

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2019/11 vom 15. Januar 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-01-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_KV\\_2019\\_11](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2019_11)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2019/11 du 15 janvier 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2019/11 del 15 gennaio 2020

## **Regeste**

KVG Art. 31, 33; KVV Art. 33, KLV Art. 18: Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für vier jährliche Dentalhygiene-Sitzungen infolge eines Sjögren-Syndroms bejaht. Für die Annahme der von der Verwaltung für die ersten beiden Sitzungen geltend gemachten Ohnehin-Kosten fehlt es an einer Rechtsgrundlage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Januar 2020, KV 2019/11).

## **Volltext**

Entscheid vom 15. Januar 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. KV 2019/11 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen, gegen SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Zahnpflege (Dentalhygiene-Behandlung) Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) ist bei der SWICA Krankenversicherung AG (nachfolgend: SWICA) unter anderem obligatorisch krankenversichert. Sie leidet an einem Sjögren-Syndrom (KV-act. 1). Ihrer behandelnden Zahnärztin, Dr. med. dent. A.\_\_\_\_, eidg. dipl. Zahnärztin, zufolge ist sie zusätzlich an einer chronischen generalisierten Parodontitis erkrankt (act. G1.3). Am 8. März 2018 stellte Dr. B.\_\_\_\_ der SWICA eine bei der Versicherten vorgenommene "DH-Behandlung und eine Fluoridierung Lack mehr als 4 Zähne" vom 27. Februar 2018 in Rechnung (KV-act. 2 S. 3). Mit Schreiben vom 22. März 2018 lehnte die SWICA eine Übernahme der Kosten der ersten zwei zahnärztlichen Kontrollen pro Jahr mit eventuellen Hygienemassnahmen ab und erklärte, sie habe ihre Handhabung in Bezug auf Dentalhygiene-Sitzungen angepasst (KV-act. 2). Die Versicherte teilte der SWICA am 3. April 2018 mit, dass sie damit nicht einverstanden sei, und beantragte die Erstattung der Kosten für die Dentalhygiene-Sitzung vom 27. Februar 2018 (KV-act. 3). Mit Schreiben vom 16. April 2018 hielt das Kompetenzzentrum Zahnmedizin der SWICA an deren Entscheid vom 22. März 2018 fest (KV-act. 4). Nachdem die Versicherte die SWICA am 30. April 2018 darüber informiert hatte, dass sie noch immer nicht mit dem Entscheid, die ersten beiden zahnärztlichen Kontrollen pro Jahr nicht zu bezahlen, einverstanden sei (KV-act. 5), lehnte Letztere am 5. Juni 2018 mittels Verfügung die Kostenübernahme der ersten beiden Dentalhygiene-Behandlungen pro Jahr aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab (KV-act. 6). Die dagegen am 26. Juni 2018 erhobene und am 13. August 2018 ergänzend begründete Einsprache (KV-act. 7 und 9) wies sie mit Entscheid vom 10. April 2019 ab (KV-act. 10). Die Beschwerde vom 27. Mai 2019 richtet sich gegen den Einspracheentscheid vom 10. April 2019. Die Versicherte

