

GR_GERICHTE S 2010 45 vom 16. November 2010

GR Gerichte, 2010-11-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2010 45](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2010_45)

FR: GR_GERICHTE S 2010 45 du 16 novembre 2010

IT: GR_GERICHTE S 2010 45 del 16 novembre 2010

Regeste

Versicherungsleistungen nach KVG | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 3

In ihrer Vernehmlassung beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin begründe die ausgeprägte Micrognathia inferior mit dem Overjet von 16 mm. Die entsprechende Ausprägung bemesse sich aber nicht nach dem Overjet, sondern nach dem ANB-Winkel. Die Ziff. 208 GgV verlange dafür einen Winkel von mindestens 9 Grad (bzw. 7 Grad bei Kombination mit Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad). Bei der Beschwerdeführerin sei der Overjet zudem auf die Protrusion der Oberfrontzähne und somit auf ein dentales Problem und nicht skelettales Problem im Sinne einer schwerwiegenden Kieferfehlstellung zurückzuführen (so auch Dr. ... im Bericht vom 28.01.2010 mit Anschauungsfotos). Gemäss Dr. ... sei der ANB-Winkel maximal 5 Grad. Die Qualität der Fernröntgen sei hier nicht entscheidend, da eine Beurteilung habe vorgenommen werden können und kein Grenzfall vorliege. Die Beschwerdeführerin leide daher laut Dr. ... an einer leichten bzw. mittelschweren Micrognathia inferior bei stark protrudierten Oberkieferfrontzähnen. Nach dem Abklärungsbericht von Dr. ... vom 28.09.2005 sei die Behandlung aufgrund kaufunktioneller Beschwerden, insbesondere Schluckproblemen notwendig. Gleicher Meinung sei auch Dr. ... im Bericht vom 20.12.2007. Erst nach der Ablehnung der Kostenübernahme habe der Hausarzt Dr. ... am 16.06.2008 auf in den letzten Jahren vermehrt aufgetretene Nasennebenhöhleninfekte aufgrund erschwerter Nasenatmung wegen ausgeprägter Kieferfehlstellung hingewiesen. Die leichte bis mittelgradige Micrognathia sei aber nicht geeignet, solche Nasennebenhöhleninfekte zu verursachen. Diese Feststellung werde sowohl von Dr. ... im Bericht vom 12.12.2008 als auch von Dr. ... im Bericht vom 28.01.2010 bestätigt. Gegen einen derartigen Kausalzusammenhang spreche auch, dass die Nasennebenhöhleninfekte erst seit 4-5 Jahren vorhanden seien, die Micrognathia inferior aber schon viel früher bestanden habe. Auch die Beschwerden an der Halswirbelsäule seien erst nach der Ablehnung der Kostengutsprache geltend gemacht worden. Angeblich hätten sich die Beschwerden nach der Operation verbessert, woraus die Chiropraktikerin Dr. ... eine Kausalität ableite, was nicht zulässig sei, da auch ganz andere Gründe für diese Verbesserung denkbar und möglich seien (vgl. auch BG-Urteil vom 16.08.2005 [K 1/05]). Die

Beschwerdeführerin sei seit 1998 in chiropraktischer Behandlung wegen verschiedener Beschwerden im Rückenbereich. Nach der Operation habe sich das Beschwerdebild auf ein spondylogenes Thorakovertebralsyndrom konzentriert. Mithin sei es genauso wahrscheinlich, dass die anderen Rückenprobleme kausal für die Beschwerden an der

