

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2009/18 vom 25. August 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-08-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2009_18

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2009/18 du 25 août 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2009/18 del 25 agosto 2010

Regeste

Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG i.V.m. Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV: Leistungspflicht für Zahnprothese aufgrund einer Kieferatrophie mit Grad Cawood VI gegeben. Relevanz eines allfällig mitverschuldeten Zahnausfalls (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. August 2010, KV 2009/18). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2010.

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob von der Beschwerdegegnerin die Kosten für die Zahnprothese als gesetzliche Pflichtleistungen zu übernehmen sind. 1.2 Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind, werden in Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) in allgemeiner Weise umschrieben. Im Vordergrund stehen die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, dann aber auch der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen. Die zahnärztlichen Leistungen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfall der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Mass überbunden werden, nämlich wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG). Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht. Die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht (Art. 17 Ingress KLV in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102] und Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG; SVR 2008 KV Nr. 3 S. 8 [Urteil des Bundesgerichts 9C_50/2007 vom 10. Juli 2007] E. 4.1). 1.3 Gestützt auf die Ermächtigung in Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d KVV hat das Eidgenössische Departement des Innern in der KLV zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG eine eigene Bestimmung erlassen, nämlich zu lit. a den Art. 17 KLV, zu lit. b den Art. 18 KLV und zu lit. c den Art. 19 KLV. In Art. 17 KLV werden die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems aufgezählt, bei denen daraus resultierende zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. In Art. 18 KLV werden die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen aufgelistet, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu

tragen sind. In Art. 19 KLV hat das Departement die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger Bestandteil der Behandlung darstellt. Art. 19a KLV schliesslich betrifft die zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind. Wie das Bundesgericht in BGE 124 V 185 entschieden und danach mehrmals bestätigt hat, sind die in Art. 17 - 19 KLV erwähnten Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen, abschliessend aufgezählt (vgl. BGE 129 V 275 = Pra. 93 Nr. 166 E. 3.2 und BGE 127 V 328 E. 3a). 1.4 Zu den schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems gehören namentlich Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile, u.a. Osteopathien und die Osteomyelitis der Kiefer (Art. 17 lit. c Ziff. 3 und 5 KLV). Alle in Art. 17 lit. a-f KLV aufgezählten Erkrankungen des Kausystems gelten grundsätzlich als schwer im Sinn des Ingresses dieser Bestimmung. Bei feststehender Diagnose stellt sich damit die Frage der Schwere der Erkrankung, von hier nicht interessierenden Ausnahmen abgesehen, nicht mehr. Allgemein setzt eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems im Sinn von Art. 17 Ingress KLV ein durch prophylaktische Massnahmen im Sinn und im Rahmen zumutbarer Mund- und Zahnhygiene nicht zu verhinderndes pathologisches Geschehen voraus, welches zu erheblichen Schäden an Zähnen, Kieferknochen oder Weichteilen geführt hat oder nach klinischem und allenfalls radiologischem Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen würde (SVR 2008 KV Nr. 3 S. 8 [Urteil des Bundesgerichts 9C_50/2007 vom 10. Juli 2007] E. 4.1 f. mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Mit Stellungnahme vom 27. Juni 2009 teilte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin unter anderem mit, dass die auf den Röntgenbildern aus den Jahren 1997 und 1998 abgebildeten Zähne (fünf Zähne im Ober- und zwei im Unterkiefer) einen weit fortgeschrittenen parodontalen Knochenschwund aufweisen würden. Die Parodontose sei eine Folge einer Parodontitis, welche in jedem Fall als Ursache eine ungenügende Mundhygiene habe. Mit einer regelmässigen Kontrolle sowie einer korrekten Mundhygiene wäre dies vermeidbar. Die primäre Ursache einer Kieferatrophie sei in jedem Fall der Zahnverlust. Eine schwere Kieferatrophie (Cawood VI) sei nicht primär durch eine Osteoporose bedingt, sondern könne auch ohne Osteoporose auftreten. Der Vertrauensarzt schloss aus den Auskünften des ehemals behandelnden Zahnarztes sowie aus vorhandenen Röntgenbildern, dass die Zähne aufgrund parodontosebedingter Lockerung hätten entfernt werden müssen. Der Zahnverlust sei Folge der über Jahrzehnte ungenügenden Zahnpflege. Weiter führte er aus, dass es bekannterweise nach Zahnverlust als Folge einer schweren Parodontose bzw. Parodontitis zu einer stärkeren Atrophie des Kiefers komme als in Fällen, in denen durch beispielsweise Karies geschädigte Zähne entfernt würden. Der parodontosebedingte Knochenabbau führe in der Folge auch zu einer stärkeren Atrophie des zahnlosen Kiefers. Dies dürfte den wesentlichen Faktor für die schwere Kieferatrophie bei der Versicherten darstellen. Daneben käme noch eine ungenügende Prothesennachsorge als beeinflussender Faktor der Kieferatrophie in Frage. Der Vertrauensarzt kommt in seiner Stellungnahme zum Schluss, dass eine schwere Atrophie des zahnlosen Kiefers (Cawood VI) gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV eine Pflichtleistung bezüglich der Wiederherstellung eines prothesenfähigen Kiefers darstelle, jedoch nicht bezüglich des darauf einzugliedernden Zahnersatzes, weil der Zahnersatz in Form einer Prothese nur wegen vermeidbarem Zahnverlust notwendig geworden sei (act. G 3.1/20). Wie nachfolgend dargelegt wird, kann die Frage offenbleiben, ob der Zahnverlust von der

