

OW_GERICHTE VVGE 2009/10 Nr. 33 vom 1. Juli 2016

OW Obergericht, 2016-07-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ow_gerichte_VVGE_2009_10_Nr_33

FR: OW_GERICHTE VVGE 2009/10 Nr. 33 du 1 juillet 2016

IT: OW_GERICHTE VVGE 2009/10 Nr. 33 del 1 luglio 2016

Regeste

VVGE 2009/10 Nr. 33, S. 162: Art. 31 KVG; Art. 18 KLV; Art. 3 Abs. 1 ATSG
Leistungspflicht der Krankenversicherung für das sog. Sjögren-Syndrom (Erw. 1 und 2).
Die Leistungsverweigerung kann nicht mit einem fehlenden Kostengutsprachege such

Erwägungen

E. 3

Die Beschwerdegegnerin beruft sich unter Hinweis auf Art. 18 Abs. 2 KLV grundsätzlich in Bezug auf jede von der Beschwerdeführerin angeführte Rechnung bzw. der diesen zugrunde liegenden Behandlungen darauf, dass keine Leistungspflicht bestehe, da für die Übernahme der Kosten für zahnärztliche Behandlungen ein Kostenvoranschlag bzw. ein Kostengutsprachege such notwendig sei. Die Beschwerdeführerin ruft verschiedene Gründe an, weshalb vor keiner der fraglichen Behandlungen ein Kostengutsprachege such an die Beschwerdeführerin gerichtet worden sei. Es ist zunächst generell zu prüfen, ob es sich bei der vorgängigen besonderen Gutsprache des Versicherers und der ausdrücklichen vertrauensärztlichen Genehmigung gemäss Art. 18 Abs. 2 KLV um eine formelle Anspruchsvoraussetzung im einzelnen Leistungsfall handelt. a) Gemäss Tarifvertrag zwischen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer hat der Zahnarzt dem zuständigen Versicherer vor Aufnahme der Behandlung einen Kostenvoranschlag einzureichen und eine Diagnose anzugeben, wobei für Leistungen nach Art. 18 KLV zusätzlich eine ärztliche Diagnose erforderlich ist (vgl. Art. 7 und 8 des Tarifvertrags). Daraus geht indes nicht hervor, dass ein fehlender Kostenvoranschlag einen Leistungsanspruch untergehen lassen würde. Eine derartige Bestimmung wäre auch kaum zulässig (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Basel 2007, 404 und 611). Tarifvertragliche Bestimmungen dürfen nicht den Versicherten gesetzlich zustehende Rechte beeinträchtigen (Eugster, a.a.O., 687). Das Bundesrecht kennt keine Verpflichtung, wonach Leistungen deshalb verweigert werden, weil der Ansprecher kein "Kostengutsprachege such" stellte (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 50/03 vom 3. Dezember 2003, Erw. 8). b) Der Bundesrat kann zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes von Leistungen vorsehen, dass vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostenspieligere Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes eingeholt wird (Art. 58 Abs. 3 Bst. a KVG). Art. 18 Abs. 2 KLV wurde am 2. Juli 2002 in die KLV eingefügt. Gemäss Mitteilung des EDI vom 3. Juli 2002 wurde die Bestimmung im Zusammenhang mit einer beabsichtigten Kostensteuerung über die Menge konsumierter Gesundheitsleistungen eingefügt. Diverse Behandlungen, die mit schwierigen therapeutischen Entscheidungen verbunden seien, sollten als zwingende

Massnahme nur mit vorgängiger Bewilligung des Vertrauensarztes der Krankenkasse und mit deren Kostengutsprache übernommen werden. Das Eidgenössische Versicherungsgericht vergleicht die vertrauensärztliche Genehmigung im Bereiche der Spezialitätenliste mit den Stellungnahmen der Eidgenössischen Arzneimittelkommission und erachtet damit die vertrauensärztliche Vorabgenehmigung nicht als formelle Anspruchsvoraussetzung im einzelnen Leistungsfall. Das muss auch für andere Zustimmungsfälle gelten. Die Vorabgenehmigung durch den Vertrauensarzt ist lediglich ein Instrument zur Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Mit seiner bloss beratenden Funktion wäre nicht zu vereinbaren, wenn die fehlende vorgängige Zustimmung den Untergang des Leistungsanspruchs zur Folge hätte. Ebenso wenig kann die vorgängige Genehmigung durch die Verwaltungsinstanzen des Versicherers eine formelle Anspruchsvoraussetzung sein (Eugster, a.a.O., 508, mit diversen Hinweisen). Für die geforderte Genehmigung gemäss Art. 18 Abs. 2 KLV kann nichts anderes gelten, zumal mit dieser hauptsächlich eine Kostensteuerung über die Leistungsmenge beabsichtigt wird. Insofern sich die Beschwerdegegnerin einer allfälligen Leistungspflicht einzig mit dem Argument entziehen will, es sei keine vorgängige Kostengutsprache erfolgt, ist sie nicht zu hören. Indes kann die fehlende Kostengutsprache dort einen bestehenden Leistungsanspruch vernichten, wo der Vertrauensarzt die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung nachträglich nicht mehr beurteilen kann und die Beweislosigkeit damit auf die versicherte Person zurückfällt (Eugster, a.a.O., 508).

