

SO_GERICHTE VSBES.2020.157 vom 10. Dezember 2020

SO Obergericht, 2020-12-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.157_d20201210

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.157 du 10 décembre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.157 del 10 dicembre 2020

Regeste

Krankenversicherung KVG

Erwägungen

E. 1

Er verlange $\frac{3}{4}$ der Kosten vom Punkt Zahnextraktion unter Aufklappen mit Separieren. CHF 354.59 davon $\frac{3}{4}$ ergebe den Betrag von CHF 265.95 Kostenbeteiligung.

E. 2

Sämtliche Medikamente und das Röntgen seien von der Krankenkasse zu bezahlen. Medikament auf Spezialitätenliste aufgeführt.

E. 3

3.1 Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankheit zu übernehmen sind, werden in Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) 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 von Ärzten und Ärztinnen Leistungen erbringen.

Die Leistungen der Zahnärzte und Zahnärztinnen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfalle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse 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).

3.2 Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und

E. 5

KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG einen eigenen Artikel 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 schliesslich hat das Departement die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendigen Bestandteil der Behandlung darstellt.

3.3 Eine Leistungspflicht ist nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems gegeben. Nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kausystemerkrankung muss unvermeidbar gewesen sein. Zudem soll die versicherte Person von den Kosten der zahnärztlichen Behandlung nur dann befreit werden, wenn sie an einer nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems leidet, die durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist. Der betreffenden 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 und 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). Sie richtet sich nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde. Was die Vermeidbarkeit anbelangt, fällt darunter alles, was durch eine genügende Mund- und Zahnhygiene vermieden werden könnte. Abzustellen ist dabei grundsätzlich auf eine objektive Vermeidbarkeit der Kausystemerkrankung. Massgebend ist demzufolge, ob beispielsweise Karies oder Parodontitis hätten vermieden werden können, wenn die Mund- und Zahnhygiene genügend gewesen wäre, ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldbar zu betrachten ist. Dazu gehört eine allgemein übliche genügende Mund- und Zahnhygiene (BGE 128 V 59 E. 4 S. 62 f. sowie 70 E. 4a und b S. 70 f.). Dies will indessen nicht heissen, dass eine versicherte Person, die auf Grund ihrer Konstitution, durchgemachten Krankheiten oder durchgeführten Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen hat, es mit der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen kann. Die Mundhygiene muss aber in jedem Fall sowohl in der täglichen Durchführung wie auch hinsichtlich des periodischen Ganges zum Zahnarzt und der Dentalhygiene in vernünftigem und zumutbarem Rahmen bleiben (BGE 128 V 59 E. 6d S. 65 und 70 E. 5a S. 71 f.; Urteil 9C_606/2007 vom 31. Januar 2008 E. 4; vgl. ferner Urteil 9C_223/2014 vom 4. Juni 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.4 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen gemäss Art. 57 KVG sind ein Organ der sozialen Krankenversicherung und beraten die Krankenkassen in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherten (Art. 57 Abs. 4 KVG). Die Leistungserbringer müssen dabei den Vertrauensärzten die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren (Art. 57 Abs. 6 KVG). Weder Versicherte noch Leistungserbringer oder deren Verbände können Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen Weisungen erteilen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherten. Diesen wiederum kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine

Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 104 V 211 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 313 E. 1b). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweisen).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei es Fakt, dass er am 17. März 2020 zur Notfallbehandlung wegen Schmerzen den Zahnarzt aufgesucht habe. Tatsache sei, dass der Zahn entfernt werden müssen und dadurch eine Mund-Antrumfistel entstanden sei, die genäht werden müssen. Die entstandene bakterielle Verseuchung der Kieferhöhle habe in der Folge mit dreimaligen Antibiotikakuren behandelt werden müssen. Ob er ein neu zu verschreibendes Medikament gegen Entzündung nehme oder das bereits vorhandene Medikament einnehme, sei nicht ausschlaggebend. Interessant sei ja, dass dieses Medikament von der Krankenkasse anstandslos und ohne jegliche Kommentare bezahlt werde, da es vom Hausarzt verschrieben worden sei. Somit habe die Krankenkasse bereits Zahlung zu diesem Vorfall geleistet und ihn anerkannt. Diese Antibiotika-Einnahme bestätige auch den Tatbestand, dass das Leiden Krankheitswert erreicht habe. Ebenso werde auch mit der dreimaligen Nachkontrolle der Krankheitswert bestätigt. Vorliegend sei der Sachverhalt von Art. 17 Abs. a, c und e KLV erfüllt. Wenn zur Heilung und zur Gesundung einer Person dreimal eine Antibiotikakur verordnet werde, sei der Tatbestand des Krankheitswertes vollumfänglich erfüllt. Mit der Ablehnung unterstelle ihm die Krankenkasse, dass er einfach so diese Medikamente genommen habe. Gemäss medizinischer Definition entstünden erworbene Zysten (Art. 17 lit. a Ziff. 2 und lit. c. Ziff. 4 KLV) durch Verletzungen, Infektionen oder Parasitenbefall. In diesen Fällen weise das jeweilige Organ meist nur eine oder wenige Zysten auf. Ausgedehnter Parasitenbefall könne allerdings ebenfalls zu einer Vielzahl von Zysten führen. Sodann entstünden odontogene Zysten (Radikuläre Zysten, Follikuläre Zysten, Primordiale Zysten, Parodontale Zysten, Gingivale Zysten, Dentitionszysten, Residualzysten Odontogene Zysten) im Kieferbereich, deren Herkunft beziehungsweise Entstehung auf Zähne oder Zahnbildungsorgane zurückgehe. Vergleichbare Veränderungen kämen in keiner anderen Körperregion vor. Wenn ein Zahnriess vorhanden sei und im Wurzel- und Kieferbereich eine Infektion entstehe, die so starke Schmerzen verursache, dass man als Notfallpatient den Zahnarzt aufsuchen müsse, seien sogar diese Definitionen erfüllt und begründet. Des Weiteren sei die Antrumfistel (Art. 17 lit. e Ziff. 2 KLV) die Öffnung von der Mundhöhle durch einen Durchbruch zur Kieferhöhle, vielfach nach operativer Zahnentfernung. Somit werde auch dieser Punkt medizinisch begründet und erfüllt. Die Krankenkasse habe sich somit an den Kosten zu beteiligen. Sodann stehe nirgends geschrieben, dass die Abgabe von Medikamenten von einem Zahnarzt nicht von der Krankenkasse zu bezahlen sei. Medikamente seien keine Folgeleistungen die vom Zahnarzt erbracht worden seien, sondern die Abgabe von Arzneimitteln zur Behandlung sei eine Dienstleistung. Wenn er ein Rezept verlangt hätte und die Medikamente in der Apotheke geholt hätte, wären sie von der Krankenkasse bezahlt worden, ohne zu fragen wer sie verordnet habe. Des Weiteren handle es sich bei der Bildgebung wie bei den Medikamenten nicht um eine Behandlung, die vom Zahnarzt ausgeführt worden sei, sondern um eine Dienstleistung. Dasselbe wie bei den Medikamenten gelte auch bei der Bildgebung. Wenn er die Bildgebung in einem Bildgebungszentrum vorgenommen hätte, wären die Kosten übernommen worden. Er könne in der Gesetzgebung keinen Ausschluss der Bildgebung durch den Zahnarzt finden.

