

# GR\_GERICHTE S 2018 155 vom 5. Juni 2019

GR Gerichte, 2019-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2018\\_155](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2018_155)

FR: GR\_GERICHTE S 2018 155 du 5 juin 2019

IT: GR\_GERICHTE S 2018 155 del 5 giugno 2019

## Regeste

Versicherungsleistungen nach KVG | Krankenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_ am 31. Mai 2017 Einsprache und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben bzw. das Verfahren bis zum Vorliegen der Abklärung ihres Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ zu sistieren. Am 7. Juni 2017 sistierte die B.\_\_\_\_\_ AG das Einspracheverfahren bis zum Vorliegen des Berichts von Dr. med. D.\_\_\_\_\_.

### E. 3.1

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. Im Vordergrund stehen die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, dann aber auch der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag von Ärzten und Ärztinnen Leistungen erbringen. Zahnärztliche Behandlungen sind grundsätzlich keine gesetzlichen Pflichtleistungen (vgl. BGE 125 V 278 E.6 mit weiteren Hinweisen). Das KVG sieht allerdings in Art. 31 Abs. 1 Ausnahmen vor (vgl. EUGSTER, in: MEYER (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, Basel 2016, S. 552 Rz. 478). Danach werden die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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).

- 9 -

### E. 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 Eidgenössischen 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; SR 832.102]).

### **E. 3.3**

Das EDI listete in der von ihm erlassenen Krankenpflege-Leistungs-verord- nung (KLV; SR 832.112.31) die oben genannten zahnärztlichen Behand- lungen in den Art. 17 - 19 auf. In Art. 17 KLV werden die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems aufgezählt, bei denen dar- aus resultierende zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Die Enumeration dieser Krankheiten wird gegliedert. In Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV sind die Erkrankun- gen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien) zufolge irreversibler Ne- benwirkungen von Medikamenten erwähnt. Art. 18 KLV listet die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen auf, die zu zahnärztlicher Behand- lung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpfle- geversicherung zu tragen sind. Die Enumeration dieser Krankheiten wird ebenfalls gegliedert. In Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 KLV wird die chronische Polyarthrititis mit Kieferbeteiligung aufgezählt und in Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV werden Speicheldrüsenerkrankungen genannt. Art. 19 KLV nennt schliess- lich die schweren Allgemeinerkrankungen, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger Bestandteil der ärztlichen Behandlung darstellt. Die in der KLV enthaltene Liste der Erkrankungen, welche zu einer Pflicht- leistung der Krankenkasse führen, ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung abschliessend konzipiert (vgl. BGE 127 V 328 E.3a; 127 V 339 E.3b; 124 V 185 E.4). Diese Praxis hat zur Folge, dass zahnärztliche Behandlungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht

- 10 - übernommen werden, wenn die Krankheit, welche den Anlass zur Behand- lung gibt, in den Art. 17 - 19 KLV nicht erwähnt ist (vgl. Entscheid des Kan- tonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 24. Januar 2018 [730 17 291/28] E.2.4 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 3.4**

Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV löst nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems Pflichtleistungen aus. Nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kausystemerkrankung muss unvermeidbar gewesen sein. Dies geht aus dem klaren Wortlaut des Gesetzes sowie der parlamentarischen Debatte über Art. 31 KVG hervor, bei der die Mehrheit in den Räten die Auffassung vertrat, dass vermeidbare Erkrankungen des Kausystems, wie Karies, generell nicht zu den Pflicht- leistungen der Krankenkassen gehören. Zudem ergeben auch Sinn und Zweck der Verordnungsbestimmung, dass der Grund für die Zuordnung zu den Pflichtleistungen darin zu sehen ist, dass die versicherte Person für die Kosten der zahnärztlichen Behandlung dann nicht soll aufkommen müs- sen, wenn sie an einer nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems leidet, die durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen be- dingt ist. Dieser Auslegung liegt somit der Gedanke zur Grunde, dass von einer versicherten Person eine genügende Mundhygiene erwartet wird. Diese verlangt Anstrengungen in Form täglicher Verrichtungen, namentlich die Reinigung der Zähne, die Selbstkontrolle der Zähne, soweit dem Laien möglich, in Form des Ganges zum Zahnarzt, wenn sich Auffälligkeiten am Kausystem zeigen, sowie in Form von periodischen Kontrollen und Be- handlungen durch den Zahnarzt (einschliesslich einer periodischen profes- sionellen Dentalhygiene). Sie richtet sich nach dem jeweiligen Wissens- stand der Zahnheilkunde. Was die Vermeidbarkeit anbelangt, fällt darunter alles, was durch eine genügende Mund- und Zahnhygiene vermieden wer- den könnte. Abzustellen ist dabei grundsätzlich auf eine objektive Vermeid- barkeit der Kausystemerkrankung. Massgebend ist demzufolge, ob

