

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2012/5 vom 26. Februar 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-02-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publikationen\\_KV\\_2012\\_5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_KV_2012_5)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2012/5 du 26 février 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2012/5 del 26 febbraio 2013

## **Regeste**

KVG Art. 31, 33; KVV Art. 33, KLV Art. 18: Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Sanierung von Zahnschäden (Zahntfernungen und Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer) verneint. Zwar war durch die Radio- und Chemotherapie der Grunderkrankung eine Speicheldrüsenerkrankung entstanden und die Oligosialie (verminderte Speichelabsonderung), die auf die Speicheldrüsenerkrankung zurückzuführen war, führte zur festgestellten Kausystemerkrankung. Die Zahnschäden waren jedoch durch angemessene Zahnhygiene (häufigere professionelle Zahnkontrollen und -reinigungen sowie weitere Prophylaxemassnahmen) vermeidbar (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 26. Februar 2013, KV 2012/5).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). Der Beschwerdeführer wohnt im st. gallischen Teil der Ortschaft Z.\_\_\_\_, mithin auf dem Gebiet der politischen Gemeinde Y.\_\_\_\_, Kanton St. Gallen. Aufgrund der zitierten Gesetzesbestimmung ist die örtliche Zuständigkeit der St. Galler Gerichtsbarkeit gegeben. 1.2 Die sachliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen ist aufgrund von Art. 57 ATSG in Verbindung mit Art. 42 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; sGS 951.1) ebenfalls gegeben.

### **E. 2**

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Extraktion der Zähne und die Anfertigung von Totalprothesen für den Ober- und den Unterkiefer aufgrund des Kostenübernahmegesuchs vom 6. Dezember 2010 zu Recht verneinte. 2.2 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die gesetzlichen Grundlagen für die Übernahme von Zahnbehandlungskosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 31 und Art. 33 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10], Art. 33 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]) sowie Art. 17 bis Art. 19 Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern [EDI] über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31]) zutreffend dargestellt (E. III/3 f.). Richtigerweise hat sie dabei auf das Prinzip hingewiesen, dass die Kosten dieser Leistungen im Krankheitsfall der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbunden werden sollen, nämlich wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems, durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist. Ebenfalls zutreffend sind die Ausführungen der Beschwerdegegnerin über BGE 124 V 185 (bestätigt in ständiger Rechtsprechung; vgl. BGE 128 V 62 E. 2c und Hinweise auf BGE 127 V 332 E. 3a sowie BGE 127 V 343 E. 3b), wonach die Liste der Krankheiten, die zu einer Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Zahnbehandlungen Anlass geben kann, abschliessend ist (E. III/4 des angefochtenen Einspracheentscheids). Darauf kann verwiesen werden.