E. 4

Im Weiteren ist zu prüfen, ob trotz der fehlenden vertrauensärztlichen Zustimmung und Gutsprache des Krankenversicherers die durchgeführten zahnärztlichen Behandlungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. a) Gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherer und im Streitfall der Sozialversicherungsrichter von sich aus und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 125 V 193, Erw. 2). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt, sondern findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien. Diese Mitwirkungspflichten haben insbesondere bei Leistungsverfahren, welche auf ein eigenes Begehren des Versicherten zurückgehen, eine Bedeutung und verpflichten die Parteien, soweit dies vernünftigerweise von ihnen gefordert werden kann, die nach der Natur der Streitsache und den vorgebrachten Tatsachen erforderlichen Beweise beizubringen (BGE 125 V 193, Erw. 2; vgl. auch Art. 28 Abs. 2 i.V.m. Art. 43 ATSG). b) Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast aus. Immerhin tragen die Parteien eine (objektive) Beweislast insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (vgl. BGE 121 V 208; 117 V 261, Erw. 3b). Für anspruchsbegründende Tatsachen liegt die objektive Beweislast beim Leistungsansprecher, d.h. soweit sich die Beweislosigkeit im Leistungsrecht ergibt, führt dies in der Regel dazu, dass dieser sein Begehren nicht durchzusetzen vermag (BGE 121 V 204, Erw. 6a; SVR 2001 KV Nr. 50, 146; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2009, N. 39 zu Art. 43 ATSG). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der nach dem im Sozialversicherungsrecht anwendbaren Beweisgrad als überwiegend wahrscheinlich erscheint, d.h. der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der

Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261, Erw. 3b; SVR 2001 KV Nr. 50, 146). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 360, Erw. 5b, mit Hinweisen). c) Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Abs. 1 ATSG). Wesentliche Begriffsmerkmale einer Krankheit sind demnach die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, verstanden als ein von der Norm abweichender Körper- oder Geisteszustand sowie das Erfordernis einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung (BGE 129 V 32, Erw. 4.2.1). Die Störung oder Beeinträchtigung der Gesundheit muss so gewichtig sein, dass eine medizinische Behandlung oder doch Untersuchung nötig ist. Die Behandlungsnotwendigkeit muss objektiv durch den Arzt festgestellt werden (Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, 110). d) Gemäss KVG-Leitfaden 1999 der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGKG, 1. Aufl., Zürich 1999, 98 f.) sind Speicheldrüsenenerkrankungen mit Auswirkung auf das Kausystem im Wesentlichen solche mit sekretorischer Insuffizienz, die zu Mundtrockenheit und deren Folgeerscheinungen führen. Als Beispiel wird das Sjögren-Syndrom erwähnt, eine Autoimmunerkrankung mit sekretorischer Insuffizienz aller Drüsen (primäre Form [auch Sicca-Syndrom], wobei nur die Speicheldrüsen involviert sind, sekundäre Form im Zusammenhang mit anderen, z.B. rheumatischen Erkrankungen). Krankheitswert wird unter anderem der Trockenheit der Mundschleimhäute und der erhöhten Kariesanfälligkeit beigemessen. Im Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO (3. Aufl., Bern 2008, 92 f.; nachfolgend SSO-Atlas) wird ebenfalls das Sjögren-Syndrom erwähnt, eine Autoimmunerkrankung mit sekretorischer Insuffizienz aller Drüsen mit äusserer Sekretion. Das Sjögren-Syndrom zeichnet sich durch einen schleichenden Krankheitsbeginn unter anderem mit Trockenheit der Schleimhäute aus. Das klinische Erscheinungsbild zeigt sich beispielsweise in der Keratokonjunktivitis sicca (Syndrom des trockenen Auges), der Xerostomie (Mundtrockenheit) und erhöhter Kariesanfälligkeit. Sowohl beim SSO-Atlas als auch beim KVG-Leitfaden handelt es sich um Empfehlungen einer Berufsgruppe ohne jeglichen normativen Charakter. Sie sind für den Richter nicht verbindlich. Er kann sie bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Er weicht andererseits von deren Inhalt ab, sofern sie mit den anwendbaren gesetzlichen Vorschriften nicht vereinbar sind (vgl. BGE 124 V 351, Erw. 2e).