bspw. Karies oder Parodontitis hätte vermieden werden können, wenn die Mund- und Zahnhygiene genügend gewesen wäre, dies ohne Rücksicht darauf,

- 11 - ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldbar zu betrachten ist. Dazu gehört eine allgemein übliche genügende Mund- und Zahnhygiene. Dies will indessen nicht heissen, dass eine versicherte Person, die auf Grund ihrer Konstitution, durchgemachten Krankheiten oder durchgeführten Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen hat, es mit der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen kann. Die Mundhygiene muss aber in jedem Fall sowohl in der täglichen Durchführung wie auch hinsichtlich des periodischen Ganges zum Zahnarzt und der Dentalhygiene in vernünftigem und zumutbarem Rahmen bleiben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_606/2007 vom 31. Januar 2008 E.4 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 3.5**

Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV löst, obschon in diesen Bestimmungen nicht ausdrücklich erwähnt, analog zu Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems Pflichtleistungen aus. Nochmals zu betonen ist dabei, dass nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kausystemerkrankung unvermeidbar gewesen sein muss (vgl. BGE 128 V 59 E.4a; 128 V 70 E.4a).

### **E. 3.6**

Eine weitere Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist, dass die erbrachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG).

### **E. 4**

In den Arztberichten vom 28. Juni 2017 und 28. November 2017 stellte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bei A. \_\_\_\_\_ eine schwere Polyarthritis mit Hyperurikämie fest und diagnostizierte zusätzlich eine Herzinsuffizienz wyha 2-3, eine chronische Niereninsuffizienz Stadium 3, ein Asthma bronchiale, eine Migräne mit Aura sowie eine medikamentös kompensierte Hypothyreose. A. \_\_\_\_\_ sei wegen diesen Krankheiten auf multiple Medikamente angewiesen, die eine Reduktion der Speichelproduktion bewirkten. Die kariösen Zähne seien einerseits krankheitsbedingt (Arthritis) und andererseits als Nebenwirkung der Medikamente zu werten.

### **E. 4.1**

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. Das heisst sowohl die Krankenkasse wie auch das Sozialversicherungsgericht haben von sich aus, ohne Bindung an die Parteibehörden, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhalts zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, in

- 12 - 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

gegebenfalls andere Fachpersonen zur Verfügung zu stellen haben (vgl. LOCHER/GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, § 70 Rzn. 2 ff. und 8 f. mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 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 Rechtsanspruchs gestatten. Dabei ist gerade hinsichtlich des Beweiswerts 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 (vgl. BGE 125 V 351 E.3a; 122 V 157 E.1c; je mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 4.3**

Schliesslich darf das Sozialversicherungsgericht eine rechtserhebliche Tatsache erst dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist. Dabei hat es seine Entscheidung, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossige Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. LOCHER/GÄCHTER, a.a.O., § 70 Rz. 58 mit weiteren Hinweisen).

- 13 -

#### **E. 5**

Am 28. November 2017 begründete A.\_\_\_\_\_ ihre Einsprache vom 31. Mai 2017. Sie hielt fest, dass sie an einer schweren Polyarthrititis mit Hyperurikämie leide, weshalb Art. 18 Abs. 1 lit. c KLV einschlägig sei. Weiter könne der Grund der Mundtrockenheit (Sjögren-Syndrom) der arthritischen Krankheit zugeordnet werden. Somit komme auch Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV zur Anwendung.