2.3 Im angefochtenen Einspracheentscheid hatte die Beschwerdegegnerin nicht näher präzisiert, gestützt auf welchen Artikel der KLV sie ihre Leistungspflicht verneine. Es stehen Leistungen zur Diskussion, die dem Beschwerdeführer allenfalls gemäss Art. 18 KLV zustehen, weil bei der Therapie der Grunderkrankung eine schwere Allgemeinerkrankung entstanden ist, die auf jene zurückzuführen ist und die ihrerseits eine zahnärztliche Behandlung notwendig macht (vgl. G. Eugster, Krankenversicherung, S. 542 ff., Rz 432 ff., in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, Hrsg. U. Meyer, 2. Aufl. Basel 2007; BGE 128 V 69 E. 5b, BGE 128 V 73 E. 6a, BGE 125 V 17 E. 1.a). Dagegen fällt Art. 17 Abs. 1 lit. c als Anspruchsgrundlage von vorneherein ausser Betracht, weil beim Plattenepithel-Karzinom an der Hypopharynx - anders als bei einem solchen der Epipharynx (vgl. Eugster, a.a.O., S. 541 mit Rechtsprechungshinweis) - keine Kausystemerkrankung vorliegt. Ebenfalls keine Anspruchsgrundlage gibt Art. 19 lit. c her, weil die hier zur Debatte stehende Zahnbehandlung nicht der Unterstützung oder Sicherstellung einer ärztlichen Behandlung dient. Auf der hier demnach einzig in Frage kommenden Grundlage von Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV können Pflichtleistungen jedoch nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems entstehen (obschon in diesen Bestimmungen nicht ausdrücklich erwähnt, aber gemäss der einschlägigen Rechtsprechung analog zu Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV der Fall; vgl. BGE 128 V 62 f. E. 4.a mit Hinweisen, BGE 128 V 70 E. 4a). Zu betonen ist auch, dass im Zusammenhang mit einer allfälligen Leistungspflicht gemäss Art. 18 KLV nicht die schwere Allgemeinerkrankung (oder ihre Folgen), sondern die Kausystemerkrankung unvermeidbar gewesen sein muss. Dieser Auslegung liegt der Gedanke zugrunde, dass von einer versicherten Person eine genügende Mundhygiene erwartet wird, was Anstrengungen in Form täglicher Verrichtungen, namentlich die Reinigung der Zähne, die Selbstkontrolle der Zähne, soweit dem Laien möglich, des Ganges zum Zahnarzt, wenn sich Auffälligkeiten am Kausystem zeigen, sowie periodischer Kontrollen und Behandlungen durch den Zahnarzt (einschliesslich einer periodischen professionellen Dentalhygiene) verlangt. Sie richtet sich nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde (vgl. BGE 128 V 62 E. 4a, BGE 128 V 70 f. E. 4a). Als vermeidbar im Sinn der vorstehenden Ausführungen gilt alles, was durch eine genügende Mundhygiene vermieden werden könnte. Abzustellen ist dabei grundsätzlich auf eine objektive Vermeidbarkeit der Kausystemerkrankung. Massgebend ist demzufolge, ob beispielsweise Karies oder Parodontitis hätte vermieden werden können, wenn die Mundhygiene genügend gewesen wäre, dies ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldbar zu betrachten ist (vgl. Eugster, a.a.O., S. 543 f., Rz 435 f.; BGE 128 V 63 E. 4b, BGE 128 V 71 E. 4b).

2.4 Zutreffend sind grundsätzlich auch die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, dass der Anspruch auf Leistungen nur besteht,

wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind. Die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit (für genügende Zahnhygiene und besonders Kariesprophylaxe in zumutbarem Rahmen) wären nach den Regeln der Beweislastverteilung durch den Beschwerdeführer zu tragen (vgl. E. III/5 des angefochtenen Einspracheentscheids und vorstehende E. 2.3). Zu ergänzen ist diesbezüglich, dass die erwähnten Beweisregeln erst dann Platz greifen, wenn die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 E. 3b S. 328).