E. 5

In Bezug auf die Kosten für die zahnärztlichen Behandlungen in der Zeit vom 14. bis 28. Januar 2005 (Rechnung vom 3. Februar 2005 über Fr. 1'009.75) ist umstritten, ob das Sjögren-Syndrom im Januar 2005 schon bestand und die Erkrankung des Kausystems vermeidbar war. Fest steht, dass mangels eines vorgängigen Kostengutsprachegesuchs der Beschwerdeführerin für diese Behandlungen keine Kostengutsprache durch die Beschwerdegegnerin vorlag. Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie leide seit der Geburt des ersten Kindes im August 2001 am Sjögren-Syndrom. Dies habe sie bis im

Februar 2007 nicht gewusst. Da sie auch unter trockenen Augen gelitten habe, habe sie sich auf Veranlassung ihres Zahnarztes an ihren Hausarzt Dr.med. B. gewandt, der dann ein HNO-Konsilium bei Dr.med. J. eingeholt habe. Im Februar 2007 habe sich dann ergeben, dass sie an einem Sjögren-Syndrom gelitten habe. Nachdem sie seit 2001 auffallend hohe Zahnarztkosten gehabt habe und nachträglich ein Sjögren-Syndrom festgestellt worden sei, spreche bereits eine natürliche Vermutung dafür, dass auch die Rechnung vom 3. Februar 2005 eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit dem Sjögren-Syndrom betroffen habe. Die Beschwerdegegnerin wendet ein, es fehle jeglicher Hinweis auf das Bestehen des Sjögren-Syndroms im Vorfeld der zahnärztlichen Behandlungen im Januar 2005. a) Die Beschwerdeführerin war in den Jahren 2001–2004 bei Dr.med.dent. P. in zahnärztlicher Behandlung. Es ist indes nicht aktenkundig und wird von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht, dass Dr.med.dent. P. in diesem Zeitraum irgendwelche Hinweise auf das Sjögren-Syndrom wie einen verminderten Speichelfluss oder eine Mundtrockenheit festgestellt hätte und die Beschwerdeführerin zu diesbezüglichen Untersuchungen weiterverwiesen hätte. Vorliegend hat zudem die Beschwerdeführerin selber ausgeführt, dass Dr.med.dent. P. immer nur von schlechter Mundhygiene bzw. Prophylaxe gesprochen habe. Offenbar sah dieser darin die Ursache für die zahnärztlichen Behandlungen. b) Dr.med.dent. N., zu welchem die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben im Sommer 2004 gewechselt hat, hat im Zusammenhang mit den Behandlungen vom 6. April bis 29. Juni 2006 mit Schreiben vom 29. Juni 2006 an die Krankenkasse ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin Anfang Juni nach ihrer Schwangerschaft erstmals wieder in das jährliche "Recall" bei der Dentalhygienikerin erschienen sei. Der Befund zeige acht kariös zerstörte Zähne, eine mittlere Gingivitis und eine sehr trockene Mundhöhle, die auf eine Oligosalie hindeute, wodurch die Kariesaktivität sehr hoch sei. Im Vorfeld der fraglichen Behandlungen vom 14. Januar bis 28. Januar 2005 hat er offenbar nie derartige allenfalls auf ein Sjögren-Syndrom hinweisenden Symptome festgestellt. Es ist davon auszugehen, dass er diesfalls ebenfalls ein Kostengutsprache gesuch an die Krankenkasse gerichtet und die Beschwerdeführerin wie im Nachgang an die Behandlungen im Jahr 2006 zu weiteren Abklärungen an den Hausarzt weiterverwiesen hätte. Aufgrund des bisher Gesagten kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bereits im Januar 2005 unter dem Sjögren-Syndrom litt. Es erscheint wahrscheinlich, dass Zahnärzte, welche eine Patientin wiederholt aufgrund von Kariesproblemen behandeln, einen erheblich verminderten Speichelfluss erkennen und aufgrund dessen weitere Untersuchungen veranlassen. Auch wenn sich das Sjögren-Syndrom durch einen schleichenden Krankheitsbeginn auszeichnet (vgl. SSO-Atlas, 92), besteht vor diesem Hintergrund die naheliegende Wahrscheinlichkeit, dass damals noch keine Störung oder Beeinträchtigung der Gesundheit - vorliegend eine Speicheldrüsenerkrankung - mit Krankheitswert vorlag. c) Im Übrigen kann entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin nicht lediglich aufgrund der Tatsache, dass ihr seit 2001 unbestrittenermassen hohe Zahnarztkosten angefallen sind unter Berücksichtigung des im Februar 2007 diagnostizierten Sjögren-Syndroms mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf geschlossen werden, dass diese Krankheit schon vor 2004 bestand. Soweit die Beschwerdegegnerin geltend macht, es sei denkbar, dass die Zahnbehandlungen im Jahre 2005 infolge schlechter Mundhygiene notwendig gewesen seien, weist die Beschwerdeführerin darauf hin, dass sie schon zur Zeit, als sie noch bei Dr.med.dent. P. in Behandlung gewesen sei, alle drei Monate zum "Recall" aufgeboten worden sei. Dies wird von der Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die bei ihr eingereichten Rechnungen von