#### **E. 5.1**

Vorliegend ist zunächst festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. November 2018 eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV (Erkrankungen des Zahnhalteapparates [Parodontopathien] zufolge irreversibler Nebenwirkungen von Medikamenten) für die zahnärztliche Behandlung zu Recht verneinte. Gemäss Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (herausgegeben von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO, 4. Aufl., 2018, S. 33 [nachfolgend: SSO-Atlas]) sind von dieser Bestimmung durch Medikamente verursachte, meist typische und irreversible Veränderungen an Gingiva und Schleimhaut erfasst. Dr. med. Dr. med. dent. C.\_\_\_\_\_ führte in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 21. März 2017 aus, dass bei der Beschwerdeführerin keine Veränderungen an Gingiva oder Schleimhaut vorlägen (vgl. beschwerdegegnerische Unterlagen [Bg-unterl.] 62). Demgegenüber ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin an Karies leidet. Karies ist

jedoch eine Schädigung am Zahn selbst und stellt keine Erkrankung des Zahnhalteapparates dar (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K104/99 vom 14. Dezember 2001 E.4b; Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 15. September 2016 [730 16 58] E.5.3.2 mit weiteren Hinweisen). Karies als Zahnschaden ist somit nicht den Parodontopathien gleichzustellen und folglich nicht unter Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV zu subsumieren. Etwas Gegenteiliges wird von der Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde denn auch nicht geltend gemacht.

## **E. 5.2**

An dieser Stelle ist sodann darauf hinzuweisen, dass die zahnärztliche Behandlung von Karies und anderen nicht in Art. 17 KLV genannten Zahnschäden trotz allem eine Pflichtleistung sein kann. Von einer "Vermutung" der Vermeidbarkeit von Karies kann nicht ausgegangen werden. Vielmehr gibt es Formen vermeidbarer und nicht vermeidbarer Karies. So machte der Ordnungsgeber mit der Aufnahme von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV offensichtlich auch die Behandlung von Karies und anderen Zahnschäden zur Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Er er-

- 14 - kannte, dass Speicheldrüsenerkrankungen und die daraus folgende Mundtrockenheit zu nicht vermeidbaren Zahnschäden führen können (vgl. BGE 128 V 59 E.6a). Es ist somit zu prüfen, ob die Voraussetzungen von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV für eine Kostenübernahme der zahnärztlichen Behandlung erfüllt sind.

## **E. 5.3**

Gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV übernimmt die Krankenkasse die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese durch eine Speicheldrüsenerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist. Laut SSO-Atlas, S. 96, sind infektiöse (Bakterien, Viren, Pilze) und nicht-infektiöse Entzündungen (z.B. Sjögren-Syndrom, Graft-versus-Host Erkrankung), Steinbildungen sowie benigne und maligne Tumore von dieser Bestimmung erfasst. Dass die Beschwerdeführerin an einem Sjögren-Syndrom gelitten hat, ist aufgrund der medizinischen Akten nicht erstellt. Die Beschwerdegegnerin machte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ zwar mit Schreiben vom 7. Februar 2018 auf die fehlende Diagnose aufmerksam und bat ihn darum, das Vorliegen des Sjögren-Syndroms zu bestätigen sowie zu dokumentieren (vgl. Bg-unterl. 45). In seinem Antwortschreiben vom 21. Februar 2018 umschrieb Dr. med. D.\_\_\_\_\_ allerdings lediglich, wann ein Sjögren-Syndrom theoretisch auftreten kann und hielt fest, dass bei der Beschwerdeführerin ein mögliches sekundäres Sjögren-Syndrom in Frage komme (vgl. Bg-unterl. 39). Zudem lehnte der besagte Arzt mit Schreiben vom 26. Mai 2018 die von der Beschwerdegegnerin am 29. März 2018 verlangte Durchführung einer Speicheldrüsenbiopsie an der Beschwerdeführerin zum Nachweis des Sjögren-Syndroms ab (vgl. Bg-unterl. 33 und 38). Da im Sozialversicherungsrecht der übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit massgebend ist, genügt die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts den Beweisanforderungen nicht (vgl. E.4.3). Sind die Auswirkungen eines allfälligen Sjögren-Syndroms auf das Kausystem nicht hinreichend erstellt, muss die Beschwerdeführerin die Folgen der Beweislosigkeit tragen, da sie aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten möchte (vgl. BGE 117 V 261 E.3b mit weiteren Hinweisen). Vor diesem Hintergrund verneinte die Be-

- 15 - schwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. November 2018 eine Leistungspflicht gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV aufgrund eines Sjögren-Syndroms zu Recht. Beschwerdeweise wird denn auch von der Beschwerdeführerin nichts

