der Ansatzpunkt der Behandlung liegt damit offensichtlich am Kiefer, während das therapeutische Ziel - entsprechend den Ausführungen von Dr. D.____ im medizinischen Gutachten vom 12. Oktober 2019 - die Behandlung des offenen Bisses (Dysgnathie) und demzufolge eine korrekte Okklusionseinstellung ist. Wie Dr. C.____ in der Stellungnahme vom 8. November 2018 ausserdem ausführte, werde durch eine korrekte Einstellung des Bisses die bislang eingeschränkte Kaufunktion erheblich verbessert und möglicherweise eine weitere Abrasion der Molaren verhindert. Diese Einschätzung erscheint insofern schlüssig, als dass die Versicherte im Rahmen der Begutachtung bei Dr. D.____ vordergründig Probleme beim Zerkleinern der Nahrung schilderte, die präoperativ bestanden und sich postoperativ nunmehr deutlich verbessert hätten. Dr. D.____ konnte postoperativ auch keine eingeschränkte Kaufunktion mehr feststellen. Obwohl der Ansatzpunkt vorliegend nicht an den Zähnen oder am Zahnhalteapparat liegt, handelt es sich dennoch um eine zahnärztliche Behandlung. Entscheidend ist dabei die therapeutische Zielsetzung, welche auf eine Behandlung der Dysgnathie und damit einhergehend auf eine Verbesserung der Kaufunktion gerichtet ist. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die therapeutische Zielsetzung umfasse die Entlastung der Kiefergelenke und der Kiefermuskeln, kann ihr nicht gefolgt werden. Schliesslich führte bereits Prof. Dr. B.____ im Kostengutsprache gesuch vom 2. März 2018 diesbezüglich aus, die Behandlungsbedürftigkeit bestehe aufgrund einer markanten Malokklusion, und die geplante Behandlung diene der Einstellung des Bisses. Eine allfällige Kostenübernahme dieser zahnärztlichen Behandlung durch den obligatorischen Krankenversicherer richtet

sich folglich nach Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 ff. KLV.

E. 7

Damit ist zu prüfen, ob die kieferorthopädische/-chirurgische Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems gemäss Art. 17 KLV bedingt ist.

7.1.1 Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang eine Leistungspflicht des Krankenversicherers aufgrund einer bestehenden Kiefergelenksarthrose geltend. Eine Kostenübernahme der Versicherung gemäss Art. 17 lit. d Ziff. 1 KLV setzt eine Erkrankung des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates in Form einer Kiefergelenksarthrose voraus, deren Krankheitswert die zahnärztliche Behandlung notwendig macht. Unter dem Begriff des «Krankheitswerts» wird eine gewisse Schwere einer Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Gesundheit (Krankheit) verstanden. Üblichen und erträglichen Abweichungen von Ideal- oder Normvorstellungen kommt dabei kein Krankheitswert zu (BGE 137 V 295 E. 4.2.2).