Da es sich in beiden Fällen um eine Dienstleistung handle und nicht um eine Behandlung, seien diese Kosten von der Krankenkasse vollumfänglich zu bezahlen. Ebenso handle es sich bei einer Wundnachkontrolle nicht um eine zahnärztliche Behandlung, sondern um eine medizinische Kontrolle, die lediglich von einem Zahnarzt durchgeführt werde. Sodann werde im Schreiben vom 13. November 2020 behauptet, dass das Antibiotika bereits bezahlt worden sei. Dies sei eine falsche Aussage. Aus den Unterlagen gehe hervor, dass nur das Schmerzmittel Voltaren bezahlt worden sei und nicht das Antibiotika. Zum Bericht von Frau Dr. med. dent. B.____ sei anzumerken, dass diese schlichtweg «vergessen» habe aufzuführen, dass er seit seinem 8. Lebensjahr an chronischer Polyarthritis leide und in der Folge immer wieder Medikamente einzunehmen habe. Medikamente und Behandlungen seien Cortison, Prednison und über Jahrzehnte Tauredon-Spritzen gewesen, auch bekannt als «Goldkur» bei Rheumatikern. Was sie auch nicht erwähnt habe, und auch nicht mitbeurteilt worden sei, sei die Tatsache, dass das grosse Loch in diesem Zahn überhaupt nicht von der mangelnden Mundhygiene stamme, sondern dass das ein Pfusch vom damaligen Schulzahnarzt gewesen sei, der einfach bei einem Loch mit einem riesigen Bohrer gebohrt habe und welches danach mit Amalgam und später mit einer Kunststofffüllung aufgefüllt worden sei. Was sie nicht aufgeführt habe sei, dass er wegen seinem Lungenproblem seit nun drei Jahren auch Inhalieren müsse und zwar mit Symbicort. Dies sei ein Medikament, welches das Zahnfleisch schwächen könne. Auf Grund der bereits bei der Behandlung aufgetretenen Zahn und Kieferschmerzen, die im Bericht von Frau Dr. med. B.____ fehlten und der sehr hohen benötigten Antibiotikamenge, sei davon auszugehen, dass ein bereits vorhandener Durchbruch nicht auszuschliessen sei. Durch die Definition im Bericht «Riss im Zahn palatinal» sei ein bereits vorhandener Durchbruch nicht auszuschliessen, da im Speziellen dieser Umstand gar nicht berücksichtigt worden sei. Bei der Entfernung des Zahnes sei der Durchbruch sowieso vergrössert und somit die Mund-Antrumfistel geöffnet worden. Obschon der Umstand nicht klar sei, schreibe man den Bericht so, dass er der Krankenkasse passe. Zum angeblichen vertrauenszahnärztlichen Bericht sei sodann festzuhalten, dass darin nicht alle Punkte berücksichtigt worden seien und auch kein Gespräch mit ihm geführt worden sei. Was hier vorgelegt worden sei, sei lediglich ein Bericht von einem zweiten Zahnarzt, beruhend auf der Mitteilung seines Auftraggebers der SLKK und eines unvollständigen Berichtes seitens von Frau Dr. med. dent. B.____. Der Bericht enthalte nur Angaben, wie es zu der Leistung gekommen sein könnte. Im Bericht werde von einer Fraktur gesprochen, es werde dabei aber nicht ausgeschlossen, dass der Durchbruch bereits zu diesem Zeitpunkt entstanden sei und sich in der Folge (Zahnschmerzen während zwei Wochen) die Mund-Antrumfistel gebildet habe. Für den Gesetzgeber sei sowohl der Krankheitswert wie auch die Mund-Antrumfistel relevant, nicht jedoch wie beides entstanden sei.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, im vorliegenden Fall seien die Voraussetzung von Art. 17 KLV nicht erfüllt. So habe das Eidgenössische Versicherungsgericht in einem Leitentscheid zur Definition von ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen festgehalten, dass sich die Definition in erster Linie nach dem übergeordneten Behandlungsziel und zweitens ■ und untergeordnet ■ nach dem Betreuungsort richte. Danach würden als zahnärztliche Behandlungen alle Massnahmen an Zähnen und diese unmittelbar umgebenden Gewebe gelten, welche die Verbesserung der Zähne bezüglich Funktion und Aussehen bezweckten. Praxisgemäss seien zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich therapeutische Vorkehrungen am Kausystem. Als übergeordnetes und damit entscheidendes Kriterium gelte jedoch die therapeutische