Gegenteiliges vorgetragen. Was ferner die von der Beschwerdeführerin in der Beschwerde als Ursache für ihre Zahnschäden vorgebrachte Xerostomie anbelangt, ist festzuhalten, dass Dr. med. Dr. med. dent. C.\_\_\_\_\_ im Kostengutsprachege such für die zahnärztliche Behandlung vom 9. Februar 2017 ausführte, dass die Speicheluntersuchung vom 25. Januar 2017 einen Ruhespeichel von 0.017 ml/min und damit eine starke Hyposalivation in Ruhe sowie einen stimulierten Wert von 1.0 ml/min ergeben habe (vgl. beschwerdegegnerische Akten [Bg-act.] 3 und Bg-unterl. 29 und 64). Sodann teilte der Vertrauensarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin mit E-Mail vom 9. Juli 2018 mit, dass die Grenzwerte der Xerostomie bei 0.5 ml/min oder weniger für die stimulierte und bei 0.1 ml/min oder weniger für die unstimulierte Speichelmessung lägen, wobei bei diesen Werten auch eine gewisse Flexibilität gelte (vgl. Bg-unterl. 11; vgl. auch Bg-act. 8). Schliesslich bestätigte der besagte Vertrauensarzt in seiner E-Mail vom 4. September 2018 an die Beschwerdegegnerin die von Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ im Rahmen der am 19. Juli 2018 durchgeführten Speicheldrüsen-Flussrate-Bestimmung gestellte Diagnose "Xerostomie" (vgl. Bg-unterl. 11 und 16 ff.). Nach dem Gesagten ist das Vorliegen einer Xerostomie spätestens im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. November 2018 zu bejahen. Da gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung eine Xerostomie mit erhöhter Kariesanfälligkeit als Folge einer Speicheldrüsenkrankung im Sinne von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV zu qualifizieren ist (vgl. BGE 128 V 59 E.3), ist ein Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf die erwähnte Bestimmung zu bejahen, sofern ■ wie in E.3.5 festgehalten ■ die bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Kariesschäden nicht vermeidbar waren.

- 16 -

#### **E. 5.4**

Nur der Vollständigkeit halber ist an dieser Stelle noch zu erwähnen, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom

#### **E. 6**

Mit Schreiben vom 7. Februar 2018 wurde Dr. med. D.\_\_\_\_\_ von der B.\_\_\_\_\_ AG aufgefordert, hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Arthritis-erkrankung und der Mundtrockenheit medizinische Unterlagen einzureichen. Zudem wurde er darum ersucht, das Vorliegen des Sjögren-Syndroms zu belegen. Im Arztbericht vom 21. Februar 2018 hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, dass die Mundtrockenheit als Folge der von A.\_\_\_\_\_ eingenommenen Medikamente bekannt sei. Ein sekundäres Sjögren-Syndrom könne u.a. bei rheumatoider Arthritis auftreten. Somit komme bei A.\_\_\_\_\_ nebst der Medikamentennebenwirkung auch ein mögliches sekundäres Sjögren-Syndrom in Frage. Aufgrund der fehlenden Konsequenz sei auf eine Biopsie der Speicheldrüsen und der Mundschleimhaut verzichtet worden. Mit Schreiben vom 29. März 2018 ordnete die B.\_\_\_\_\_ AG zum Nachweis des Sjögren-Syndroms eine Biopsie der Speicheldrüsen an und forderte A.\_\_\_\_\_ auf, Fragen hinsichtlich einer allfällig speichelhemmenden Medikation, der Art der bestehenden Karies sowie der Teilnahme an einem Intensiv-Prophylaxeprogramm zur Kariesprävention zu beantworten. Im Arztbericht an die B.\_\_\_\_\_ AG vom 26. Mai 2018 gab Dr. med. D.\_\_\_\_\_ an, dass eine Speicheldrüsenbiopsie kaum zielführend sei, da die Sicca-Symptomatik im Mund sowohl medikamentös als auch als sekundäres Sjögren-Syndrom interpretiert werden könne. Eine negative Biopsie schliesse nicht aus, dass A.\_\_\_\_\_ unter einer ausgeprägten Verminderung der Spei-