Dr.med.dent. P. bestritten. Ungeachtet der Regelmässigkeit dieser Kontrollen bei Dr.med.dent. P., welcher die Beschwerdeführerin bis 2004 behandelte, ist nicht zu verkennen, dass dieser gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin immer von schlechter Mundhygiene bzw. Prophylaxe gesprochen hat. Einen verminderten Speichelfluss hat er - wie ausgeführt - nie festgestellt. Ferner hat Dr.med.dent. N. im Schreiben vom 29. Juni 2006 ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei anfangs Juni erstmals wieder in das jährliche "Recall" erschienen. Im Schreiben vom 13. Juni 2007 hat er festgehalten, die Patientin komme alle sechs Monate zur Dentalhygienikerin. Zumindest betreffend Dr.med.dent. N., bei welchem sich die Beschwerdeführerin bereits seit Sommer 2004 in Behandlung befand, kann mithin aufgrund der Aktenlage nicht von einem "Recall" alle drei Monate ausgegangen werden. Zusammenfassend kann nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass die Ursache für die Kariesanfälligkeit ein schon im Jahre 2005 vorhandenes Sjögren-Syndrom gewesen sein soll. d) Einzig aus dem "Kostengutsprache-Gesuch an zahnärztliche Kariesbehandlungen" von Dr.med. B. vom 28. Februar 2007 an die Krankenkasse X. geht eine konkretere Andeutung hervor, wonach das Sjögren-Syndrom schon länger bestanden haben könnte. Dieser diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin das Sjögren-Syndrom mit therapieresistenter Karies und führte aus, die Beschwerdeführerin leide seit vielen Jahren an einem zunehmenden Sicca-Syndrom. Im Rahmen der Speichelinsuffizienz sei es typischerweise zu therapieresistenter Karies des Gebisses und entsprechenden kostenintensiven Zahnarztbehandlungen gekommen. Anlässlich eines HNO-Konsiliums bei Dr.med. J. und deutlich positiver Serologie, habe die Diagnose des Sjögren-Syndroms als zugrunde liegende Autoimmunkrankheit gesichert werden können. Die Beschwerdeführerin hat selber ausgeführt, dass sie sich auf Veranlassung ihres Zahnarztes an ihren Hausarzt Dr.med. B. gewandt habe, der dann ein HNO-Konsilium bei Dr.med. J. eingeholt habe. Dies geschah offenbar im Nachgang der zahnärztlichen Behandlungen von April bis Juni 2006, zumal die Beschwerdeführerin beim erwähnten Dr.med. J. zum ersten Mal am 5. Januar 2007 in der Sprechstunde war. Daraus ist zu schliessen, dass Auslöser für sämtliche Abklärungen die Erkenntnisse von Dr.med.dent. N. gemäss Schreiben vom 29. Juni 2006 waren. Erst auf dieses Schreiben hin spricht Dr.med. B. von einem seit vielen Jahren zunehmenden Sicca-Syndrom. Es ist weder aktenkundig noch sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass Dr.med. B. zuvor medizinische Behandlungen oder Untersuchungen im Zusammenhang mit einer Speicheldrüsenenerkrankung vorgenommen hat. Angaben zum Umfang der Reduktion des Speichelflusses im Vorfeld der Behandlungen im Januar 2005 liegen nicht vor. Offenbar sah er sich denn auch nie veranlasst, Abklärungen in Bezug auf die Ursache einer allfälligen Speichelinsuffizienz zu tätigen, diesbezüglich weitergehende Untersuchungen oder Behandlungen durchzuführen oder zu veranlassen. Die Beschwerdeführerin hat selber ausgeführt, sie habe kein begründetes Gesuch im Sinne von Art. 18 Abs. 2 KLV einreichen können, solange die behandelnden Ärzte keine sichere Kenntnis von ihrer Krankheit gehabt hätten. Das Gesagte ist unter Berücksichtigung mangelnder Hinweise auf relevante Symptome bis im Juni 2006 durch die behandelnden Zahnärzte nur so zu interpretieren, dass selbst für Dr.med. B. eine allfällige Speichelverminderung noch keinen relevanten Krankheitswert aufwies. Selbst wenn im Übrigen ein Speichelflusstest vorliegen würde, liesse sich heute kaum mehr beurteilen, ob bei einer allfälligen damaligen Speichelinsuffizienz die notwendigen zahnärztlichen Behandlungen durch diese bedingt waren. Zumindest insofern gereicht es der Beschwerdeführerin auch zum Nachteil, dass sie der Beschwerdegegnerin keinen Kostenvoranschlag einreichte (vgl. vorne Erw. 3a). Auch