Zielsetzung, die sich damit bestimme, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden solle. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei klarerweise von einer ärztlichen Leistung i.S.v. Art. 25 KVG auszugehen, wenn das therapeutische Ziel ausserhalb des Gebisses (wie eben z.B. am Kiefergelenk) liege (BGE 128 V 143). Abklärungen bei der behandelnden Zahnärztin hätten ergeben, dass keine KVG-pflichtigen Leistungen erfolgten und sicherlich auch kein Fall i.S.v. Art. 17 KLV vorliege, weshalb eine Kostenbeteiligung der Beschwerdegegnerin entfalle. Im vorliegenden Fall hätte die Zahnarztpraxis den zahnärztlichen Befund mittels Zahnschadenformular zusammen mit einem Behandlungsvorschlag und einer Kostenprognose an die Adresse der Beschwerdegegnerin geschickt. Die Frage des Einflusses einer Notfallbehandlung auf die zeitrichtige Gesuchstellung seitens der Zahnarztpraxis stelle sich vorliegend insofern nicht, als die Einreichung der notwendigen Behandlungsunterlagen ohne weiteres auch post curatio hätte erfolgen können. Die Zahnarztpraxis habe indes hierzu keinen Bedarf gehabt, da sie richtigerweise davon ausgegangen sei, dass die Behandlungskosten vollumfänglich zu Lasten des Beschwerdeführers gingen. Sodann könne Art. 17 Abs. e der KLV nicht bei einer normalen Infektion eines Zahnes zu Anwendung gelangen. Eine solche habe in casu beweisbar vorgelegen. Art. 17 Abs. e KLV nenne genau zwei Erkrankungen des Zahnapparates, erstens in die Kieferhöhle dislozierte Zähne oder Zahnanteile und zweitens eine Mund-Antrumsfistel. Beide Zustände hätten durch die Abklärungen bei der behandelnden Zahnärztin nicht bestätigt werden können. Wie dargelegt, bedürfe es für die Kostenübernahme für Behandlungen des Zahnapparates durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zwingend das Vorliegen eines krankhaften Zustandes gemäss den abschliessenden Aufzählungen in Art. 17 KLV. Im vorliegenden Fall sei diese zwingende Voraussetzung nicht erfüllt. Eine Ablehnung der Leistungsübernahme sei somit die logische Konsequenz. Die versicherte Person verlange zudem die Kostenübernahme der Röntgen- und Medikamentenkosten, soweit diese auf der Rechnung ausgewiesen seien. Einerseits sei die Übernahme von Leistungen zu Lasten der OKP zu verneinen, selbst wenn sie im Grundsatz als Pflichtleistung in einem normalen Leistungsfall anzusehen wären. Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Nichtpflichtleistung erbracht würden, seien von der Kostenübernahme der Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung ausgeschlossen. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin folgende Abklärungen veranlasst: Zahnärztliche Beurteilung durch Frau Dr. med. dent. B.____ und vertrauenszahnärztliche Beurteilung durch Herr Dr. med. dent. C.____. Frau Dr. med. dent. B.____ gebe in Ihrer Stellungnahme vom 26. Oktober 2020 an, dass der Beschwerdeführer bereits im Juli 2019 eine Notfallbehandlung beansprucht habe. In ihrer Stellungnahme schreibe sie, dass viel Plaque vorhanden gewesen sei. Als Diagnose werde Parodontitis vermerkt. Knapp ein Jahr später finde die fragliche Notfallbehandlung statt. Dazu dokumentiere die behandelnde Zahnärztin, dass der Beschwerdeführer selber Voltaren genommen habe. Weiter werde aktenkundig, dass sich nie eine Fistel gebildet habe und der Beschwerdeführer schmerzfrei gewesen sei. Zur Frage, ob es sich im konkreten Fall um eine Pflichtleistung handle, antworte Frau Dr. med. dent. B.____ wie folgt: «Meines Erachtens ist dies keine Pflichtleistung, weil es ausgegangen ist von einer selbstverschuldeten Parodontitis / Pulpitis. Schlechte Mundhygiene, trotz Recall alle 6 Monate (Patient kommt aber meistens erst nach 9 Monaten).» Die vertrauensärztliche Beurteilung durch Herrn Dr. med. dent. C.____ komme zum gleichen Ergebnis. Mit seiner Beurteilung vom 17. Oktober 2020 mache der Vertrauenszahnarzt darauf aufmerksam, dass