- 4 - cheldrüsenfunktion leide. Mit Eingabe vom 12. Juni 2018 nahm A.\_\_\_\_\_ zu den von der B.\_\_\_\_\_ AG gestellten Fragen Stellung. Der Vertrauensarzt der B.\_\_\_\_\_ AG, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, hielt in einer undatierten E-Mail an die B.\_\_\_\_\_ AG fest, dass das Sjögren-Syndrom und somit eine Speicheldrüsenkrankung nicht nachgewiesen sei, weshalb die Anwendung von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV ausgeschlossen werden könne. Am 19. Juli 2018 führte Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ bei A.\_\_\_\_\_ eine Speicheldrüsen-Flussrate-Bestimmung durch. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse kam er im Arztbericht vom 8. August 2018 zuhanden der B.\_\_\_\_\_ AG zum Schluss, dass aufgrund der Speichelmenge Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV anwendbar sei. Zusätzlich der Mundhygiene von A.\_\_\_\_\_ führte er aus, dass diese (noch) nicht perfekt sei, aber doch durchschnittlich gut.

### **E. 6.1**

Hinsichtlich der Vermeidbarkeit der bei der Beschwerdeführerin aufgetretenen Karies bzw. der Mund- und Zahnhygiene der Beschwerdeführerin finden sich folgende medizinischen Beurteilungen in den Akten: Dr. med. Dr. med. dent. C.\_\_\_\_\_ führte in seinem Gesuch um Kostengutsprache für die zahnärztliche Behandlung vom 9. Februar 2017 zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, dass anlässlich der Speicheluntersuchung vom 25. Januar 2017 viele Mutans Streptokokken und Lactobazillen nachgewiesen worden seien, was auf ein hohes Kariesrisiko und eine hohe Kariesaktivität hindeute. In dieser Situation sei auch bei guter Mundhygiene die Entstehung bzw. Progression von Karies nicht vermeidbar (vgl. Bg-act. 3 und Bg-unterl. 29 und 64). Zudem hielt Dr. med. Dr. med. dent. C.\_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 21. März 2017 an die Beschwerdegegnerin fest, dass die besagte Speichelmessung eine Unterfunktion der Speicheldrüsen ergeben habe (vgl. Bg-unterl. 62). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ gab in seinen Arztberichten vom 28. Juni 2017 sowie 28. November 2017 an, dass die von der Beschwerdeführerin einzunehmenden Medikamente und die vorhandene arthritische Krankheit eine Re-

- 17 - duktion der Speichelproduktion und damit eine Mundtrockenheit bewirkten, was die Kariesanfälligkeit nachgewiesenermassen erhöhe (vgl. Bg-unterl. 41 und 51). Sodann führte der besagte Hausarzt in seinem Arztbericht vom 21. Februar 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, dass bei der Beschwerdeführerin ein mögliches sekundäres Sjögren-Syndrom in Frage komme, jedoch aufgrund der fehlenden Konsequenz auf eine Biopsie der Speicheldrüsen und der Mundschleimhaut verzichtet worden sei (vgl. Bg-unterl. 39). Schliesslich teilte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin mit Arztbericht vom 26. Mai 2018 mit, dass eine negative Biopsie nicht ausschliesse, dass die Beschwerdeführerin unter einer ausgeprägten Verminderung der Speicheldrüsenfunktion leide (vgl. Bg-unterl. 33). Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 8. August 2018 fest, dass die Mundhygiene der Beschwerdeführerin gemäss den anlässlich der am 19. Juli 2018 durchgeführten Speicheldrüsen-Flussrate-Bestimmung aufgenommenen Fotos (noch) nicht perfekt sei, aber doch durchschnittlich gut (vgl. Bg-unterl. 16). Zudem geht aus den Akten hervor, dass der besagte Zahnarzt an der Beschwerdeführerin am 1. Juni 2018 eine erste und am 19. Juli 2018 eine zweite zahnärztliche Kontrolle durchführte (vgl. Bg-unterl. 16 und 25). Der Vertrauensarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ kam in seiner E-Mail an die Beschwerdegegnerin vom 4. September 2018 zunächst zum Schluss, dass die persönliche Mundhygiene der Beschwerdeführerin als gut einzustufen sei (vgl. Bg-unterl. 11). Nach erneutem Betrachten der von Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ aufgenommenen intraoralen Fotos revidierte der besagte Vertrauensarzt seine Ersteinschätzung am 10. September 2018 und erklärte, dass die

Mundhygiene der Beschwerdeführerin entgegen der Auffassung von Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ eindeutig ungenügend sei (vgl. Bg-unterl. 10).