7.1.2 Aus den Akten ergibt sich, dass bei der Versicherten am 17. Januar 2018 bildgebend zwar eine leichte Kiefergelenksarthrose festgestellt, diese jedoch im Kostengutsprachege such vom 2. März 2018 von Prof. Dr. B.____ nicht als Indikationsgrund für den operativen Eingriff erwähnt worden ist. Vielmehr wurde die Arthrose erstmals in der Beschwerde vom 20. Februar 2019 als Grund für die zahnärztliche Behandlung und damit zur Leistungsbegründung herangezogen. Auch beschrieb Prof. Dr. B.____ lediglich beginnende arthrotische Veränderungen in beiden Gelenkköpfen, weshalb insbesondere ein Krankheitswert derselben fraglich erscheint. Dies gilt umso mehr, als dass Dr. C.____ bereits anlässlich der ersten Vorlage des Falles eine nicht sehr ausgeprägte Kiefergelenksarthrose erkannt hatte. Darüber hinaus führte Dr. D.____ im medizinischen Gutachten vom 12. Oktober 2019 aus, dass die Behandlung der korrekten Einstellung des Bisses einer Stabilisierung der Okklusion diene. Eine stabile Okklusion stelle die Basis für eine anschliessende planbare Behandlung des Kiefergelenks dar. Die klassische Behandlung einer Osteoarthrose sei die Entlastung des Gelenks und eine allfällige medikamentöse Abschwellung. Da es sich bei der Osteoarthrose um eine schubförmig verlaufende Erkrankung handle, könne diese durch die geplante operative Massnahme positiv beeinflusst werden. Eine Behandlung der Kiefergelenksarthrose stand damit aber nicht im Vordergrund. Im Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) vom 9. April 2002, K 62/99, E. 6b erkannte dieses, dass der obligatorische Krankenversicherer - sofern dieser die Kostenübernahme ablehnen wolle - vorgängig weiter abzuklären habe, ob bei der Beschwerdeführerin eine Kiefergelenksarthrose vorliege oder mit hoher Wahrscheinlichkeit unmittelbar bevorstehe. Im Anschluss daran habe er gegebenenfalls eine Leistungspflicht zu prüfen. Soweit die Beschwerdeführerin aus dieser Erwägung eine Leistungspflicht bei einer mit hoher Wahrscheinlichkeit unmittelbar bevorstehenden Kiefergelenksarthrose ableitet, geht sie fehl. Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen und in Anlehnung an die bundesgerichtliche Rechtsprechung im Urteil vom 23. November 2011, 9C_357/2011, E. 6, entfällt im hier vorliegenden Fall eine Leistungspflicht der Progrès gestützt auf Art. 17 lit. d Ziff. 1 KLV, da der Krankheitswert der Kiefergelenksarthrose nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist, die Behandlung des betroffenen Gelenks nicht im Vordergrund stand und die Indikation zur Vornahme des operativen Eingriffs nicht aufgrund der Kiefergelenksarthrose erfolgte.

E. 7.2

Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, die Progrès treffe eine Leistungspflicht aufgrund der bestehenden Diskusluxation. Nach Art. 17 lit. d. Ziff. 3 KLV besteht eine Kostenübernahmepflicht für Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates in Form einer Kondylus- und Diskusluxation, soweit deren Krankheitswert die Behandlung des Leidens notwendig macht. Anlässlich der bildgebenden Untersuchung vom 17. Januar 2018 imponierte PD Dr. E.____ eine Diskusluxation im linken Kiefergelenk. Der Diskus articularis sei deformiert und es bestehe eine Dislokation nach anterior und lateral. Eine Reposition des Diskus bei Mundöffnung finde nicht statt. Diese Befunde wurden durch Prof. Dr. B.____ im Kostengutsprachege such vom 2. März 2018 bestätigt. Im Rahmen der klinischen Untersuchung imponierte zudem ein unregelmässiges Klicken jeweils bei Subluxation beider Kiefergelenke und bei maximaler Mundöffnung. Auch sei bei der Versicherten ein glaubhafter Leidensdruck aufgrund von chronischen Schmerzen und orofasialen Funktionsstörungen vorhanden (vgl. Wiedererwägungsgesuch von Prof. Dr. B.____ vom 23. April 2018). Obwohl Dr. D.____ im Rahmen der medizinischen Begutachtung kein objektives Bild des präoperativen Zustandes mehr erheben konnte, bestätigte er die Diagnose einer anterioren Diskusluxation gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten. Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen geht das Gericht mit den Parteien einig, dass vorliegend eine anteriore Diskusluxation mit Krankheitswert im Sinne von Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV ausgewiesen ist.