Halswirbelsäule (HWS) seien, zumal das Beschwerdebild nach der Operation abgeschwächt immer noch bestehe. Zudem seien bei der Beschwerdeführerin nie Kiefergelenksbeschwerden mit gleichzeitig auftretenden HWS-Beschwerden diagnostiziert worden. Gemäss Bericht von Dr. ... vom 12.12.2008 gäbe es viele andere Ursachen für diese Schmerzen. Ein Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden der HWS und der Micrognathia inferior werde als nicht überwiegend wahrscheinlich erachtet. Auch eine Gaumentraumatisierung sei nicht belegt. Laut Dr. ... zeigten die Gipsmodelle vor der Operation keinen direkten Kontakt mit Gaumenschleimhaut und einen Mindestabstand von 1 mm. Auch seien auf den Fotos keine blutenden Stellen im Gaumen sichtbar. Der Ansatzpunkt liege somit hier an den Zähnen (Kieferorthopädie), ebenso wie die therapeutische Zielsetzung im Bereich der Zähne bzw. des Gebisses (Verbesserung der Zahnstellung und Kaufähigkeit) liege. Die kieferorthopädische Behandlung und die kieferchirurgische Operation seien damit klarerweise als zahnärztliche Behandlungen im Sinne von Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV zu qualifizieren. Dagegen sei keine schwere Schluckstörung im Sinne von Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV gegeben. Die Korrektur des Distalbisses (chirurgischer Eingriff sowie kieferorthopädische Behandlung) seien demnach keine Pflichtleistungen, weshalb kein Anspruch auf die beantragte Kostenübernahme bestehe.

E. 4

Am 26.05.2010 verzichtete die Beschwerdeführerin auf eine Replik. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. a) Nach Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer

Folgen dienen (Allgemeine Leistungen bei Krankheit). Davon zu unterscheiden gilt es die Leistungen für zahnärztliche Behandlungen. Gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist (lit. a); oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (lit. b); oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (lit. c). Gemäss Art. 31 Abs. 2 KVG übernimmt sie auch die Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall [...] verursacht worden sind. Präzisierend wird in Art. 17 Abs. 1 Satz 2 der zugehörigen Krankenpflege- Leistungsverordnung (KLV) dazu noch bestimmt, dass die Voraussetzung für eine obligatorische Leistungspflicht die Erreichung eines Krankheitswertes sei, namentlich auch bei Erkrankungen des Kausystems. Laut Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV sind u.a. auch Dysgnathien, die zu „schweren Störungen des Schluckens“ führen, leistungspflichtig, falls sie Krankheitswert erreichen. Nach Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV übernimmt die Versicherung auch die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, die durch ein Geburtsgebrehen bedingt sind, wenn die Behandlung nach dem 20. Lebensjahr notwendig ist. Gemäss Art. 19a Abs. 2 Ziff. 20 KLV zählt zu den Geburtsgebrehen auch die Micrognathia inferior congenita mit im ersten Lebensjahr auftretenden behandlungsbedürftigen Schluck- und Atemstörungen. Vorausgesetzt wird dabei, dass eine kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens 9 Grad (bzw. von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad) ergibt. b) Das Vorliegen einer Micrognathia inferior (Unterkieferproblematik) ist zwar allseits unbestritten; nicht aber deren Intensität. Die Beschwerdeführerin geht nämlich von einer

ausgeprägten, die Beschwerdegegnerin lediglich von einer leichten bis mittelgradigen Behinderung aus. Während die Beschwerdeführerin ferner die Übernahme der Kosten für den chirurgischen Eingriff vom 11.02.2008 gestützt auf Art. 25 KVG (ärztliche Behandlung) verlangt, liegt nach Auffassung der Vorinstanz eine zahnärztliche Behandlung nach Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV vor, wobei die Existenz einer „schweren Schluckstörung“ im Sinne von Art. 17 lit. f. Ziff. 2 KLV zu verneinen sei und die Beschwerdegegnerin damit nicht leistungspflichtig sei. Aufgrund der Fernröntgenanalyse liege nicht eine ausgeprägte, sondern bloss eine leichte bis mittelgradige Micrognathia inferior vor, welche die Kriterien für ein Geburtsgebreechen (Ziff. 208 Gg) und damit auch die Kriterien für eine Leistungspflicht nach Art. 19a Ziff. 20 nicht erfüllten. Der ANB-Winkel betrage max. 5° Grad. Auch wenn die betreffende Fernröntgenanalyse – wie die Beschwerdeführerin dartut - qualitativ noch genauer und aussagekräftiger hätte erstellt werden können, ändert dies aber nichts daran, dass immerhin eine Prüfung der geklagten Unterkieferproblematik samt Schluckstörung stattfand und daher gestützt auf medizinische Fakten die einleuchtende Schlussfolgerung gezogen werden konnte, dass die Beschwerdeführerin nur an einer leichten bis mittelgradigen Micrognathia leide, welche die verlangte Intensität für die Bejahung eines Geburtsgebreechens eben noch nicht erreicht bzw. erfüllt hat. c) Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung sind für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung der Behandlung massgebend (BGE 128 V 145 E. 4b; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Basel 2007, Rz. 448-451 S. 548-550). Stellt man zuerst auf den Ansatzpunkt ab, so sind zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich therapeutische Vorkehren am Kausystem. Darunter fallen die Behandlungen der Zähne, des Zahnhalteapparats sowie die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (BGE 120 V 195 E. 2b). Eine zahnärztliche therapeutische Zielsetzung liegt vor, wenn die Behandlung die Zähne als solche oder ihre vordringliche Funktion zur Zerkleinerung der Nahrung (wie Verbesserung der Bissverhältnisse) betrifft. Demgegenüber geht man von einem ärztlichen Ansatzpunkt bei Behandlungen im Mund- und Kieferbereich aus, die nicht an den Zähnen oder am Zahnapparat ansetzen. Die therapeutische Zielsetzung bei ärztlichen Behandlungen betrifft diagnostische und therapeutische Vorkehren (wie das Anbringen einer