der Hinweis von Dr.med. B. lässt mithin nicht darauf schliessen, dass das Sjögren-Syndrom bereits die zahnärztlich notwendigen Behandlungen im Januar 2005 verursachte. Zusammenfassend kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die zahnärztlichen Behandlungen im Januar 2005 durch das Sjögren-Syndrom bedingt waren. Insofern die Beschwerdeführerin die Übernahme dieser Kosten beantragt, ist ihre Beschwerde abzuweisen. e) Mithin muss letztlich nicht geprüft werden, ob die Erkrankung des Kausystems objektiv vermeidbar war und die Beschwerdeführerin einer nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde genügenden Mundhygiene nachgekommen ist (vgl. BGE 128 V 59, Erw. 4, wonach Art. 31 Abs. 1 Bst. b KVG i.V.m. Art. 18 KLV, obschon in diesen Bestimmungen nicht ausdrücklich erwähnt, analog zu Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG i.V.m. Art. 17 KLV nur unter diesen Voraussetzungen Pflichtleistungen auslöse). Die von der Beschwerdeführerin beantragte Edition der Behandlungsunterlagen über die Beschwerdeführerin bei Dr.med.dent. P. und Dr.med.dent. N. erübrigt sich demzufolge.

E. 6

Im Weiteren ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die zahnärztliche Behandlung bei Dr.med.dent. N. vom 26. März 2007 gemäss Rechnung vom 12. April 2007 von Fr. 179.20 zu übernehmen hat. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, zum Zeitpunkt der Behandlung am 26. März 2007 habe das Sjögren-Syndrom unbestrittenermassen bestanden. Es bestehe keine Leistungspflicht ihrerseits, weil es an einem vorgängigen Kostengutsprachege such fehle. Dass Dr.med.dent. N. gemäss dessen Angaben das Sjögren-Syndrom erst mit ihrem Schreiben vom 29. Mai 2007 bekannt geworden sei, und die Beschwerdeführerin nie darüber informiert habe, spiele keine Rolle. Wie und ob der Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern funktioniere, liege nicht in ihrer Verantwortung. Es wäre an der Beschwerdeführerin gelegen, dafür zu sorgen, dass der behandelnde Zahnarzt von der Diagnose Kenntnis erhalte. Die Beschwerdeführerin macht geltend, aus allfälligen Mängeln des Informationsflusses zwischen Arzt und Zahnarzt könne auch ihr keine Verletzung von Mitwirkungspflichten vorgeworfen werden. Sie habe daher davon ausgehen dürfen, dass Dr.med. B. den Zahnarzt direkt orientiert habe. a) Wie bereits ausgeführt wurde, kann eine Leistungsverweigerung nicht einfach mit einem fehlenden Kostengutsprachege such, einer ausbleibenden Genehmigung des Vertrauensarztes und einer mangelnden Gutsprache des Versicherers begründet werden. Es kann demnach offen bleiben, ob Dr.med.dent. N. vor der Behandlung vom 26. März 2007 tatsächlich keine Kenntnis von der Diagnose des Sjögren-Syndroms hatte. Immerhin bleibt anzumerken, dass es von Dr.med.dent. N. hätte erwartet werden können, dass er sich vor der weiteren Behandlung der Beschwerdeführerin bei dieser um die Resultate der von ihm bei Dr.med. B. veranlassten weiteren Abklärungen erkundigt hätte. Andererseits wäre es - insbesondere unter Berücksichtigung ihrer sozialversicherungsrechtlichen Mitwirkungspflichten - auch an der Beschwerdeführerin gelegen, vor der Behandlung vom 26. März 2007 Dr.med.dent. N. über die Abklärungen bei Dr.med. B. und Dr.med. J. zu informieren. b) Die Beschwerdegegnerin bestreitet nicht, dass das Sjögren-Syndrom im Zeitpunkt der zahnärztlichen Behandlung vom 26. März 2007 bestanden hat. Ferner bringt sie nicht vor, dass diese Behandlung nicht durch das Sjögren-Syndrom bedingt wäre und die Erkrankung des Kausystems vermeidbar war. Im Zusammenhang mit den zahnärztlichen Behandlungen vom 6. April bis 29. Mai 2006 hat die Beschwerdegegnerin nach Kenntnis der Diagnose vom 29. Mai 2007 die Kosten übernommen, da die Voraussetzungen des Art. 18 Abs. 1 Bst. d KLV erfüllt seien, wobei sie dies im Nachhinein mangels vorgängiger

Behandlungsmeldung als Kulanzzahlung bezeichnete. In ihrer Verfügung vom 3. Dezember 2007 begründete die Beschwerdegegnerin, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Sjögren-Syndrom und der Kariesbehandlung bestehe. Mangels anderer Anhaltspunkte ist ein solcher auch in Bezug auf die fragliche Behandlung vom 26. März 2007 anzunehmen. Die Behandlung betrifft im Wesentlichen eine Kompositfüllung. Trotz der nicht vorliegenden Kostengutsprache des Vertrauensarztes bezüglich dieser Behandlung bestehen keine Bedenken betreffend deren Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Es rechtfertigt sich mithin, die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten von Fr. 179.20 zu übernehmen.