### **E. 3**

3.1 Eine Leistungspflicht gemäss Art. 18 KLV setzt voraus, dass eine der aufgelisteten schweren Allgemeinerkrankungen vorliegt (vgl. auch vorstehende E. 2.3). Beim Beschwerdeführer kommt diesbezüglich einzig eine Speicheldrüsenerkrankung gemäss Abs. 1 lit. d von Art. 18 KLV in Frage. 3.1.1 Dr. F.\_\_\_\_, leitender Arzt an der Klinik für Radio-Onkologie des Kantonsspitals St. Gallen, hielt im Bericht vom 2. Juli 2010 (act. G 11.1/B08) fest, bei der Radiotherapie des Plattenepithel-Karzinoms der Hypopharynx vom 17. April 2009 bis 12. Juni 2009 hätten Speicheldrüsen (Parotis- und Submandibularisdrüsen je beidseits) im Strahlenfeld gelegen und seien mit 35 bzw. 56 Gray bestrahlt worden. Diese Strahlentherapie habe beim Beschwerdeführer nachweislich zu einer Mundtrockenheit geführt. Mundtrockenheit ist die Folge verminderter oder fehlender Funktion einzelner Speicheldrüsen. Unter dem Oberbegriff Hyposalivation wird die Mundtrockenheit bei verminderter Speichelsekretion als Oligosialie, bei gänzlich fehlendem Speichelfluss als Asialie oder Aptyalismus bezeichnet (vgl. Speichel und Mundgesundheit, unter der Verantwortung von Prof. Dr. J. Klimek, Zentrum für Zahn-Mund- und Kieferheilkunde des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Giessen, für Zahnmedizin-Studenten herausgegebenes Skriptum, 1. Aufl. 2007, S. 20, abrufbar unter <[http://www.stud-dents.de/fileadmin/downloads/klinik/zahnerhaltung/StuDe nt\\_Skript.pdf](http://www.stud-dents.de/fileadmin/downloads/klinik/zahnerhaltung/StuDe nt_Skript.pdf)>, abgerufen am 22. Februar 2013; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. 2003 S. 113, S. 141 und S. 1362). Der Begriff Xerostomie (wörtlich übersetzt "trockene Mundhöhle") wird in der Regel synonym zu Asialie bzw. Aptyalismus verwendet (vgl. T. Imfeld, Mundtrockenheit - was kann der Zahnarzt tun?, S. 1, abrufbar unter <[http://www.zora.uzh.ch/6404/1/Imfeld\\_Mundtrockenheit\\_Dentalworld\\_V.pdf](http://www.zora.uzh.ch/6404/1/Imfeld_Mundtrockenheit_Dentalworld_V.pdf)>, abgerufen am 22. Februar 2013 [bzw. act. G 11.1/B33]; je nach Quelle wird damit primär die subjektiv empfundene Mundtrockenheit bezeichnet und werden dabei vorwiegend Symptome beschrieben [vgl. Klimek, a.a.O. S. 20]). Störungen der Speichelsekretion (Ptyalismus, Speichelmangel und Xerostomie; exklusive Mundtrockenheit ohne nähere Angaben) werden gemäss ICD-10 unter K11.7 als Krankheiten der Speicheldrüsen eingeordnet. Beim Beschwerdeführer liegt unbestritten zumindest eine Oligosialie und damit eine Speicheldrüsenerkrankung gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV vor (vgl. act. G 11.1/B12). 3.1.2 Vom Beschwerdeführer wird bestritten, es habe nur eine Oligosialie (verminderte Speichelsekretion) und nicht eine Xerostomie (Trockenheit der Mundschleimhaut) vorgelegen. Dr. F.\_\_\_\_ bejahte im Bericht vom 2. Juli 2010 (act. G 11.1/B08) die Frage, ob die Strahlentherapie nachweislich zu einer Mundtrockenheit geführt habe. Ob die Mundtrockenheit das Ausmass einer Xerostomie angenommen oder

nur eine Oligosialie umfasst hatte, mit welcher Methode sie festgestellt worden war (Angaben des Patienten, Messung der Speichelflussrate oder andere), während welcher Zeit sie bestanden hatte oder wie sie allenfalls behandelt worden war, führte er jedoch nicht aus. Die Messung der Speichelflussrate durch Dr. C. \_\_\_ mit Saliva-Check Buffer war laut Auszug aus der Krankengeschichte am 18. November 2010 durchgeführt worden (act. G 11.1/B24; Gemäss Telefonnotiz vom 19. Juli 2010 konnte die Messung der Speichelflussrate im Sommer 2010 wegen des schlechten Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht durchgeführt werden [vgl. act. G 11.1/B09]). Aus dem Test ergab sich keine Einschränkung des Speichelflusses; die Ergebnisse lagen im Bereich normaler Mengen (vgl. act. G 11.1/B07, G 11.1/B18; Imfeld, a.a.O., S. 1 sowie C. Rath/T. Imfeld, Mundtrockenheit - Ursachen, Diagnose und Betreuung von Patienten mit Oligosialie oder Xerostomie, Tabelle 1 S. 4, abrufbar unter <[http://www.zora.uzh.ch/4977/2/Rath\\_Mundtrockenheit\\_Ther\\_Umsch\\_2008\\_2V.pdf](http://www.zora.uzh.ch/4977/2/Rath_Mundtrockenheit_Ther_Umsch_2008_2V.pdf)> [bzw. act. G 11.1/B32], abgerufen am 22. Februar 2013). Andere Arzt- oder Zahnarztberichte zur Frage, ob der Speichelfluss eingeschränkt war (Oligosialie) oder völlig fehlte (Xerostomie), liegen nicht vor. Beim Beschwerdeführer wurde eine Xerostomie oder eine entsprechende Behandlung somit nicht bestätigt.