Aufbisschiene), welche nicht in erster Linie den Zähnen oder der Verbesserung ihrer Funktion bei der Zerkleinerung der Nahrung dienen (vgl. BGE 128 V 146 E. 4b/cc; ferner VGU S 07 78 und S 09 176). d) Vorliegend hat die Vorinstanz gestützt auf die schlüssigen und umfassenden Beurteilungen ihres Vertrauensarztes Dr. ... im Abklärungsbericht vom 12.12.2008 und Dr. ... im Bericht vom 28.01.2010 nachvollziehbar und einleuchtend begründet, weshalb nicht von einer ärztlichen, sondern von einer zahnärztlichen Behandlung auszugehen ist. In diesem Sinne nahm Dr. ... auch zu der von Dr. ... am 28.09.2005 erwähnten Gaumentraumatisierung Stellung. Er hielt dazu fest, dass eine solche unter Umständen bei harter Kost schon erfolgen könne, die Gipsmodelle vom 04.05.2005 vor der kieferorthopädischen Behandlung aber keinen direkten Kontakt mit der Gaumenschleimhaut und den Mindestabstand von 1 mm zeigten. Nach durchgeführter kieferorthopädischer Vorbehandlung (Modelle vom 23.03.2007) sei sogar ein Abstand von 2-3 mm zwischen den Oberkieferfrontzähnen und der Gaumenschleimhaut sichtbar. Auch auf den mitgelieferten Fotos seien keine blutenden Stellen im Gaumen sichtbar, so dass in

diesem Fall auch kein Krankheitswert gemäss Art. 25 KVG bestehe. Zudem stellte Dr. ... fest, dass von der Patientin nie Kiefergelenksbeschwerden beschrieben worden seien, welche manchmal mit Halswirbelsäulenbeschwerden gemeinsam auftreten würden. Diese Einschätzung steht zwar im Widerspruch zu den Erkenntnissen der Chiropraktikerin Dr. ... am 18.03.2010; trotzdem erscheint sie dem Gericht als glaubhaft und materiell richtig, da diese Beurteilung den Wissenstand vom 12.12.2008 wiedergibt. Diese zeitliche Diskrepanz lässt den Schluss zu, dass die Leiden im HWS-Bereich erst im Verlaufe des Einsprache- und Beschwerdeverfahrens (2009-2010) manifest geworden sein können, was gegen eine Kausalität zwischen der Kieferproblematik und den eben erst später aufgetretenen HWS-Schmerzen spricht. Weiter ist noch besonders erwähnenswert, dass beide Fachärzte für Kiefer- und Gesichtschirurgie (Dres. ...) einhellig zum Schluss gelangten, dass die vom Hausarzt und Allgemeinpraktiker Dr. ... im Attest vom 16.06.2008 beschriebene Nasenatmungseinschränkung (samt Nasennebenhöhleninfekten) nicht im