## **E. 6.2**

Vorliegend bleibt für das streitberufene Gericht unklar, ob die Mund- und Zahnhygiene der Beschwerdeführerin ausreichend war. Dem Schreiben der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin vom 12. Juni 2018 ist

- 18 - zwar zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2018 ein neues prophylaktisches Gesamtkonzept mit regelmässigen Kontrollen, Informationen, Ernährungsumstellungen und prophylaktischen Massnahmen befolgt (vgl. Bg-unterl. 26). Ob allerdings die Feststellung der Beschwerdeführerin, wonach sie durch diese sorgfältige Prophylaxe und Pflege erreicht habe, dass die bräunlich verfärbten Stellen an ihren Zähnen seither gleichgeblieben seien (vgl. Bg-unterl. 26), auch bedeutet, dass weniger Karies vorhanden war, kann ohne weitere fachärztliche Stellungnahme nicht beurteilt werden. Dem steht nämlich entgegen, dass der Vertrauensarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ auf den intraoralen Fotos, welche Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ rund eineinhalb Monate nach Beginn des prophylaktischen Gesamtkonzepts aufnahm (vgl. Bg-unterl. 16 f.), einen dichten Plaque-Film sah (vgl. Bg-unterl. 10). Nach dem Ausgeführten lässt sich nicht beurteilen, ob die bei der Beschwerdeführerin bestehende Kariesproblematik ■ wie von ihr behauptet ■ verbessert werden konnte oder eben nicht. Sodann schloss der besagte Vertrauensarzt in seiner E-Mail vom 10. September 2018 an die Beschwerdegegnerin von Plaque direkt auf eine unzureichende Mundhygiene, äusserte sich jedoch zu den von der Beschwerdeführerin tatsächlich ergriffenen prophylaktischen Massnahmen nicht (vgl. Bg-unterl. 10 und 26). Grundsätzlich wäre ja auch denkbar, dass Plaque trotz korrekter Mund- und Zahnhygiene besteht, weil sie allenfalls nicht vermeidbar ist. Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, dass der Vertrauensarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die Mundhygiene der Beschwerdeführerin im Rahmen seiner Ersteinsschätzung vom 4. September 2018 noch als gut einstufte (Bg-unterl. 11), jedoch seine Meinung sechs Tage später ohne ersichtlichen Grund revidierte und die Mundhygiene der Beschwerdeführerin als eindeutig ungenügend beurteilte (vgl. Bg-unterl. 10). Wenn die Mund- und Zahnhygiene der Beschwerdeführerin tatsächlich eindeutig unzureichend gewesen wäre, hätte er dies doch bereits im Rahmen seiner ersten Beurteilung vom 4. September 2018 bemerken müssen. Hinzu kommt, dass sich Dr. med. E.\_\_\_\_\_ seine Meinung offenbar lediglich anhand von vier Farbfotos (bzw. zwei Röntgenbildern) bildete (vgl. Bg-unterl. 10, 17 und 19). Nebst den von

- 19 - Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ am 19. Juli 2018 aufgenommenen Fotos und gemachten Röntgenbildern hat die Beschwerdegegnerin betreffend das Verhältnis zwischen Mundhygiene und der vorhandenen Karies keine weiteren (Röntgen-)Bilder bzw. Meinungen von anderen Zahnärzten (z.B. von Dr. med. Dr. med. dent. C.\_\_\_\_\_ oder Dr. med. dent. G.\_\_\_\_\_ ) eingeholt. Des Weiteren wurde nicht abgeklärt, ob die bestehende Karies bei der vorliegenden Krankheitsproblematik der Beschwerdeführerin objektiv gesehen, d.h. bei einer genügenden Mund- und Zahnhygiene überhaupt hätte vermieden werden können. Dr. med. Dr. med. dent. C.\_\_\_\_\_ verneinte dies (vgl. Bg-act. 3 und Bg-unterl. 29 und 64). Demgegenüber äusserten sich sowohl Dr. med. E.\_\_\_\_\_ als auch Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ nicht dazu. Ebenfalls ungeklärt bleibt, wie die von der Beschwerdeführerin in ihrem Schreiben vom 12. Juni 2018 beschriebenen prophylaktischen Massnahmen (vgl. Bg-unterl. 26) einzustufen sind (ungenügende, durchschnittliche, gute, optimale Mundhygienemassnahmen) und wie diese Massnahmen im Verhältnis zu den