(nachfolgend: Beschwerdeführerin) beantragte darin, den Einspracheentscheid aufzuheben und ihr die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter beantragte sie die Rückweisung der Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die SWICA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin); alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Sie machte geltend, nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung setze die Leistungspflicht der Krankenversicherung eine objektive Unvermeidbarkeit der Erkrankungen des Kausystems voraus. Demgegenüber halte es eine Lehrmeinung für fraglich, ob der auf sie [die Beschwerdeführerin] anwendbare Gesetzesartikel verlange, dass die Kausystemerkrankung unvermeidbar sein müsse. Deshalb habe sie ohne weiteres Anspruch auf Kostenübernahme bereits ab der ersten dentalhygienischen Behandlung. Sodann habe es die Beschwerdegegnerin unterlassen zu untersuchen, ob es trotz unbestrittenermassen ausreichender Mundhygiene zu Schädigungen gekommen sei. Weiter bleibe im Dunkeln, auf welche medizinischen Grundlagen die Beschwerdegegnerin sich bei ihren Annahmen hinsichtlich der Anzahl dentalhygienischer Behandlungen stütze. Selbst wenn "Guidelines" bestehen würden, sei damit nicht notwendigerweise belegt, dass gesunde Versicherte dem angeblich üblichen Mass von zwei dentalhygienischen Behandlungen pro Jahr überhaupt nachkämen (act. G1). Nachdem der Vertrauenszahnarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. dent. C.\_\_\_\_, Zahnarzt SSO, am 10. Juli 2019 ihm unterbreitete Fragen beantwortet hatte (KV-act. 11), beantragte die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 12. August 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G5 S. 2). Gleichzeitig reichte sie die Vorakten ein (KV-act. 1 bis 11) und hielt zusammenfassend fest, sie vertrete bei allen Versicherten in vergleichbarer Lage die vorliegend strittige Ansicht, die ersten beiden Dentalhygiene-Sitzungen seien von der versicherten Person selber zu tragen. Die von der Beschwerdeführerin vertretene Lehrmeinung widerspreche der bundesgerichtlichen Rechtsprechung und auch einem überwiegenden Teil der Lehre. Die Kausystemerkrankung müsse auch in Zusammenhang mit dem im Fall der Beschwerdeführerin anwendbaren Gesetzesartikel unvermeidbar sein, um Leistungen auszulösen. Es sei auch ohne vertrauensärztliche Beurteilung unbestritten, dass die Beschwerdeführerin wegen ihrer Speicheldrüsenerkrankung eine überdurchschnittlich intensive Dentalhygiene einhalten müsse, um dem für sie deutlich höheren Risiko eines Kariesbefalls entgegen zu wirken. Der Vertrauenszahnarzt Dr. C.\_\_\_\_ halte fest, dass Patienten mit parodontalen Problemen auch ohne Zusatzerkrankung zwei bis vier Sitzungen pro Jahr wahrnehmen müssten. Wäre die Beschwerdeführerin - abgesehen von der Parodontitis - gesund, hätte sie mindestens zwei Dentalhygiene-Sitzungen pro Jahr nötig, um ihrer Schadenminderungspflicht nachzukommen. Diese beiden ersten Sitzungen würden zu Lasten der Beschwerdeführerin gehen und nur der aufgrund der Erkrankung nötige Mehrbedarf gehe zu ihren Lasten (act. G5). In der Replik vom 16. September 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und führte ergänzend an, aus der von der Beschwerdegegnerin zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung gehe nicht hervor, dass die Krankenversicherung deshalb nicht für die Kosten der notwendigen Mundhygiene aufzukommen habe, weil von einer versicherten Person eine genügende Mundhygiene erwartet werden könne. Sie habe die Dentalhygiene stets lückenlos wahrgenommen und sei der ihr zumutbaren Prophylaxe nachgekommen. Bei der Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2019 handle es sich lediglich um eine der Beschwerdegegnerin gefällige Empfehlung (act. G8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 8. Oktober 2019 auf die Einreichung einer Duplik (act. G10). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat die Befragung ihres Vertrauenszahnarztes Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. KV-act. 11) erst nach