Zusammenhang mit der Kieferfehlstellung (zahnärztlicher Ansatzpunkt Korrektur Oberkieferfrontzähne; mit therapeutischer Zielsetzung der Verbesserung der Kaufunktion) zu sehen sei, sondern viel eher auf rein lokalen Problemen (z.B. einer Muschelhyperplasie) beruhe. Ein Kausalzusammenhang zwischen der Micrognathia inferior und der erschwerten Nasenatmung wurde von beiden klarerweise darin ebenfalls verneint, weshalb auch keine ärztliche Behandlung nach Art. 25 KVG, sondern allenfalls eine zahnärztliche Behandlung nach Art. 31 KVG indiziert sei (zum Kausalitätsnachweis: BG-Urteil vom 16.08.2005 [K 1/05]). Angesichts dieser eindeutigen und überzeugenden Beurteilungen der Dres. ... und Tank für die Befürwortung einer zahnärztlichen Behandlungsbedürftigkeit nach Art. 31 KVG i.v.m. Art. 17 KLV gilt es aber immer noch zu klären, ob eine „schwere Schluckstörung“ und folglich ein konkreter Anwendungsfall von Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV („wegen einer Dysgnathie, die zu Störungen mit Krankheitswert führt“) zu bejahen gewesen wäre. e) Der Begriff einer „schweren Schluckstörung“ ist laut Rechtsprechung mit einer massiven Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme bzw. des spontanen Schluckens von Speichel verbunden (so bereits: BG-Urteile vom 19.02.2003 [K 56/01], vom 25.03.2002 [K 4/00], vom 04.12.2001 [K 17/98] und im Besonderen vom 26.05.2003 [K 111/02] E. 4.2). Nicht unter diesen Begriff fallen aber Kaubeschwerden. Kauen und Schlucken sind verschiedene Vorgänge mit unterschiedlichen beteiligten Organen. Es können nur Kaubeschwerden, nur Schluckbeschwerden oder aber beides gleichzeitig vorliegen. Unter den für eine Leistungspflicht nach Art. 17 lit. f. Ziff. 2 KLV vorausgesetzten schweren Störungen des Schluckens sind Störungen bei der Beförderung zerkauter Speisen in die Speiseröhre oder von dort in den Magen sowie beim Schlucken von Speichel zu verstehen. Die fachärztlichen Berichte der Dres. ... geben darüber ebenfalls zuverlässig Auskunft. So hielt namentlich Dr. ... fest, dass bei der Patientin eine leichte Behinderung der Kaufunktion bestehe, indem insbesondere die Abbeissfunktion durch die Mikrognathie des Unterkiefers in Kombination mit der ausgeprägten Protrusion der oberen Frontzähne und der Elongation der unteren Frontzähne

behindert gewesen sei. Die eigentliche Kaufunktion, welche mit den Molaren und Prämolaren erfolge, dürfte aufgrund der Gebissituation hingegen nicht behindert gewesen sein. Eine derartige Einschränkung der Kaufunktion stelle keine „Schwere Störung des Schluckens“ gemäss Art. 17 lit. f. Ziff. 2 KLV dar. Der Kauakt und der Schluckakt seien zwei eigenständige Funktionen, wobei eine schwere Störung des Schluckens nicht durch eine leichte Einschränkung der Kaufunktion verursacht werde, sondern in der Regel andere

Ursachen habe (z.B. neurologische Erkrankungen oder schwere Mikrognathie des Unterkiefers bei Geburt). In Würdigung dieses Arztberichts kann jedoch noch nicht von einer schweren Erkrankung des Kausystems bzw. von einer schweren Beeinträchtigung des Schluckapparats bei der Beschwerdeführerin die Rede sein. Eine obligatorische Leistungspflicht nach Art. 17 lit. f. Ziff. 2 KLV muss damit verneint werden, da weder eine besondere Schwere noch ein Schluckleiden mit Krankheitswert bejaht werden kann. f) Weshalb die beiden Fachärzte für Kiefer- und Gesichtschirurgie nicht für die Beurteilung der Unterscheidung zwischen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen kompetent gewesen sein sollten, ist für das Gericht nicht ersichtlich, sind beide Ärzte doch ausgewiesene und erfahrene Mediziner mit teils sogar zweifacher Berufsausbildung (Arzt und Dentist). An deren Gesamtwürdigung vermögen namentlich auch die früheren Berichte von Dr. ... vom 28.09.2005 sowie das Gesuch von Dr. ... um nochmalige Prüfung der Angelegenheit vom 20.12.2007 nichts zu ändern, weil die von Dr. ... diagnostizierte Gaumentraumatisierung nicht klinisch belegt wurde und Dr. ... lediglich auf die Möglichkeit einer kieferorthopädischen Verbesserung der verminderten Kaufähigkeit bei der Beschwerdeführerin hinwies. Der von der Chiroprakterin Dr. ... im Bericht vom 18.03.2010 behauptete Kausalitätsnachweis für eine Verbindung zwischen den Unterkieferproblemen und den von ihr behandelten HWS- und Kopfschmerzen konnte ebenfalls nicht erbracht werden, da dafür auch ganz andere Beschwerdeursachen verantwortlich sein könnten (vgl. nochmals BG-Urteil vom 16.08.2005 [K1/05] E. 3 in fine sowie bereits zitierter Arztbericht von Dr. ... vom 28.01.2010 S. 2).