3.2 Eine Speicheldrüsenerkrankung löst gemäss den vorstehenden Ausführungen (vor allem E. 2.3) nur dann eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für darauf zurückzuführende Erkrankungen des Kausystems aus, wenn Letztere unvermeidbar waren. Beim Beschwerdeführer war an diversen Zähnen Karies entstanden (vgl. Orthopantomographie [OPT]-Aufnahmen vom 8. Februar 2010 bzw. 25. November 2010 und Röntgenbilder vom 8. März 2010, act. G 11.1/B25, sowie Interpretationen durch Dr. E. \_\_\_, act. G 11.1/B17). Zu beurteilen ist in der Folge die Frage, ob diese Zahnkaries objektiv vermeidbar war:

3.2.1 Der Beschwerdeführer war unbestritten am 5. Februar 2009 von Zahnarzt B. \_\_\_ untersucht worden. Dabei wurde festgehalten, dass verschiedene Zähne fehlten, mehrere gefüllt waren und eine Brücke 11 x 22 bestand. Der Zahnarzt listete weder nicht behandelte defekte Zähne noch parodontal geschädigte Zähne auf (act. G 11.1/B01). Offenbar wurde von Zahnarzt B. \_\_\_ ein Zahnherd behandelt (vgl. handschriftliche Vermerke auf act. G 11.1/B01 und G 11.1/B04, Ausführungen in act. G 11.1/B04 sowie Zahnarztrechnung G 11.1/B03) und als Sofortmassnahme eine OPT am Kantonsspital St. Gallen vorgeschlagen. Als weitere zahnärztliche Behandlung wurden regelmässige Zahnreinigungen durch den Zahnarzt empfohlen und am 26. März 2009 eine solche von zehn Minuten durchgeführt (act. G 11.1/B03, 2 x Pos. 4125 Zahnreinigung pro 5 Min.). Zahnarzt B. \_\_\_ fertigte am 2. April 2009 auch zwei Tiefziehschienen an, die offenbar als Fluoridierungsschienen für den Ober- und den Unterkiefer dienen sollten (act. G 11.1/B03). Er hielt weiter fest, dass während mindestens 15 Jahren eine Beobachtung nötig sei. Die avanex vergütete med. dent. B. \_\_\_ die Kosten von Fr. 982.35 (act. G 11.1/B03). Weitere Zahnbehandlungen sind erst wieder ab Februar 2010 dokumentiert (3. oder 8. Februar 2010; genaues Datum in act. G 11.1/B24 nicht leserlich); eine Dentalhygiene-Behandlung bzw. professionelle Zahnreinigung (Tarifposition 4111) erstmals am 8. März 2010 (act. G 11.1/B24). Mit der Kostenschätzung vom 28. April 2010 schlug Dr. C. \_\_\_ neben der Befundaufnahme, Röntgenbildern und einer OPT sowie einer 40-minütigen Dentalhygiene-Behandlung die Extraktion von sechs Zähnen, mehrere Kunststofffüllungen, teils einflächig, teils interdental, sowie eine provisorische Kunststoffprothese vor (act. G 11.1/B06). Am 28. Februar 2010 wurde Zahn 47 extrahiert, am 16. April 2010 Massnahmen an Zahn 46 durchgeführt (act. G 11.1/B24). Bis zum 25. November 2010

(Erstellung einer OPT) finden sich während rund sieben Monaten keine Einträge in der Krankengeschichte von Zahnarzt C.\_\_\_\_ (act. G 11.1/B24). In der Kostenschätzung vom 6. Dezember 2010 (act. G 11.1/B11) veranschlagte dieser die Extraktion aller Zähne und die Anfertigung von Totalprothesen für Ober- und Unterkiefer. Mit der Stellungnahme des beratenden Zahnarztes vom 28. Januar 2011 (act. G 11.1/B17) wurde die Angabe von Dr. C.\_\_\_\_ bestätigt, dass sich mittlerweile der Zustand der Zähne verschlechtert habe und Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, dass gemäss OPT vom 25. November 2010 nun fast alle Zähne Kariesschäden aufweisen würden. Er bemerkte, dass schon auf dem OPT vom 8. Februar 2010 an diversen Zähnen Sekundär- und Interdentalkaries sichtbar gewesen sei. Eine Behandlung sei nicht erfolgt, sodass die Schäden innerhalb von neun Monaten (OPT vom 25. November 2010) stark zugenommen hätten und einzelne Zähne frakturiert seien. Die interdendale Lokalisation lasse eindeutig auf mangelnde Mundhygiene schliessen.