E. 7

Im Weiteren beantragt die Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe die Kosten für die zahnärztlichen Behandlungen bei Dr.med.dent. N. vom 26. März 2007 bis 6. Oktober 2007 gemäss Rechnung vom 28. November 2007 von Fr. 1'464.15 zu übernehmen. Es dürfe keine Rolle spielen, dass sich die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. Dezember 2007 mit der von ihr gleichzeitig eingereichten Rechnung gekreuzt habe. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrem Einspracheentscheid vom 27. Februar 2008 ausgeführt, dass ihr die Rechnung vom 28. November 2007 erst am 5. Dezember 2007 zugegangen sei und daher in der Verfügung vom 3. Dezember 2007 nicht habe berücksichtigt werden können. Diese Rechnung sei nicht Streitgegenstand. Auf das entsprechende Begehren sei nicht einzutreten. a) Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle Einsprache erhoben werden (Art. 52 Abs. 1 ATSG). Gegen Einspracheentscheide kann beim kantonalen Verwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 und 57 ATSG). Folglich sind im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 125 V 423, Erw. 1a). Wird eine Nichteintretensverfügung angefochten und in der Beschwerde ausschliesslich ein materieller Antrag gestellt, so ist darin der Antrag auf Eintreten als miteingeschlossen zu betrachten; das Gericht prüft jedoch nur die Eintretensfrage und tritt auf den materiellen Antrag nicht ein (BGE 109 V 120, Erw. 1). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, d.h. ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestands Gesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäussert hat (BGE 122 V 34, Erw. 2a). Bei der Ausdehnung des Verfahrens über den Anfechtungsgegenstand hinaus handelt es sich nicht um eine Pflicht, sondern um eine prozessuale Befugnis des Sozialversicherungsgerichts. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat deshalb nicht darüber zu befinden, ob das erstinstanzliche Gericht eine solche Ausdehnung zu Recht oder zu Unrecht unterlassen hat (Ulrich Meyer-Blaser, Streitgegenstand im Streit, in: Schaffhauser/Schlauri, Aktuelle Rechtsfragen der

Sozialversicherungspraxis, St. Gallen 2001, 24, mit Hinweis). b) Die Beschwerdegegnerin hat ihre Verfügung betreffend zahnärztliche Behandlungen am 3. Dezember 2007 erlassen. Die Rechnung vom 28. November 2007 ist gemäss Eingangsstempel der Beschwerdegegnerin unbestrittenermassen am 5. Dezember 2007 bei dieser eingegangen. Sie war nicht Gegenstand der Verfügung vom 3. Dezember 2007 sowie des Einspracheverfahrens. Dies hat die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 27. Februar 2008 zu Recht festgehalten. Folglich sind die fraglichen Behandlungen grundsätzlich auch nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Im Übrigen hat sie mit Schreiben vom 27. Februar 2008 zur fraglichen Rechnung Stellung genommen und die Beschwerdeführerin um Mitteilung gebeten, falls sie bezüglich dieser abgelehnten Leistung den Erlass einer Verfügung wünsche. Dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden. c) Es bleibt zu prüfen, ob es angezeigt ist, von der Befugnis Gebrauch zu machen, das Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf die fragliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die zahnärztlichen Behandlungen gemäss Rechnung vom 28. November 2007 auszudehnen. Dies erscheint nicht angebracht. Zwar steht auch diesbezüglich wieder die Übernahme von zahnärztlichen Behandlungen bedingt durch das Sjögren-Syndrom in Frage. Es ist indes nicht von einem engen Sachzusammenhang zum bisherigen Streitgegenstand auszugehen, da es sich bei diesem um vorgängige abgeschlossene zahnärztliche Behandlungen handelt und in Bezug auf die Rechnung vom 28. November 2007 andere zahnärztliche Behandlungen in Frage stehen. Bei diesen wird erneut zu prüfen sein, ob sie durch das Sjögren-Syndrom bedingt sind und die zahnärztlichen Behandlungen zur Behandlung des Leidens notwendig sind.