Beschwerdeführerin möglicherweise mitverschuldet wurde. 2.2 Gemäss KVG-Leitfaden 1999 der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGKG) treten Osteopathien der Kiefer im Sinn von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV als pathologische Skelettrarefizierung (z.B. primäre/sekundäre Osteoporose), echte Mineralisationsstörungen (z.B. Osteomalazie), lokale pathologische Knochenneubildungen mit Funktionseinschränkung (z.B. lokale Osteodystrophie) oder extreme, nicht altersentsprechende Atrophie des Kieferknochens auf (z.B. Morbus Blunshli/Uehlinger). Nach dem Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO (3. Aufl. Bern 2008, S. 39; nachfolgend KVG-Atlas) zeigt das klinische Erscheinungsbild im Kieferbereich eine extreme Atrophie des Kieferknochens, auch den Kieferkörper betreffend, sodass aus anatomisch-morphologischen Gründen kein Zahnersatz eingegliedert werden kann. Nach Cawood werden sechs Atrophiegrade unterschieden. Der Atrophiegrad VI wird so definiert, dass der ganze Alveolarfortsatz bis auf die Kieferbasis abgebaut ist. Die Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin (Vol 108: 9/1998, S. 872 mit Hinweisen) beschreibt die Ursachen der Alveolarfortsatzresorption nach dem Zahnverlust als vielfältig und zu einem grossen Teil auch noch nicht völlig geklärt. Durch das Fehlen eines adäquaten Reizes, welcher vom be- und entlasteten Parodont ausgeht, werde im Rahmen des physiologischen Alveolarknochen-"Turnovers" mehr ab- als angebaut. Auch die Häufigkeit, Richtung und das Ausmass der auf den zahnlosen Kieferkamm einwirkenden Kräfte (Lippen-, Wangen-, und Zungendruck) würden ebenso eine Rolle spielen wie die Konstruktion und der Sitz der prothetischen Versorgung. Zusätzlich könnten systemische Faktoren (Alter, Geschlecht), aber auch Störungen des Hormonhaushalts, metabolische Faktoren sowie lokale entzündliche Vorgänge zu einer Beschleunigung des Abbauprozesses und zu einer Verringerung der lokalen Knochenqualität (welche durch die Knochendichte und die Architektur der Spongiosatrabekel charakterisiert sei) beitragen. Welche Ursachen bzw. Krankheiten aber speziell oder ausschliesslich zu einem Cawood VI führen, werden nicht weiter erörtert, jedoch dürfte dies die Summierung mehrerer Ursachen sein (Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin, Vol 108: 9/1998, S. 873). 2.3 Gemäss Rechtsprechung kann beim Nachweis einer extremen Atrophie per se und ohne weitere fachärztliche Untersuchung eine Osteopathie des Kieferknochens mit Beteiligung des Kieferkörpers angenommen werden, was eine Leistungspflicht nach Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV bewirkt. Dies ist der Fall, wenn der ganze Alveolarfortsatz des Alveolarknochens bis auf die Kieferbasis abgebaut ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_584/2008 vom 3. November 2008 E. 3.3). Folglich ist bei Vorliegen einer Atrophie Cawood VI von einer pathologischen Atrophie auszugehen, während bei einem bloss teilweisen, aber nicht ganzen Abbau des Alveolarfortsatzes im gesamten Ober- oder Unterkiefer die Leistungspflicht der Krankenpflegeversicherung vom zusätzlichen Nachweis einer Grundkrankheit in Form von Osteoporose, Osteomalazie oder Osteodystrophie abhängig ist. Der Zustand eines bis auf die Kieferbasis abgebauten Alveolarfortsatzes kann nicht allein auf Zahnverlust zurückgeführt werden (SVR 2008 KV Nr. 3 S. 8 [Urteil des Bundesgerichts 9C_50/2007 vom 10. Juli 2007] E. 5.2.1; KVG-Atlas S. 39) und ist somit als nicht vermeidbar zu betrachten (Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich KV.2006.00074 vom 29. März 2008 E. 4.1). Es muss also eine weitere Ursache hinzukommen, damit dieser Abbaugrad erreicht werden kann. 2.4 Unstrittig ist, dass bei der Beschwerdeführerin eine fortgeschrittene Atrophie des Oberkiefers (Cawood VI) vorlag. So räumt die Beschwerdegegnerin diesbezüglich auch ein, dass der damalige Krankenversicherer die