### 3.2.2

Laut "Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem" der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO; 3. Aufl. 2008, S. 97 ff.; nachfolgend KVG Atlas) wird vor einer Strahlen- oder Chemotherapie im Kieferbereich die zahnärztliche Erhebung und Behandlung allfälliger aktiver Zahnherde empfohlen, was beim Beschwerdeführer offenbar durch Zahnarzt B.\_\_\_\_ erfolgte (vgl. act. G 11.1/B01, G 11.1/B03 f.). Selbst bei Patienten ohne spezifisches Risiko wird laut KVG Atlas als Behandlung bzw. Behandlungsempfehlung vor, während und nach der Bestrahlungstherapie die dentale Hygiene mit Motivation und Kontrolle, die Extraktion von nicht erhaltenswürdigen Zähnen sowie die Anfertigung und Applikation einer Fluoridierungsschiene empfohlen (a.a.O., S. 99). Obwohl Zahnarzt B.\_\_\_\_ aufgrund der Untersuchung vom 5. Februar 2009 entsprechende Massnahmen vorgeschlagen und am 2. April 2009 zwei Tiefziehschienen angefertigt hatte (act. G 11.1/B01, G 11.1/B03 f.), ist nicht nachgewiesen, dass der Beschwerdeführer die Fluoridierungsschienen instruktionsgemäss benutzte. Insbesondere aber fehlt der Nachweis, dass er seine Zähne zwischen Februar 2009 und März 2010 professionell reinigen liess. Dies obwohl angenommen werden darf, dass Zahnarzt B.\_\_\_\_ ihn anlässlich der Befundaufnahme vom 5. Februar 2009 und der Anfertigung der Tiefziehschienen auf die dringende Notwendigkeit dieser Massnahmen hingewiesen hatte.

### 3.2.3

Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, er habe sich periodisch von seinem behandelnden Zahnarzt untersuchen lassen. Von einem Versicherten dürften (unter dem Gesichtspunkt der Schadenminderungspflicht) nicht weitergehende Massnahmen verlangt werden, als diese seitens des behandelnden Zahnarztes als angezeigt erachtet würden. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin sei deshalb davon auszugehen, dass die bis zum Kostenübernahmegesuch vom 28. April 2010 erfolgten Massnahmen angemessen gewesen seien. Der Beschwerdeführer macht nicht geltend, er habe zwischen der Befunderhebung durch Zahnarzt B.\_\_\_\_ am 5. Februar 2009 bzw. der Anfertigung der Tiefziehschienen am 2. April 2009 und der Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ ab Anfang Februar 2010 seine Zähne durch einen Zahnarzt oder eine ausgebildete Fachkraft für Dentalhygiene kontrollieren oder reinigen lassen. Damit ist er aber bereits von den Empfehlungen abgewichen, die Zahnärzte gesunden Patientinnen und Patienten zu geben pflegen und die eine halbjährliche professionelle Zahnkontrolle und Zahnreinigung beinhalten (vgl. SSO-Prospekt 1131 über Mundhygiene, abrufbar unter <[http://www.sso.ch/doc/doc\\_download.cfm?uuid=BCA32A8ED9D9424C4107016613D1222F&&IRACER\\_AUTOLINK&&](http://www.sso.ch/doc/doc_download.cfm?uuid=BCA32A8ED9D9424C4107016613D1222F&&IRACER_AUTOLINK&&)> bzw. Angaben über professionelle Zahnreinigung [PZR] auf <[http://www.zahnwissen.de/frameset\\_spezial.htm?~mundhygiene.htm](http://www.zahnwissen.de/frameset_spezial.htm?~mundhygiene.htm)>; beide abgerufen am 22. Februar 2013). Hätte der Beschwerdeführer seinen behandelnden Zahnarzt