E. 8

Ferner beantragt die Beschwerdeführerin, die übrigen von ihr zur Erstattung eingereichten Rechnungen aus den Jahren 2001 bis 2004 für zahnärztliche Behandlungen seien im Sinne der Art. 29 und 30 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten. Die Beschwerdegegnerin wendet ein, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin die Rechnungen versehentlich bei ihr eingereicht habe. Dass sie für die Phase vor dem 1. Januar 2005 bei der X. und nicht bei ihr versichert gewesen sei, habe ihr bewusst sein müssen. a) Wer eine Versicherungsleistung beansprucht, hat sich beim zuständigen Versicherungsträger in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden. Wird eine Anmeldung nicht formgerecht oder bei einer unzuständigen Stelle eingereicht, so ist für die Einhaltung der Fristen und für die an die Anmeldung geknüpften Rechtswirkungen trotzdem der Zeitpunkt massgebend, in dem sie der Post übergeben oder bei der unzuständigen Stelle eingereicht wird (Art. 29 Abs. 1 und 3 ATSG). Alle Stellen, die mit der Durchführung der Sozialversicherung betraut sind, haben versehentlich an sie gelangte Anmeldungen, Gesuche und Eingaben entgegenzunehmen. Sie halten das Datum der Einreichung fest und leiten die entsprechenden Unterlagen an die zuständige Stelle weiter (Art. 30 ATSG). Versehentlichkeit kann nur bedeuten, dass die Partei - hätte sie um die fehlende Zuständigkeit der angegangenen Stelle gewusst - die Eingabe der zuständigen Stelle eingereicht hätte; die Partei muss sich also diesbezüglich im Irrtum befunden haben. Mithin dient das Kriterium der versehentlichen Einreichung dazu, die Weiterleitungspflicht dort auszuschliessen, wo die Partei die Eingabe mit Wissen und Willen dem betreffenden Versicherungsträger einreichte (Kieser, a.a.O., N. 13 zu Art. 30 ATSG). Beharrt die Partei auf der ihrer Ansicht nach bestehenden Zuständigkeit (ist also keine versehentliche

Einreichung anzunehmen), hat der Versicherungsträger nach Art. 35 Abs. 3 ATSG vorzugehen (Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), in: Ulrich Meyer, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, a.a.O., 283). Demnach tritt der Versicherungsträger, der sich als unzuständig erachtet, auf die Sache nicht ein, wenn eine Partei die Zuständigkeit behauptet (Art. 35 Abs. 3 ATSG). Nach Rechtskraft der formellen Verfügung eines Nichteintretensentscheids ist die Eingabe gestützt auf Art. 30 ATSG von Amtes wegen an die zuständige Stelle weiterzuleiten (Locher, a.a.O., 436). Kieser hält dafür, dass auch hier nach Eintritt der Rechtskraft des Zuständigkeitsentscheids eine Weiterleitung erfolgen kann, aber nur im Einverständnis mit der Partei (Kieser, ATSG-Kommentar, N. 14 zu Art. 35 ATSG).

b) Art. 35 Abs. 1 ATSG bezieht sich auf die Zuständigkeit des Versicherers, womit die Zuständigkeit in örtlicher, sachlicher und funktioneller Hinsicht gemeint ist. Die sachliche Zuständigkeit richtet sich nach der Natur des Verfahrensgegenstands, wobei grundsätzlich das massgebende materielle Recht bestimmt, welche Behörde zum Entscheid über den Gegenstand zuständig ist (Kieser, ATSG-Kommentar, N. 4 zu Art. 35 ATSG). Bei einem Versichererwechsel ist der Krankenversicherer leistungspflichtig, der im Zeitpunkt der Behandlung für die betreffende Person die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführt. Der bisherige Versicherer ist daher für Behandlungen zuständig, die vor dem Ausscheiden bei ihm durchgeführt werden (Eugster, a.a.O., 448).

c) Mit Schreiben vom 8. Oktober 2007 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass sie seit dem 1. Januar 2005 bei der Y. versichert sei. Die Behandlung vor diesem Datum sei vor dem Eintritt in ihre Kasse gewesen. Die Beschwerdeführerin wurde gebeten, die Rechnung an die vorgängige Krankenversicherung zu schicken. Gemäss Verfügung vom 3. Dezember 2007 wandte sich die Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 12. November 2007 gegen die Ablehnung der Kostenübernahme diverser Zahnarztrechnungen für Behandlungen im Zeitraum von 2000 bis 2007. Die Beschwerdegegnerin erläuterte erneut, dass zwischen der Beschwerdeführerin und ihr in den Jahren 2004 bis 2004 kein Versicherungsverhältnis bestanden habe und verfügte, dass sie die Kosten für die zahnärztlichen Behandlungen im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2007 nicht übernehme. In ihrer Einsprache vom 23. Dezember 2007 machte die Beschwerdeführerin wieder geltend, es habe in der Zeit von 2002 bis Januar 2004 ein Versicherungsverhältnis mit der Y. bestanden.