E. 7.3

Im Übrigen spricht sich die Beschwerdeführerin für eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV aus. Danach übernimmt der obligatorische Krankenversicherer die Kosten der zahnärztlichen Behandlung einer Dysgnathie, welche zu einer schweren Störung des Schluckens führt. Wie vorstehend ausgeführt (vgl. Erwägung 5.2 hiervor) leidet die Versicherte unbestritten an einer Dysgnathie in Form eines zirkulär offenen Bisses. Dr. D.____ führte in der ergänzenden Stellungnahme zum medizinischen Gutachten vom 22. März 2020 aus, dass sich die Ausprägung der Schluckstörung aufgrund des postoperativen Zustands zwar nicht mehr verifizieren lasse, in den Akten indessen ein infantiles Schluckmuster beschrieben worden sei. Eine schwere Schluckstörung müsse aber verneint werden, da das viszerale oder infantile Schluckmuster davon explizit auszuschliessen sei. Damit bestätigte er die Beurteilung von Dr. C.____ in dessen Stellungnahme zum Gerichtsgutachten vom 8. November 2019. Mit Blick auf die Ausführungen des behandelnden Arztes Prof. Dr. B.____, welcher im Kostengutsprachege such vom 2. März 2018 zwar einen negativen Einfluss der Dysgnathie auf das Schlucken beschreibt, allerdings auf die Schwere der Störung nicht weiter eingeht, erscheint die medizinische Beurteilung von Dr. D.____ schlüssig. Ohnehin schilderte die Versicherte im Rahmen der klinischen Untersuchung bei Dr. D.____, dass das Schlucken im Alltag kaum je ein Problem gewesen und lediglich als Interposition der Zunge zwischen die Zahnreihen bemerkt worden sei. Daraus folgt, dass unter dem Rechtstitel von Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV keine Leistungspflicht der Progrès begründet werden kann.

E. 8

Aus den vorstehenden Ausführungen resultiert, dass eine Leistungspflicht des obligatorischen Krankenversicherers nur gestützt auf Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV begründet werden kann. Als weitere Voraussetzung einer Kostenübernahme ist damit zu prüfen, ob es sich bei der kieferorthopädischen Vorbehandlung mit anschliessender bimaxillärer

Umstellungsosteotomie um eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung einer Diskusluxation im krankenversicherungsrechtlichen Sinne handelt.

E. 8.1

Betreffend die Wirksamkeit der kieferorthopädischen Vorbehandlung mit anschliessender bimaxillärer Umstellungsosteotomie in Bezug auf Kiefergelenksbeschwerden vertritt die Beschwerdeführerin den Standpunkt, dass diese gestützt auf die medizinischen Beurteilungen von Prof. Dr. B.____ und Dr. F.____ ausgewiesen sei. Schliesslich könne durch die Korrektur der Fehlstellung des Kiefers (offener Biss) die Belastung im Gelenkbereich günstig beeinflusst und der weitere strukturelle Zerstörungsprozess der Gelenkanatomie aufgehalten werden. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin den Standpunkt, dass die vorstehend erwähnte Behandlung nicht wirksam sei. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf die medizinische Einschätzung des Vertrauensarztes Dr. C.____, wonach keine wissenschaftliche Evidenz bestehe, dass die kieferorthopädische/-chirurgische Korrektur des offenen Bisses eine wirksame Behandlung der Kiefergelenkspathologie darstelle.