Dr. C.\_\_\_\_ schon während oder unmittelbar nach der Bestrahlungstherapie (vom 27. April 2009 bis 12. Juni 2009) aufgesucht, hätte dieser als Mitglied der SSO (vgl. <<http://www.sso.ch/index.cfm?uuid=264752A6D9D9424C42574417FAFAEAD0>>, abgerufen am 22. Februar 2013) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Vorgehen gemäss S. 99 KVG Atlas (a.a.O.) gewählt und die dort empfohlenen Zahnhygiene- und Prophylaxebehandlungen durchgeführt. Der Beschwerdeführer kam damit wegen des Intervalls von mindestens zehn Monaten für professionelle Zahnkontrolle und -Reinigung (zwischen der Anfertigung der Tiefziehschienen am 2. April 2009 und der Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ ab Anfang Februar 2010; act. G 11.1/B03, G 11.1/B24) nicht einmal der Reinigungs- und Prophylaxeempfehlung (mit halbjährlicher Durchführung) für gesunde Patienten nach, geschweige denn den Empfehlungen der SSO, die bei seiner Erkrankung während und nach der Strahlentherapie intensive zahnärztliche Betreuung bezüglich Mundhygiene zum Standard machen. Hinzu kommt, dass der KVG Atlas auch bei Patienten ohne spezifisches Risiko (für Kausystemerkrankungen) nachdrücklich neben einer intensiven Mundhygiene auch das Tragen von Fluoridierungsschienen empfiehlt (a.a.O. S. 99; vgl. vorstehende E. 3.2.2). Der Beschwerdeführer hat jedoch die Durchführung dieser Massnahme zur Kariesprophylaxe weder geltend gemacht noch in irgendeiner Form nachgewiesen. Selbst wenn während einer beschränkten Zeit eine völlige Mundtrockenheit vorgelegen hätte (eine solche Xerostomie ist jedoch beim Beschwerdeführer nicht nachgewiesen), hätte diese die Mundhygiene zwar erschwert aber nicht verunmöglicht. Eine gewissenhafte Mundhygiene, das häufige Trinken zuckerfreier Flüssigkeiten, das Kauen von xylithaltigen Kaugummis, die Einnahme von Speichelersatz auf Carboxymethylcellulose-Basis als Mundwasser oder allenfalls die Einnahme von Pilocarpin-Tabletten (Behandlung bei Xerostomie laut Das MSD Manual der Diagnostik und Therapie, Hrsg. Mark H. Beers und Robert Berkow, 6. Aufl. 2000, S. 910) können ohne weiteres als zumutbare Massnahmen bezeichnet werden (vgl. auch BGE 128 V 65 E. 6d). Die Durchführung solcher Massnahmen, die den Speichelfluss stimuliert bzw. den fehlenden Speichel ersetzt hätten, sind vom Beschwerdeführer - wie die Durchführung professioneller Zahnreinigungen zwischen Juni 2009 und März 2010 - jedoch ebenfalls weder geltend gemacht noch in irgendeiner Form nachgewiesen worden. 3.2.4 Aufgrund der bisherigen Ausführungen ist erstellt, dass der Beschwerdeführer seine Mundhygiene nicht in zumutbarem Ausmass durchgeführt und insbesondere nicht der durch die Grunderkrankung notwendigen Intensivierung angepasst hatte. Zwar war die Speicheldrüsenenerkrankung Oligosialie aufgrund der Bestrahlungen nicht vermeidbar, hingegen die in der Folge aufgetretene Zahnkaries als Erkrankung des Kausystems. 3.3 Zur Unterstützung seiner Position, die Zahnschäden, die letztlich zur Extraktion sämtlicher Zähne geführt hatten und Totalprothesen nötig machten, seien durch die Chemo- und Bestrahlungstherapie verursacht worden, verweist der Beschwerdeführer auf die Berichte seines Hausarztes, Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. act. G 11.1/B16, act. G 1.5 f.). Dieser hielt im Bericht vom 24. Januar 2011 fest, die Zahnsituation dürfte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die Radio- und Chemotherapie bedingt sein und nicht durch die mangelnde Hygiene (act. G 11.1/B16). Im Zeugnis vom 17. Mai 2011 (act. G 1.5) führte er aus, es sei an sich bekannt und augenscheinlich, dass sowohl die Chemo- vor allem aber auch die Radiotherapie im Mund-/Rachenbereich die Zahnsituation schädige. Inwiefern nun das Gebiss schon vor der Erkrankung sanierungsbedürftig gewesen sei, könne er nicht beantworten. Sicher spiele die Therapie aber eine wesentliche Rolle und würde den Zahnzerfall auch beschleunigen. In der Bestätigung vom 24. April 2012 (act. G 1.6) hielt