d) Unbestrittenermassen war die Beschwerdeführerin von 2002 bis Ende 2004 bei der Y. versichert, welche sich seit Januar 2004 X. nennt. Erst seit dem 1. Januar 2005 ist die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin versichert, welche seit Januar 2009 unter V. firmiert. Bei den damaligen Y. Basel und Y. Luzern handelt es sich um zwei rechtlich selbstständige Unternehmen. Mithin war die Beschwerdegegnerin für die Behandlungen vor dem 1. Januar 2005 nicht zuständig. Zwar ist eine Verwechslungsgefahr der damaligen Y. Luzern mit der Y. Basel nicht zu verkennen, da beide Unternehmen dieselbe Bezeichnung "Y." verwendeten. Indes hat die Beschwerdeführerin auch nach dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 8. Oktober 2007 und der Verfügung vom 3. Dezember 2007 auf der nach ihrer Ansicht bestehenden Zuständigkeit der Beschwerdegegnerin bestanden. Es kann demnach nicht davon ausgegangen werden, dass sie Rechnungen vor dem 1. Januar 2005 im Sinne von Art. 30 ATSG versehentlich der Beschwerdegegnerin einreichte. Mithin hat die Beschwerdegegnerin zu Recht im Sinne von Art. 35 Abs. 3 ATSG dahingehend verfügt, dass sie Rechnungen für Behandlungen vor dem Aufnahmedatum nicht zu begleichen habe und diesbezüglich ihre Zuständigkeit verneint. Gleichwohl wird die Beschwerdegegnerin nach Rechtskraft des Entscheids die fraglichen Rechnungen an die

zuständige Versichererin analog Art. 30 ATSG weiterleiten müssen. Nachdem die Beschwerdeführerin diese Weiterleitung beantragt, ist zugleich das von Kieser geforderte Einverständnis der Partei zur Weiterleitung als gegeben zu betrachten (Kieser, ATSG-Kommentar, N. 13 zu Art. 30 ATSG). Zwar hat die Beschwerdeführerin im Verlaufe des Verfahrens ausgeführt, dass die X. die nachträgliche Leistungspflicht für die Kariesbehandlungen für die Jahre 2001 bis Ende 2004 grundsätzlich anerkannt habe. Ein Interesse an der Weiterleitung der Rechnungen kann ihr indes aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht abgesprochen werden. Zum einen ist nicht klar, ob es sich bei den von der X. erwähnten Behandlungen um dieselben handelt, welche Gegenstand der bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Rechnungen waren. Zum anderen geht aus dem Schreiben der X. vom 2. Juni 2008 hervor, dass die Beschwerdeführerin erst seit dem 1. Januar 2002 bei dieser versichert war. Mithin ist der Antrag der Beschwerdeführerin insofern gutzuheissen, als die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, nach Rechtskraft des Entscheids die ihr zur Erstattung eingereichten Rechnungen aus den Jahren 2001 bis 2004 für zahnärztliche Behandlungen an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

E. 9

Zusammenfassend ist die Beschwerde somit dahingehend teilweise gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid vom 27. Februar 2008 und die Verfügung vom 3. Dezember 2007 insofern aufgehoben werden, als die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, die Kosten für die zahnärztliche Behandlung vom 26. März 2007 von Fr. 179.20 zu übernehmen. Ferner hat die Beschwerdegegnerin nach Rechtskraft des Entscheids die ihr zur Erstattung eingereichten Rechnungen aus den Jahren 2001 bis 2004 für zahnärztliche Behandlungen an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten. Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu Recht verneint bzw. war die Rechnung vom 28. November 2007 nicht Gegenstand des Verfahrens. de| fr | it Schlagworte zuständigkeit diagnose versicherter stelle vertrauensarzt versicherung krankheit kostengutsprache zahnarzt krankenkasse versicherung entscheid streitgegenstand anfechtungsgegenstand objektiv frage Mehr Deskriptoren anzeigen Normen Bund 821.102: - ATSG: Art.3 Art.28 Art.29 Art.30 Art.35 Art.43 Art.49 Art.52 Art.56 Art.57 KVG: Art.25 Art.30 Art.31 Art.33 Art.35 Art.49 Art.56 Art.58 KVG: Art.25 KVV: Art.33 KLV: Art.17 Art.18 Art.19 KLV: Art.18 Leitentscheide BGE 128-V-143 125-V-421 S.423 122-V-34 125-V-193 126-V-353 S.360 130-V-464 121-V-204 109-V-119 S.120 124-V-351 117-V-261 129-V-32 121-V-204 S.208 128-V-59 VVGE 2009/10 Nr. 33

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