8.2.1 Wie vorstehend in Erwägung 2.4 ausgeführt, muss die Wirksamkeit einer Behandlung anhand von wissenschaftlichen Methoden nachwiesen sein. Wirksam im krankenversicherungsrechtlichen Sinne ist eine Leistung nur dann, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten medizinischen Nutzen hinzuwirken bzw. den Verlauf einer Krankheit günstig zu beeinflussen. Diesbezüglich führte Dr. D.____ in seinem medizinischen Gutachten vom 12. Oktober 2019 aus, dass sich in der Literatur ein kontroverses Bild betreffend die Wirksamkeit von orthognather Chirurgie, also Umstellungsosteotomien des Ober- und Unterkiefers, in Bezug auf Kiefergelenksbeschwerden zeige. Die klassische Behandlungsstrategie einer fixierten anterioren Diskusluxation sei eine konservative Physiotherapie und/oder die Verwendung einer Positionsschiene, was letztlich auch durch Dr. C.____ bestätigt wurde. Im Weiteren führte Dr. D.____ aus, dass ihm die Abfolge der Behandlung logisch erscheine, indem zuerst die Okklusion korrigiert und erst anschliessend die Behandlung des Kiefergelenks angegangen werde. Ohne vorgängige Korrektur des Bissverhältnisses sei der Erfolg eines operativen Eingriffs am Kiefergelenk äusserst ungewiss, da die Kieferbasen aufgrund des anterior offenen Bisses und dem begrenzten Kontakt der Molaren nicht korrekt zueinander stünden. Betreffend den wissenschaftlichen Nachweis einer wirksamen Behandlung führte Dr. D.____ aus, dass es gute Literatur gebe, welche eine Verbesserung der Kiefergelenksbeschwerden nach einer Umstellungsosteotomie aufzeigen würde, und verwies in diesem Zusammenhang auf den Artikel von Pruitt J. W. et al., Treatment of Painful Temporomandibular Joint Dysfunction With the Sagittal Split Ramus Osteotomy (2002). Dr. C.____ erachtete diesen Artikel hingegen als nicht aussagekräftig genug, um allein gestützt darauf die Wirksamkeit der Behandlung nachzuweisen, da es sich namentlich um eine lediglich retrospektive Untersuchung von zehn Patienten nach sagittaler Spaltung handle, kein Vergleichskollektiv bestehe und nicht bekannt sei, an welcher Form der kranio-mandibularen Dysfunktion die Patienten gelitten hätten. Er legte seinerseits eine Literaturliste mit diversen Publikationen ins Recht. Von diesen 34 Publikationen würden 13 auf mögliche günstige Effekte der orthognathen Chirurgie in Bezug auf vorbestehende Kiefergelenkskrankungen hinweisen, in 14 Publikationen sei diesbezüglich keine eindeutige Aussage möglich und in 7 Publikationen hätten sich vorwiegend ungünstige Effekte oder gar schwerwiegende Komplikationen gezeigt. Aufgrund der Heterogenität dieser Studien und der Uneinheitlichkeit der Studienkriterien könne keine evidenzbasierte Aussage gemacht werden, ob eine kombinierte kieferorthopädische/-chirurgische

Behandlung wirksam im krankenversicherungsrechtlichen Sinne sei. Exemplarisch dafür zeige sich im Artikel von Liu A. et al. , The effect of orthognathic surgery on temporomandibular joint function (2000), dass die Auswirkungen von orthognathen Chirurgie in Bezug auf Kiefergelenksbeschwerden unvorhersehbar seien und demzufolge ein grosses Problem darstellen würden. Dr. D.____ interpretierte die gelistete Literatur dahingehend, als dass die Wirksamkeit der orthognathen Chirurgie umstritten sei, hingegen eine Tendenz zum positiven Verlauf bestehe. So könnten etwa Patienten, welche sich einer orthognathen Chirurgie unterziehen und Kiefergelenksbeschwerden haben, gemäss der Publikation von Kalha A. , Orthognathic treatment and temporomandibular disorders (2010), postoperativ eher eine Verbesserung ihrer Probleme erwarten als eine Verschlechterung, wohingegen sich entsprechend den Ausführungen von Dolwick et al. , Orthognathic Surgery as a Treatment for Temporomandibular Disorders (2018), lediglich keine Verschlechterung von Kiefergelenksbeschwerden gezeigt habe. Dr. C.____ bringt in diesem Zusammenhang vor, dass die Autoren im zuletzt erwähnten Artikel zur Erkenntnis gelangt seien, dass orthognathe Chirurgie nicht der primären Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen dienen soll. Diese Erkenntnis korrespondiert darüber hinaus mit der eingangs erwähnten klassischen Behandlungsstrategie einer Diskusluxation, welche eine konservative Physiotherapie und/oder die Verwendung einer Positionsschiene umfasse.