Befunden von Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ (kariöse Läsionen, vgl. Bg-unterl. 25) und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (dichter Plaque-Film, vgl. Bg-unterl. 10) zu sehen sind. Schliesslich ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass das von der Beschwerdeführerin in der Beschwerde geltend gemachte Argument der ungenügenden Instruktion betreffend Mundhygiene durch das zahnmedizinische Fachpersonal bzw. der nicht richtigen Information hinsichtlich Mundtrockenheit durch die verschreibenden Ärzte als subjektives Element nicht zu hören ist. Ebenfalls irrelevant ist, dass die Beschwerdeführerin vor Herbst 2008 zahnärztliche Konsultationen nur im Fünfjahresrhythmus wahrnahm und damals offenbar (noch) keine Zahnprobleme hatte, zumal die Beschwerdeführerin gemäss den Akten erst seit Herbst 2008 unter speichelhemmender und damit zahnschädigender Medikation steht (vgl. beschwerdeführerische Akten [Bf-act.] 2 und Bg-unterl. 24 f.). Vor dem Hintergrund des Gesagten erweist sich die vorinstanzliche Abklärung des massgebenden medizinischen Sachverhalts als unvollständig. Die Angelegenheit ist deshalb in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. November 2018 zur Vervollständigung des

- 20 - rechtserheblichen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Abklärung wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden haben. 7. 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 Beschwerdeverfahren keine Kosten zu erheben. Da sie nicht anwaltlich vertreten ist, steht der obsiegenden Beschwerdeführerin praxisgemäss keine Parteientschädigung zu (vgl. dazu auch KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz.198).

#### **E. 7**

Mit E-Mail vom 4. September 2018 teilte der Vertrauensarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_\_ AG mit, dass Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ eindeutig eine Xerostomie objektiviert habe. Karies sei typisch für Xerostomie-Patienten. Zudem werde die persönliche Mundhygiene als gut eingestuft, weshalb eine Übernahme der Kosten nach Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV zu empfehlen sei. In seiner E-Mail an die B.\_\_\_\_\_ AG vom 10. September 2018 revidierte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ seine Ersteinschätzung vom 4. September 2018 und erklärte, dass gemäss den intraoralen Fotos die Zähne von A.\_\_\_\_\_ mit einem dichten Plaque-Film besiedelt seien. Die Mundhygiene sei entgegen der Ansicht von Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ eindeutig ungenügend.

#### **E. 8**

Mit Einspracheentscheid vom 13. November 2018 wies die B.\_\_\_\_\_ AG die von A.\_\_\_\_\_ gegen die Verfügung vom 1. Mai 2017 erhobene Einsprache ab. Begründend wurde zusammenfassend ausgeführt, dass die bei A.\_\_\_\_\_ vorhandene Karies vermeidbar gewesen wäre, weshalb die Art. 17 und 18 KLV nicht anwendbar seien und die Kostenübernahme der zahnärztlichen Behandlung abgelehnt werden müsse.

- 5 -

#### **E. 8.1**

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz, BGG; SR 173.110) ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind ■ mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die

Zuständig- keit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) ■ nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen 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 Endent- scheid 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 En- dentscheid, 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 An- spruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (vgl. BGE 133 V 477 E.4.2 mit weiteren Hinweisen).

- 21 -

### **E. 8.2**

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Be- schwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Demnach erkennt das Gericht:

### **E. 9**

Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 11. De- zember 2018 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Sie beantragte sinngemäss, die B. \_\_\_\_\_ AG sei in Aufhe- bung des Einspracheentscheids vom 13. November 2018 zu verpflichten, die Kosten für die Zahnbehandlung gemäss Kostengutsprache gesuch von Dr. med. Dr. med. dent. C. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2017 bzw. gemäss Kos- tenschätzung von Dr. med. dent. F. \_\_\_\_\_ vom 23. August 2018 zu über- nehmen. Zur Begründung verwies sie auf das der Beschwerde beiliegende Schreiben von Dr. med. dent. F. \_\_\_\_\_ an die B. \_\_\_\_\_ AG vom 6. Dezem- ber 2018 und führte aus, dass der Vertrauensarzt der B. \_\_\_\_\_ AG die Kos- tenübernahme der Zahnbehandlung mit Hinweis auf das Vorliegen einer Xerostomie und einer guten Mundhygiene zunächst bejaht habe, dann al- lerdings nach Betrachten der intraoralen Fotos mit dem Argument, die Mundhygiene sei ungenügend, verneint habe. Laut Dr. med. dent. F. \_\_\_\_\_ sei auf den Fotos keine grosse Menge Plaque zu erkennen. Bei Zahn 23 sehe es cervical am Zahn etwas weisslich aus, was aber nicht Zahnbelag sei, sondern entkalkter Schmelz. Hätte es viel Plaque gehabt, wären die Zahnfleischränder breit und deutlich gerötet gewesen. Somit sei die Mund- hygiene nicht ungenügend gewesen. Zudem sei die Beschwerdeführerin früher vom zahnmedizinischen Fachpersonal betreffend Mundhygiene im Zusammenhang mit der vorliegenden Medikation nicht korrekt instruiert worden und die verschreibenden Ärzte informierten fast alle Patienten hin- sichtlich der Mundtrockenheit nicht richtig.