Dr. D.\_\_\_\_ zusätzlich zur Tatsache, dass die Strahlentherapie einen wesentlichen Teil zur Destruktion der Zähne beitragen könne, fest: "Ebenso spielen der schlechte Allgemeinzustand durch das Grundleiden und durch die Chemotherapie eine Rolle. Die deutliche Verschlechterung in dieser Krankheitsphase spricht für den ursächlichen Zusammenhang mit dem Grundleiden und den notwendigen Therapien." Die Argumentation des Hausarztes vermag die Tatsachen, dass der Beschwerdeführer die gebotene intensivere Mundhygiene nicht eingehalten hatte und insbesondere keine häufigeren professionellen Zahnkontrollen und -reinigungen durchführen liess, nicht umzustossen. Sie geht von der (an sich unbestrittenen) Eignung von Radio- und Chemotherapie im Mundbereich aus, Mundtrockenheit zu verursachen und der dadurch erhöhten Anfälligkeit der Zähne auf kariöse Schädigung. Verbunden mit der Tatsache, dass diese Therapien beim Beschwerdeführer stattgefunden hatten und danach eine erhebliche Zahnschädigung festgestellt worden war, folgert der Hausarzt letztlich nach der beweisrechtlich untauglichen Formel "post hoc ergo propter hoc" oder "danach ist deswegen" (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007] S. 52 E. 7.2.4 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_979/2010 vom 9. Mai 2011 E. 6.2 mit Hinweisen) auf eine Radio- und Chemotherapie-bedingte Verursachung der Zahnschädigungen. Auch der Hinweis auf den reduzierten Allgemeinzustand des Beschwerdeführers vermag nicht nachzuweisen, dass diesem eine angemessene Mundhygiene (mit Massnahmen wie häufiges Trinken, Mundspülungen oder Tragen der Fluoridierungsschienen) sowie die nötigen professionellen Zahnkontrollen und -reinigungen nicht möglich gewesen waren. Die Berichte und Stellungnahmen von Dr. D.\_\_\_\_ sind damit weder geeignet, eine Verursachung der Zahnschäden durch die Radio- und Chemotherapie nachzuweisen, noch darzulegen, dass die Kausystemerkrankung des Beschwerdeführers unvermeidbar gewesen war. 3.4 Der Beschwerdeführer lässt subsidiär geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe ihm aufgrund der Austauschbefugnis zumindest die eingesparten Zahnvorsorgekosten auszurichten, sollte ihm eine Verletzung der Schadenminderungspflicht vorgeworfen werden können. Er übersieht dabei, dass es bei der Austauschbefugnis um den Ersatz einer Pflichtleistung geht, obwohl eine andere Pflichtleistung durchgeführt wurde. Dieser Tatbestand liegt hier aber gerade nicht vor. Bei der am 6. Dezember 2010 veranschlagten Zahnsanierung (act. G 11.1/B11) handelt es sich nicht um Pflichtleistungen. Die Kosten, die die Beschwerdegegnerin dadurch eingespart hat, dass die schadenabwendenden Zahnkontrollen und -reinigungen nicht durchgeführt worden waren, können daher nicht an die Zahnsanierung geleistet werden (vgl. auch Eugster, a.a.O., S. 612, Rz 643).

#### **E. 4**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Zahnsanierung durch Zahnarzt Dr. C.\_\_\_\_. Die Beschwerde ist abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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