8.2.2 Die vorstehenden Ausführungen zeigen, dass die Wirksamkeit der kieferorthopädischen/-chirurgischen Behandlung in Bezug auf die bestehende Diskusluxation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist. Soweit Dr. D.____ ausführt, ihm erscheine die von Prof. Dr. B.____ gewählte Abfolge der Behandlung logisch, handelt es sich um eine persönliche Einschätzung, welche die Wirksamkeit der Behandlung alleine nicht auszuweisen vermag. Die durch den Gutachter zitierte Literatur, welche seinen Standpunkt untermauert, kann an diesem Umstand ebenso wenig ändern wie die Ausführungen von Prof. Dr. B.____, wonach durch die Verbesserung der Verzahnungsverhältnisse eine Druckverminderung auf das Kiefergelenk erreicht werde und deshalb von einer wirksamen Behandlung der vorliegenden Kiefergelenkspathologie auszugehen sei. Die bestehende Kontroverse wird insofern deutlich, als dass Dr. C.____ der Ansicht ist, die Wirksamkeit der Behandlung sei wissenschaftlich nicht nachgewiesen und für seine Auffassung ebenfalls Literatur ins Recht legen kann. Ein Konsens in Bezug auf eine breit abgestützte, wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit der Behandlung ist bei dieser Sachlage folglich nicht auszumachen. Es handelt sich dabei vielmehr um eine kontrovers diskutierte Thematik, was durch Dr. D.____ bereits zu Beginn seiner Ausführungen in der ergänzenden Stellungnahme zum medizinischen Gutachten vom 22. März 2020 auch entsprechend festgehalten wurde. Soweit sich die Beschwerdeführerin auf den Bericht von Dr. F.____ vom 15. Januar 2019 beruft, kann sie nichts zu ihren Gunsten ableiten, zumal sich dieser nicht zur Wirksamkeit der Behandlung äussert.

E. 8.3

Im Übrigen macht die Beschwerdeführerin geltend, dass sich ihr Gesundheitszustand durch die bimaxilläre Umstellungsosteotomie deutlich verbessert habe, weshalb von der Wirksamkeit der Behandlung auszugehen sei. Sie verkennt dabei jedoch, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei der Beurteilung, ob eine Behandlung nunmehr wirksam im krankenversicherungsrechtlichen Sinne ist, der individuellen Betrachtungsweise kein massgebendes Gewicht zukommt. Insofern darf nicht gestützt auf das Ergebnis einer Erfolgskontrolle, welche im Anschluss an die Behandlung stattfindet, darüber entschieden werden, ob die jeweilige medizinische Massnahme im konkreten Fall

als wirksam zu betrachten ist oder nicht. Entscheidend ist vielmehr, ob eine Behandlung von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird, um das angestrebte therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen (BGE 133 V 115 E. 3.2.1 f. mit Hinweisen). Dies ist aber mit Blick auf die hier vorstehenden Ausführungen zu verneinen.

E. 8.4

Soweit sich die Beschwerdeführerin auf das Urteil des Kantonsgerichts vom 24. Januar 2018, E. 6.2 (730 17 291) beruft, ist ihr insofern zuzustimmen, als dass aufgrund der angeführten Literatur die Wirksamkeit von kieferorthopädischen Behandlungen in diesem konkreten Fall nicht ausgeschlossen werden konnte und demzufolge weitere Abklärungen notwendig waren. Daraus kann sie jedoch nichts zu ihren Gunsten ableiten.

E. 8.5

Insgesamt resultiert, dass es sich bei der kieferorthopädischen Vorbehandlung mit anschliessender bimaxillärer Umstellungsosteotomie nicht um eine wirksame Behandlung einer Diskusluxation im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG handelt. Demzufolge erübrigen sich weitergehende Ausführungen zur Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der betreffenden Behandlung. Die Voraussetzungen einer Kostenübernahme gestützt auf Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV sind damit nicht erfüllt.

E. 9

Ausserdem ist anzuführen, dass sich den Akten keine Hinweise für ein bestehendes Geburtsgebrechen entnehmen lassen. Insofern ist eine Prüfung der Kostenübernahme gestützt auf Art. 19a KLV, wie sie sinngemäss von Dr. D. ____ am Ende seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. März 2020 zur Diskussion gestellt wurde, nicht angezeigt.