Beschwerdeerhebung, d.h. *lite pendente*, vorgenommen. Es gilt deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit diesem Vorgehen das Prinzip des Devolutiveffekts verletzt hat. Als ordentlichem Rechtsmittel kommt der Beschwerde nach Art. 56 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) Devolutiveffekt zu. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet die Zuständigkeit des kantonalen Versicherungsgerichts, über das in der angefochtenen Verfügung geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit verliert die Verwaltung die Herrschaft über den Streitgegenstand, und zwar insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen. Die Beschwerdeinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln und ist nicht an die Begehren der Parteien gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG). Das Prinzip des Devolutiveffekts des Rechtsmittels erleidet insofern eine Ausnahme, als gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung bis zu ihrer Stellungnahme in Wiedererwägung ziehen kann. In diesem Rahmen sind Abklärungsmassnahmen der Verwaltung *lite pendente* nicht schlechthin ausgeschlossen. Hinter dieser Ausnahmeregelung steht der Gedanke der Prozessökonomie im Sinn der Vereinfachung des Verfahrens. So sind punktuelle Abklärungen in der Regel zulässig (vgl. hierzu BGE 127 V 231 ff. E. 2b/bb). Angesichts des Umstandes, dass die von der Beschwerdegegnerin schriftlich durchgeführte Befragung des Vertrauenszahnarztes als punktuelle Abklärung gelten kann, ist von einer solchen Ausnahme auszugehen. Folglich sind die Befragung mitsamt Beantwortung vom 10. Juli 2019 (KV-act. 11) vom Gericht grundsätzlich zu berücksichtigen. Umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Übernahme der Kosten der ersten beiden Dentalhygienebehandlungen pro Jahr aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Kosten für zahnärztliche Behandlungen sind von den Krankenversicherern nur unter den eingeschränkten Voraussetzungen in Art. 31 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen, nämlich dann, wenn die Behandlung entweder durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Abs. 1 lit. a) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (Abs. 1 lit. b) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Abs. 1 lit. c). Auch in diesen Bereichen werden nur Behandlungen übernommen, die nach dem allgemeinen Grundsatz in Art. 32 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. In Art. 33 Abs. 2 KVG wird der Bundesrat unter anderem beauftragt, die Leistungen nach Art. 31 Abs. 1 KVG näher zu bezeichnen, und in Art. 33 Abs. 5 KVG wird er dazu ermächtigt, diese Aufgabe dem Departement oder dem Bundesamt zu übertragen. Von dieser Ermächtigung hat der Bundesrat Gebrauch gemacht und in Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) festgelegt, dass das Departement nach Anhörung der zuständigen Kommission die zahnärztlichen Behandlungen nach Art. 31 Abs. 1 KVG zu bezeichnen habe. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat gestützt auf diese Subdelegation in Art. 17-19 der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) die Erkrankungen aufgelistet, bei denen gestützt auf Art. 31 Abs. 1 KVG eine Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht. Art. 18 KLV enthält die schweren Allgemeinerkrankungen im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG, bei denen diese Versicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen übernimmt, wenn sie durch diese Krankheiten oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig

sind. Diese schweren Allgemeinerkrankungen umfassen die aufgezählten Erkrankungen des Blutsystems (Art. 18 Abs. 1 lit. a KLV), die aufgezählten Stoffwechselerkrankungen (Art. 18 Abs. 1 lit. b KLV), verschiedene weitere Erkrankungen (Art. 18 Abs. 1 lit. c KLV) und Speicheldrüsenerkrankungen (Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV). Aktenkundig und zwischen den Parteien zu Recht unumstritten ist, dass die Beschwerdeführerin an einem Sjögren-Syndrom und an einer chronischen generalisierten Parodontitis leidet und dass die erstgenannte Erkrankung von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV und damit von Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG erfasst wird (act. G1 und KV-act. 10; vgl. diesbezüglich auch den "Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem" der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft [SSO; 4. Aufl. 2018, S. 95 ff. zu Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV; nachfolgend KVG Atlas; abrufbar unter [http://sso-shop.ch/uploads/tx\\_gishop/3301\\_KVG\\_Atlas\\_SSO\\_nicht\\_ausdruckbar\\_01.pdf](http://sso-shop.ch/uploads/tx_gishop/3301_KVG_Atlas_SSO_nicht_ausdruckbar_01.pdf)]). Das vorstehend Gesagte bedeutet, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen der Beschwerdeführerin, die durch das Sjögren-Syndrom oder seine Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind, zu übernehmen hat (Art. 18 Abs. 1 KLV). Dies wiederum zieht es nach sich, dass die Kosten grundsätzlich für all jene Behandlungen zu übernehmen sind, welche als Folge der schweren Allgemeinerkrankung notwendig sind (BGE 124 V 354 E. 2d). Das ist gemäss Empfehlung der Schweizerischen Zahnärztegesellschaft im Falle des Sjögren-Syndroms für drei bis vier professionelle Zahnreinigungs-Behandlungen inkl. Fluoridapplikation pro Jahr der Fall (vgl. KVG Atlas, a.a.O., S. 97), und zwar unabhängig vom zusätzlichen Vorliegen einer Kausystemerkrankung. Beim KVG Atlas handelt es sich zwar um Empfehlungen einer Berufsgruppe ohne jeglichen normativen Charakter. Sie sind für das Gericht nicht verbindlich. Es kann sie bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Es weicht andererseits von deren Inhalt ab, sofern sie mit den anwendbaren gesetzlichen Vorschriften nicht vereinbar sind (BGE 124 V 354 E. 2e). Letzteres ist vorliegend nicht der Fall, weshalb auf die Empfehlungen abgestellt und davon ausgegangen wird, dass bis zu vier jährliche Dentalhygiene-Sitzungen mit Fluoridierung zu der von der Rechtsprechung von der Beschwerdeführerin im Sinne der Schadenminderungspflicht gar geforderten Mundhygiene gehören (vgl. hierzu beispielsweise BGE 128 V 62 f. E. 4a) und folglich auch von der Versicherung zu übernehmen sind. Dass die Voraussetzungen von Art. 32 KVG mit den quartalsweise besuchten Dentalhygiene-Sitzungen inkl. Fluoridierung eingehalten sind, stellt die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht in Frage. Vor dem Hintergrund der diesbezüglichen Diskussion zwischen den Parteien sei der Vollständigkeit halber erwähnt, dass Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV, 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 auslöst. Nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kausystemerkrankung muss unvermeidbar gewesen sein. Dies geht einerseits aus 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 Pflichtleistungen der Krankenkassen gehören. Andererseits 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 voll aufkommen muss, wenn sie an einer nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems leidet, die durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt

ist. Dieser Auslegung liegt somit der Gedanke zu 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, den Gang zum Zahnarzt, wenn sich Auffälligkeiten am Kausystem zeigen, sowie periodische Kontrollen und Behandlungen durch den Zahnarzt (einschliesslich einer periodischen professionellen Dentalhygiene). Sie richtet sich nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde (BGE 128 V 62 f. E. 4a mit Hinweisen, bestätigt beispielsweise in BGE 128 V 71 f. E. 4a). Angesichts des Umstandes, dass das Sjögren-Syndrom der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft zufolge unter anderem zahnmedizinische Probleme wie erhöhte Kariesanfälligkeit und Parodontitis nach sich zieht (vgl. KVG Atlas, a.a.O., S. 97), ist entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Kausystemerkrankung in Form einer chronischen generalisierten Parodontitis (act. G1.3) eine unvermeidbare Folge des Sjögren-Syndroms darstellt. Selbst wenn dies jedoch nicht der Fall wäre und die Unvermeidbarkeit der Kausystemerkrankung verneint werden müsste, würde dies wie vorstehend erwähnt einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht entgegenstehen - geht es doch bei den strittigen Dentalhygiene-Sitzungen nicht um die Behandlung der Kausystemerkrankung, sondern um zahnärztliche Behandlungen, die durch das Sjögren-Syndrom bedingt sind (vgl. hierzu E. 2.3.2). Soweit die Beschwerdegegnerin sich auf den Standpunkt stellt, es handle sich bei den Kosten für die ersten beiden Dentalhygiene-Sitzungen pro Jahr um Ohnehin-Kosten, die bei genügender Prophylaxe sowieso anfielen und deshalb nicht zu übernehmen seien, so findet sich keine diesbezügliche Rechtsgrundlage. Mit Urteil vom 5. Februar 2008, 9C\_712/2007, E. 4.2 hat das Bundesgericht sich vielmehr dem entgegenstehend - allerdings betreffend Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG i.V.m. Art. 19 KLV - der Meinung angeschlossen, das Krankenversicherungsgesetz kenne diesbezüglich keine Vorteilsanrechnung (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. Basel 2016, Rz. 489). Und selbst wenn eine genügende Rechtsgrundlage für eine solche Vorteilsanrechnung gegeben wäre, so belegt die Beschwerdegegnerin jedenfalls die von ihr behauptete Anzahl von zwei Dentalhygiene-Behandlungen pro Jahr nicht (vgl. diesbezüglich auch KV-act. 11 Ziff. 1 und 3). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 10. April 2019 gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auch die Kosten der Beschwerdeführerin für die ersten beiden Dentalhygienebehandlungen pro Jahr zu übernehmen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 10. April 2019 gutgeheissen und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, auch die Kosten der Beschwerdeführerin für die ersten beiden Dentalhygienebehandlungen pro Jahr zu

übernehmen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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