Wiederherstellung eines prothesenfähigen Kiefers zu Recht als Pflichtleistung gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV anerkannt und die entsprechenden Kosten übernommen habe (act. G 3). 2.5 Wäre gemäss Geltendmachung der Beschwerdegegnerin (entgegen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach ein Atrophiegrad Cawood VI immer unter Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV fällt) die Atrophie des Oberkiefers durch die Beschwerdeführerin aufgrund des vermeidbaren Zahnverlustes verschuldet worden und hätte somit vermieden werden können, müsste konsequenterweise gefolgert werden, dass bereits der Aufbau des Oberkiefers zumindest teilweise hätte von der Beschwerdeführerin getragen werden müssen. Die Beschwerdegegnerin führt jedoch an, dass der Aufbau des Oberkiefers richtigerweise vollständig vom damaligen Krankenversicherer übernommen worden sei. Damit impliziert sie (dem Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich KV.2006.00074 vom 29. März 2008 E. 4.1 entsprechend, vgl. E. 2.3), dass ein Cawood VI nicht vermeidbar ist.

E. 3

3.1 Wie bereits ausgeführt, ist eine extreme, nicht altersentsprechende Kieferatrophie vom Grad Cawood VI als Osteopathie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV anzuerkennen (vgl. E. 2.3). Die Wiederherstellung eines prothesenfähigen Kiefers wurde daher vom damaligen Krankenversicherer unbestrittenermassen und zu Recht als Pflichtleistung anerkannt. Was die Leistungspflicht für die Steg- und Hybridprothetik anbelangt, hat die soziale Krankenversicherung Ersatz für künstliche Zähne, die wegen normaler Abnutzung ihre Funktionstauglichkeit verloren haben, zu erbringen, wenn die vorangegangene zahnärztliche Versorgung ein Tatbestand nach Art. 31 Abs. 1 oder 2 KVG war (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, Rz. 456). Analog zum Vorerwähnten ist vorliegend eine Leistungspflicht betreffend die Hybridprothese ebenfalls angezeigt, da die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte schwere Kieferatrophie eine Kausystemerkrankung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG darstellt. 3.2 Die Beschwerdegegnerin erwähnt richtigerweise, dass ein Zahnverlust eine Kieferatrophie (mit)verursachen kann. Jedoch kann - wie dargelegt - allein aufgrund eines Zahnverlusts keine Atrophie mit Grad Cawood VI erreicht werden (vgl. E. 2.3). Da bei der Beschwerdeführerin gerade eine Erkrankung des Kausystems vorliegt, deren Ursache nicht allein beim Zahnverlust liegt, ist es unerheblich, ob der Verlust der Zähne hätte vermieden werden können oder nicht. Andernfalls hätte dies eine Ungleichbehandlung von Versicherten zur Folge, die an der identischen, nicht (also auch nicht durch zumutbare Hygienemassnahmen) vermeidbaren Erkrankung leiden. Die Beschwerdegegnerin sieht demgegenüber die Ungleichbehandlung darin, dass bei einem Atrophiegrad I-V die Prothese nicht von der Krankenversicherung übernommen würde, bei einem Grad VI jedoch schon. Das ist aber insofern nicht der Fall, als bei einer weniger weit fortgeschrittenen Atrophie ebenfalls eine Leistungspflicht besteht, sofern zusätzlich als Grundkrankheit eine Osteoporose, eine Osteomalazie oder eine Osteodystrophie nachgewiesen werden kann (vgl. E. 2.3). 3.3 Die zahnärztlichen Massnahmen richten sich bei einer Kieferatrophie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV auf die Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung der Kaufähigkeit, eventuell Rekonstruktion der Alveolarfortsätze sowie eventuell Implantate (KVG-Atlas S. 40). Da mittels einer Hybridprothese die Kaufähigkeit wiederhergestellt wird, bildet diese Bestandteil der zahnärztlichen Massnahmen, welche im Zusammenhang mit einer Atrophie, wie sie bei der Beschwerdeführerin vorliegt, zu ergreifen sind. In den in Art. 17 KLV aufgeführten Fällen, worunter der vorliegende zu subsumieren ist, gehen die Kosten der