es sich um einen massiv vorgeschädigten Zahn handle, der nun extrahiert werden müssen. Weiter werde durch den Vertrauenszahnarzt beurteilt, dass Karies in der Regel durch schlechte Mundhygiene entstehe. Folglich sei anzunehmen, dass diese nicht mit dem notwendigen Mass durchgeführt worden sei. Der Zahn 16 sei bereits massiv vorgeschädigt gewesen und habe nun wegen einer Fraktur (fehlenden Kronenteil) unter Aufklappung extrahiert werden müssen. Bei Aufklappungen müsse die Operationswunde vernäht werden. Weil aber die Wurzel des Zahnes 16, anatomisch bedingt eine enge Beziehung zur Kieferhöhle habe, sei es möglich, dass die Kieferhöhle bei einer Extraktion eröffnet werde. Diese werde mit Antibiotika behandelt, wie es auch beim Beschwerdeführer der Fall gewesen sei. Das Fazit des Vertrauensarztes sei, dass der Zustand des Zahnes 16 im kausalen Zusammenhang mit Phasen der ungenügenden Mundhygiene des Beschwerdeführers stehe. Folglich könne es sich um keine Krankheit im Sinne der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) handeln. Wie bereits durch die Beschwerdegegnerin richtigerweise eingeschätzt, rate Herr Dr. med. dent. R. C. ____, dass die Kosten der Antibiotika zu übernehmen seien. Diese Kosten seien bereits an den Beschwerdeführer ausbezahlt worden, was auch der Beschwerdeführer mit seiner Replik bestätigt habe. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer in einem ersten Briefwechsel des Versicherungsgerichtes dahingehend gerügt worden sei, dass er diesen ohne den formell korrekten Rechtsweg beschritten habe und somit direkt und ohne eine Verfügung bei der Beschwerdegegnerin zu verlangen an das Versicherungsgericht gelangt sei. Im Rahmen des vorgängigen Einsprache- und Beschwerdeverfahrens sei der Beschwerdeführer sehr umfassend über die rechtlichen Gegebenheiten aufgeklärt worden. Dies in der Hoffnung, dass er seinen Irrtum hinsichtlich der Rechtslage zu erkennen vermöge und in der hoffnungslosen Situation auf eine gerichtliche Überprüfung seiner Forderung verzichten möchte. Der Aufwand seitens der Beschwerdegegnerin sei im vorliegenden Fall ausserordentlich hoch gewesen, weshalb ihr aus Billigkeitsgründen eine Entschädigung für den administrativen Mehraufwand zu gewähren sei. Die Beschwerde sei schliesslich mutwillig bzw. leichtsinnig erhoben worden.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob der Beschwerdeführer für die von Dr. med. dent. B. ____, vom 17. März bis 20. April 2020 vorgenommenen Behandlungen in Höhe von CHF 788.50 Anspruch auf Kostenvergütung hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 Mit E-Mail vom 4. Juni 2020 teilte eine Mitarbeiterin der behandelnden Zahnarztpraxis B. ____ nach Rücksprache mit Frau Dr. med. dent. B. ____ der Beschwerdegegnerin mit, der Beschwerdeführer habe eine paradontale Tasche 16 gehabt. Anamnestisch habe er seit zwei Wochen starke Zahnschmerzen oben rechts gehabt. Befunde und Diagnosen: Rx 16 Aufhellungen + STI distal 8mm + Riss im Zahn palatinal + Perkussion stark, Pulpitis, Druckdolenz buccale Mucosa regio 16. Es seien folgende Therapien durchgeführt worden: Ex 16 mit Sep + Aufklappung wegen offenem Sinus buccal, kleiner Rehrmannlappen, dicht vernäht, Tabotamp + Asbagen. Medikation: Co-Amoxicillin + CHX 200ml. Der Beschwerdeführer nehme selbst Voltaren. Es handle sich bei den Behandlungen bestimmt nicht um eine KVG-Pflichtleitung. Vielleicht habe er ja eine Zusatzversicherung welche einen Teil übernehme.

5.2 Mit Stellungnahme vom 17. Oktober 2020 (A.S. 36) führte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. dent. B. ____, aus, auf dem Röntgenbild vor der Extraktion sei deutlich eine sehr grosse Kunststofffüllung erkennbar. Man habe es also mit einem

massiv vorgeschädigten Zahn zu tun, der wegen einer Fraktur nun schliesslich habe extrahiert werden müssen. Karies entstehe in der Regel bei schlechter Mundhygiene. Es sei also anzunehmen, dass der Beschwerdeführer diese nicht immer im notwendigen Mass durchgeführt habe. Der Zahn 16 sei also massiv vorgeschädigt und habe wegen einer Fraktur (fehlender Kronenteil) unter Aufklappung extrahiert werden müssen. Bei Aufklappungen müsse die Operationswunde üblicherweise vernäht werden. Da die Wurzeln des Zahnes 16 anatomisch bedingt eine enge Beziehung zur Kieferhöhle hätten, könne es sein, dass die Kieferhöhle bei einer Extraktion eröffnet werde. Dies habe mit Antibiotika behandelt werden müssen. Fazit: Der Zustand des Zahnes 16 sei in kausalem Zusammenhang mit Phasen ungenügender Mundhygiene im Leben des Beschwerdeführers gestanden. Es sei klar, dass es sich bei Karies nicht um eine Krankheit handle. Folgen ungenügender Mundhygiene könnten aus der OKP nicht übernommen werden. Was die Kosten der Antibiotikagabe betreffe, sei er, Dr. med. dent. C.____, der Meinung, dass diese von der SLKK übernommen werden sollten.