### **E. 10**

In der Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2019 beantragte die B. \_\_\_\_\_ AG (nachfolgen: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Be- gründend wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin in der Beschwerde nur noch die Xerostomie als Ursache ihrer Zahnschä- den vorbringe. Diesbezüglich sei fraglich, ob zum Zeitpunkt des Kostengut- sprache gesuchs überhaupt eine Xerostomie vorgelegen habe, da

die Speichelfliessratenmessung von Dr. med. Dr. med. dent. C.\_\_\_\_\_ zumindest beim stimulierten Speichelwert einen Wert von 1.0 ml/min ergeben habe,

- 6 - was nicht im Xerostomiebereich liege. Erst mit der Messung von Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ vom 8. August 2018 (recte: 19. Juli 2018) habe eine Xerostomie nachgewiesen werden können. Da die Zahnschäden jedoch bereits vor dem Jahr 2017 bestanden hätten und das Vorliegen der Xerostomie zumindest im stimulierten Bereich verneint werden müsse, sei fraglich, ob Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV überhaupt anwendbar sei. Bereits deshalb sei eine Pflichtleistung abzulehnen. Abgesehen davon nehme die Beschwerdeführerin erst seit dem Wechsel zu Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ prophylaktische Massnahmen mit effektiver Wirkung wahr. Diese Massnahmen seien ohne Weiteres zumutbar. Vor dem Besuch bei Dr. med. dent. F.\_\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin somit offenbar keine entsprechende Zahnhygiene durchgeführt. Zudem sei nur selten eine zahnärztliche Konsultation durchgeführt worden, was den Anforderungen an eine genügende Mundhygiene nicht entspreche. Die Kariesschäden der Beschwerdeführerin seien folglich als vermeidbar zu beurteilen, weshalb keine Pflichtleistung bestehe. An diesem Ergebnis vermöchten die in der Beschwerde vorgebrachten Punkte nichts zu ändern.

#### **E. 11**

In der freigestellten Replik vom 21. Januar 2019 hielt die Beschwerdeführerin fest, dass die Unzumutbarkeit die Grenze der Schadenminderungspflicht bilde. Zumutbare Massnahmen müssten geeignet, erforderlich sowie verhältnismässig sein. Bei der Beurteilung der Verhältnismässigkeit sei zu berücksichtigen, dass sie seit gut 30 Jahren Schmerzpatientin sei, verschiedenste Medikamente einnehme und die Neben- sowie Wechselwirkungen in der Fülle aller Medikamente nicht überschaubar seien. Es sei zu einfach, alles auf ihr Verhalten betreffend das Zähneputzen abzuwälzen. Sie habe alles Erdenkliche bezüglich ihrer Mundhygiene getan.

#### **E. 12**

Am 25. Januar 2019 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik.

- 7 -

#### **E. 13**

November 2018 eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 KLV (chronische Polyarthrititis mit Kieferbeteiligung) zu Recht verneinte. Laut SSO-Atlas, S. 81, sind Systemerkrankungen des Bindegewebes mit polyartikulärem und symmetrischem entzündlichem Befall der kleinen Gelenke von dieser Bestimmung erfasst. Dass die Beschwerdeführerin an Kiefergelenkbeschwerden gelitten hat, ist aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht ausgewiesen. Die Voraussetzungen von Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 KLV für eine Kostenübernahme der zahnärztlichen Behandlung sind somit nicht erfüllt. Beschwerdeweise wird denn auch nichts Gegenteiliges vorgebracht.

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