E. 10

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es sich bei der kieferorthopädischen Vorbehandlung mit anschliessender bimaxillärer Umstellungsosteotomie um eine zahnärztliche Behandlung handelt, für welche keine Leistungspflicht gestützt auf Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. d Ziff. 1 KLV (Kiefergelenksarthrose) respektive Art. 17 lit. f. Ziff. 2 KLV (schwere Schluckstörung) besteht. Soweit die Beschwerdeführerin eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV (Diskusluxation) geltend macht, ist die Wirksamkeit der Behandlung nicht rechtsgenügend ausgewiesen. Daraus folgt, dass die Progrès ihre Leistungspflicht mit Einspracheentscheid vom 17. Januar 2019 zu Recht abgelehnt hat. In diesem Sinne ist die Beschwerde abzuweisen. 11.1 Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. Das Verfahren ist für die Parteien gemäss Art. 61 lit. a ATSG kostenlos, sodass keine Verfahrenskosten zu erheben sind. 11.2 Im Zusammenhang mit den Kosten für die gerichtliche Begutachtung ist Art. 45 Abs. 1 ATSG zu beachten. Dieser Bestimmung zufolge hat der Versicherungsträger die Kosten einer Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so hat er deren Kosten dennoch zu übernehmen, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Dem Wortlaut dieser Bestimmung folgend hat grundsätzlich diejenige Behörde die Kosten zu tragen, welche die entsprechenden Abklärungen hätte vornehmen müssen. Voraussetzung einer Überbindung der Kosten an einen Versicherungsträger ist demnach, dass dessen Abklärungen lückenhaft oder ungenügend waren und ein gerichtliches Gutachten die erkannten Mängel beheben kann

(BGE 137 V 210 E. 4.4.2; Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juli 2016, 8C_349/2016, E. 2.2). Dabei wird indessen nicht verlangt, dass mit der Massnahme neue, von den bisherigen Resultaten abweichende Ergebnisse gewonnen werden. Es reicht vielmehr aus, wenn die so gewonnenen Ergebnisse für die Abklärung "verwendbar" sind. Auch wird für eine Kostenübernahme nicht vorausgesetzt, dass in der Folge eine Leistungszusprache erfolgte (Kieser Ueli, a.a.O., zu Art. 45, Rz. 20 und 27 ff.). Vorliegend gelangte die Instruktionsrichterin mit Verfügung vom 16. Mai 2019 zum Schluss, dass ein Sachentscheid gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Hintergrund bildete der Umstand, dass zwischen den beteiligten Ärzten ein Meinungsstreit bestanden hat, ob es sich bei der kieferorthopädischen Vorbehandlung mit anschliessender bimaxillärer Umstellungsosteotomie nunmehr um eine ärztliche oder um eine zahnärztliche Behandlung gehandelt, und ob - sofern von einer zahnärztlichen Behandlung ausgegangen würde - eine Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 17 KLV vorgelegen hat. Mit Blick auf diese Unklarheiten erwies sich deshalb ein gerichtliches Gutachten in der Disziplin Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie als unerlässlich. Nach durchgeführtem Schriftenwechsel im Anschluss an die Erstattung des Gerichtsgutachtens gelangte das Kantonsgericht mit Schreiben vom 25. Februar 2020 zum Ergebnis, dass nach wie vor strittig sei, ob die Behandlung der Versicherten als notwendig, zweckmässig und wirksam anzusehen sei, und ob eine schwere Schluckstörung im Sinne von Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV vorliege. Das Gericht ersuchte den Gutachter in der Folge um Stellungnahme zu den entsprechenden Fragestellungen, zumal es sich ohne ergänzende Einschätzung weiterhin nicht in der Lage sah, den medizinischen Sachverhalt zu klären. Im Lichte der vorstehend geschilderten Rechtslage sind die aufgrund der gerichtlichen Begutachtung entstandenen Kosten, welche sich insgesamt auf Fr. 8'460.-- belaufen (Rechnungen von Dr. D. ____ vom 12. Oktober 2019 und 22. März 2020), der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 11.3 Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist keine Parteienschädigung auszurichten. Demgemäss wird erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung in der Höhe von insgesamt Fr. 8'460.-- werden der Progrès Versicherungen AG auferlegt. 4. Eine Parteienschädigung wird nicht zugesprochen. Gegen dieses Urteil wurde am 23. Oktober 2020 Beschwerde an das Bundesgericht erhoben (vgl. nach Vorliegen des bundesgerichtlichen Urteils 9C_666/2020).

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