5.3 Mit Bericht vom 26. Oktober 2020 (A.S. 34) hielt die behandelnde Zahnärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. dent. B.____, auf die Fragen der Beschwerdegegnerin fest: Im Juli 2019 sei eine Notfallbehandlung durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe Schmerzen oben rechts gehabt, es sumpfe. Befund und Diagnosen: Parodontitis 16/17 STI 6mm, viel AL. Schmerzen auf Sondieren. Viel Plaque. Ständig Foosimpaction. Therapie: (Z;17/16) Mundschleimhautbehandlung, Scaling, SplCHX. (Z: 17/16) Kurzbefundaufnahme beim Notfallpatienten. RC bei DH alle 6 - 9 Monate (am 23. April 2019): sehr viel Zahnstein. Sodann sei es am 17. März 2020 zu einer weiteren Notfallbehandlung gekommen. Der Beschwerdeführer habe starke Zahnschmerzen oben rechts seit 2 Wochen gehabt. Befund und Diagnosen: Rx 16 Aufhellungen + STI distal 8mm + Riss im Zahn palatinal + Perkussion stark, Pulpitis. Druckdolenz buccale Mucosa regio 16. Therapie: Ex 16 mit Sep + Aufklappung nötig wegen offenem Sinus bei buccaler Wurzel, kleiner Rehrmannlappen, dicht vernäht, Tabotamp + Asbagen (starke Blutung!). Medikation: Co-Amoxicillin + CHX 200ml, der Beschwerdeführer nehme selbst Voltaren. Er habe einen sehr schnellen und guten Heilungsverlauf gezeigt, unter fortlaufender Antibiose. Es habe sich nie eine Fistelung gebildet. Er habe auch keine Schmerzen mehr gehabt. Am 16. April 2020 sei die letzte Wundkontrolle gewesen und der Beschwerdeführer habe somit entlassen werden können. Zur Frage nach der Pathologie der Fistel sei festzuhalten, dass keine Fistel vorhanden gewesen sei. Es habe lediglich eine Mund-Antrum-Verbindung (MAV) bedingt durch die Wurzeln gegeben, die stark in den Sinus geragt seien (siehe Rx). Ebenfalls bedingt durch die Parodontitis apikalis. Rehrmannlappen seien wichtig gewesen, weil eine MAV ca. 5mm gross und starke Blutungen aufgetreten seien und es kaum Knochen bucco-vestibulär bedingt durch die Parodontitis gehabt habe. Ihres Erachtens sei dies keine Pflichtleistung, weil es ausgegangen sei von einer selbstverschuldeten Parodontitis/Pulpitis. Schlechte Mundhygiene, trotz Recall alle 6 Monate (Patient komme aber meistens erst nach

E. 9

9.1 Demnach ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als dass der Beschwerdeführer Anspruch auf die Kostenübernahme der von Dr. med. B.____ im Zeitraum vom 17. März 2020 bis 20. April 2020 verschriebenen Antibiotika hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

Ob die diesbezüglichen Kosten für die Antibiotika dem Beschwerdeführer schon vergütet wurden, was dieser bestreitet und was die Beschwerdegegnerin zwar behauptet aber nicht belegt hat, wird von der Beschwerdegegnerin noch zu klären sein.

9.2. Der Beschwerdeführer war vorliegend weder anwaltlich noch anderweitig fachlich vertreten, weshalb er kein Anspruch auf eine Parteientschädigung hat.

Da es sich bei der Beschwerdegegnerin um eine mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation handelt, hat sie ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 126 V 143 E. 4.a S. 150, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_464/2014 vom 17. Juli 2015 E. 7).

9.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass. Die Beschwerdegegnerin macht zwar geltend, der Beschwerdeführer habe die Beschwerde mutwillig bzw. leichtsinnig erhoben. Leichtsinne oder mutwillige Prozessführung kann vorliegen, wenn die Partei ihre Eingabe auf einen Sachverhalt abstützt, von dem sie weiss oder bei der ihr zumutbaren Sorgfalt wissen müsste, dass er unrichtig ist. Mutwillige Prozessführung kann etwa auch angenommen werden, wenn eine Partei eine ihr in dieser Eigenschaft obliegende Pflicht (z.B. Mitwirkungs-, Unterlassungspflicht) verletzt oder wenn sie noch vor der Rekursbehörde an einer offensichtlich gesetzwidrigen Auffassung festhält (BGE 112 V 334 f. m. Hinw.). Eine solche Mutwilligkeit ist im vorliegenden Fall zu verneinen. Zwar werden die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren vertretenen Meinungen nicht einmal von seiner behandelnden Zahnärztin gestützt. Dennoch kann nicht gesagt werden, dass er sich bei seinen Ausführungen auf einen Sachverhalt abstützt, von dem er weiss oder bei der ihm zumutbaren Sorgfalt wissen müsste, dass er unrichtig ist. Demnach sind vorliegend keine Verfahrenskosten zu erheben.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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