g) In BGE 130 V 459 hat sich die höchstrichterliche Rechtsprechung zudem noch vertieft mit dem in Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV vorgesehenen Erfordernis der Notwendigkeit der zahnärztlichen Behandlung nach dem 20. Lebensjahr auseinander gesetzt. Sie ist darin zum Schluss gelangt, dass eine Behandlung eines Geburtsgebrechens - wozu auch die *micrognathia inferior [congenita]* laut Art. 19a Abs. 2 Ziff. 20 zählt – nach der erwähnten Alterslimite aber nur dann als „notwendig“ bezeichnet werden kann, wenn sie aus medizinischen Gründen einen Eingriff erst in diesem Zeitpunkt erfordert (BGE 130 V 461 E. 1.2). Werde trotz Vorliegens der medizinischen Bedingungen für die Behandlung damit aber über Jahre oder sogar Jahrzehnte zugewartet, sei die Notwendigkeit der zahnärztlichen Behandlung nicht mehr gegeben (BGE 130 V 464 E. 3). Im Zeitpunkt der Diagnosestellung (2008) war die heute 51-jährige Beschwerdeführerin bereits im 49. Lebensalter. Keinesfalls kann eine Behandlung in diesem fortgeschrittenen Alter noch als „durch ein Geburtsgebrecchen bedingte nach dem 20. Lebensjahr notwendige zahnärztliche Behandlung“ im Sinne von Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV taxiert werden. Sinn und Zweck dieser Bestimmung ist es nämlich, zu ermöglichen, dass solche Zahnbehandlungen unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit im aus medizinischer Sicht richtigen Zeitpunkt vorgenommen werden können. Wie den Materialien zu entnehmen ist, sollen Behandlungen von Geburtsgebrecchen im Kiefer- und Gesichtsbereich grundsätzlich so geplant und durchgeführt werden, dass sie bis zur Vollendung des 20. Altersjahres und damit bis zum Ende der Leistungspflicht der Invalidenversicherung abgeschlossen werden können. Im konkreten Fall sind zu keinem Zeitpunkt irgendwelche Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung bezüglich Geburtsgebrecchen erhoben worden, weshalb der Anspruch des Beschwerdeführerin auf Leistungen aus KVG eindeutig als verspätet taxiert werden muss. Abgesehen davon ermittelte Dr. ... bloss einen ANB-Winkel von maximal 5 Grad, womit die verlangte Abweichung von mind. 9 Grad (bzw.

E. 7

Grad bei Kombinationen) für behandlungsbedürftige Schluck- und Atemstörungen nach Art. 19a Abs. 2 Ziff. 20 KLV auch graduell (materiell) nicht erreicht worden wäre und somit eine Leistungspflicht der Vorinstanz auch unter diesem Aspekt nicht gerechtfertigt gewesen wäre. Auch mit dem

Einwand eines Geburtsgebrechens nach Ziff. 208 GgV stösst die Beschwerdeführerin somit ins Leere. 2. a) Der angefochtene Einspracheentscheid vom 18.02.2010 erweist sich folglich in jeder Beziehung als rechtmässig und vertretbar, was zu seiner Bestätigung und zur Abweisung der Beschwerde vom 15.03.2010 führt. b) Gerichtskosten werden nicht erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren nach Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) grundsätzlich kostenlos ist. Eine aussergerichtliche Entschädigung steht der Vorinstanz nicht zu (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG). Demnach erkennt das Gericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Kosten erhoben.

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