Wiederherstellung (Zahnprothesen) zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (BGE 125 V 16 E. 3 S. 19 f.). Die Beschwerdegegnerin wendet dagegen ein, dass diese bundesgerichtliche Rechtsprechung auf den vorliegenden Fall keine Anwendung finde. Die Erkrankung in BGE 125 V 16 (Osteomyelitis der Kiefer) unterscheide sich von der vorliegenden in der Weise, dass eine Kieferatrophie mit Grad Cawood VI Ursache (die Beschwerdegegnerin meinte wohl "Folge") eines vermeidbaren Zahnverlustes sei (act. G 3). Da jedoch ein Zahnverlust nicht alleinige Ursache für eine Kieferatrophie mit Cawood VI sein kann und ein solcher Abbau immer von Art. 17 lit. c Ziff. 3 erfasst wird (vgl. E. 2.3), findet BGE 125 V 16 auch auf den vorliegenden Fall Anwendung. 3.4 Die Beschwerdegegnerin macht weiter geltend, die Beschwerdeführerin habe kein vorgängiges Gesuch um Kostengutsprache eingereicht (act. G 3). Bei einer Kostengutsprache handelt es sich nicht um eine formelle Anspruchsvoraussetzung im einzelnen Leistungsfall. Die Vorabgenehmigung ist lediglich ein Instrument zur Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Behandlung. Die fehlende vorgängige Zustimmung hat nicht den Untergang des Leistungsanspruchs zur Folge. Eine fehlende Zustimmung kann allenfalls dort einen bestehenden Leistungsanspruch vernichten, wo die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung nachträglich nicht mehr beurteilt werden kann und die Beweislosigkeit damit auf die versicherte Person zurückfällt (analog Eugster, a.a.O., Rz. 339). Im vorliegenden Fall ist es offensichtlich, dass ein vor der Behandlung gestelltes Gesuch um Kostengutsprache zu keinen besseren Beurteilungsmöglichkeiten betreffend die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit geführt hätte. Somit war nicht zwingend notwendig, dass die Beschwerdeführerin bzw. ihr behandelnder Zahnarzt ein Gesuch um Kostengutsprache stellten, insbesondere nachdem das vorgängig bei der Helsana Versicherungen AG eingereichte von dieser positiv beschieden wurde und es sich bei der avanex ebenfalls um eine Krankenversicherung der Helsana-Gruppe handelt.

E. 4

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gutzuheissen. Der Einspracheentscheid vom 15. September 2009 ist aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin hat über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen unter Berücksichtigung von Art. 32 KVG neu zu verfügen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

4.2 Hingegen hat die Beschwerdeführerin bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Mit der Beschwerde hat die Vertreterin der Beschwerdeführerin Aufwendungen im Gesamtbetrag von Fr. 2'740.90 geltend gemacht und mit der Replik zusätzlich Fr. 1'187.95 (act. G 1.1, 8.1). In der Verwaltungsrechtspflege wird das Honorar vom Gericht pauschal festgesetzt, wobei der Rahmen vor Versicherungsgericht in der Regel Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.-- beträgt (Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarverordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten [HonO; sGS 963.75]). Vorliegend erscheint der Betrag von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) in Anbetracht der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses als angemessen. Zur Deckung ihrer Auslagen ist der Beschwerdeführerin somit eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zuzusprechen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 15. September 2009 aufgehoben, und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen neu im Sinn

der Erwägungen verfüge. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

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