

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.51 vom 25. November 2020**

SO Obergericht, 2020-11-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.51\\_d20201125](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.51_d20201125)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.51 du 25 novembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.51 del 25 novembre 2020

## **Regeste**

Krankenversicherung KVG

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Es sei die Verfügung vom 16. Oktober 2019 in Abänderung des Einspracheentscheids vom 30. Januar 2020 aufzuheben und es sei die KPT zu verpflichten, die seit 2014 angefallenen Behandlungskosten in Bezug auf die Behebung der Kieferfehlstellung (GG 208) vollumfänglich und im Sinne der nachfolgenden Begründung zu übernehmen.

### **E. 2**

Ev. sei die Angelegenheit im Sinne der nachfolgenden Begründung zur Neu Beurteilung zurückzuweisen.

### **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 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 Versicherers (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 Versicherer 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-Versicherer. Diesen wiederum kann Beweiswert beigegeben 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 der Beschwerdeführerin zeige die kieferchirurgische Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 4. April 2019 deutlich auf, woran die Beschwerdeführerin gelitten habe. Aus seiner Sicht hätten zum damaligen Zeitpunkt (November 2012) chronisch persistierende myogene Gesichtsschmerzen vorgelegen, welche bis zu diesem Zeitpunkt therapieresistent geblieben seien. Weiter habe er festgehalten, die Untersuchung der Beschwerdeführerin habe sehr schnell ergeben, dass eine auffällige Zahn- und Kieferstellungsanomalie vorgelegen habe, welche ursächlich an der Entstehung der Schmerzen beteiligt gewesen sei. Somit sei klar, dass einerseits ein Leiden mit Krankheitswert bestanden habe und es andererseits um die Behandlung bzw. Linderung / Beseitigung der erwähnten chronisch persistierenden myogenen Gesichtsschmerzen gegangen sei. Gemäss Einschätzung von Dr. med. med. dent. E.\_\_\_\_ führe dieser somit die auffällige Zahn- und Kieferstellungsanomalie als diesbezüglich ursächlich an. Sodann führe PD Dr. Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 1. April 2015 an die KPT an, dass die Beschwerdeführerin (zusätzlich) auch Atembeschwerden v.a. bei zusätzlichen Infektionen der oberen Atemwege aufweise. Es sei diesbezüglich von einem Zusammenhang mit der mandibulären Mikrognathie (208) und der daraus folgenden Okklusionsfehlstellung sowie der Einengung der pharyngealen Atemwege auszugehen. Somit sei es auch um die Beseitigung der erwähnten Atembeschwerden gegangen, die mit zusätzlichen Infektionen der oberen Atemwege einhergegangen seien. Dem Befundbericht von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 3. April 2014 sei zudem zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin beschwerdebezogen auch mit den Kiefern knirsche und presse; zudem beisse sie beidseits in die Wangen. Somit seien auch ausserhalb des Kauapparats liegende Körperbereiche (Wangen) von den Beschwerden betroffen. Beide zuvor erwähnten

Feststellungen durch die ärztlichen Fachpersonen PD Dr. med. C.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ seien unbestritten geblieben und von den vertrauensärztlichen Darlegungen vom 27. September 2019 gar nicht tangiert worden. Des Weiteren sei Herr F.\_\_\_\_ der Therapeut der Beschwerdeführerin in Bezug auf ihre Rückenprobleme gewesen. Im Rahmen der Rückenarbeit habe dieser, wie er in einem Schreiben vom 2. Juli 2019 ausführe, festgestellt, dass ihre Rückenbeschwerden im Zusammenhang mit den Zähnen stehen könnten. Daraufhin sei es – wohl ca. 2013 / 2014 – zur Kontaktnahme mit der Krankenkasse gekommen. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin ein Geburtsgebrechen (GG 208) aufweise, sei längst aktenkundig, ebenso, dass dieses Krankheitswert gehabt habe. Der Beschwerdegegnerin sei dies seit spätestens 2015 klar gewesen. Der Beschwerdeführerin sei dies allerdings erst in der Zeit nach 1999 / 2000 bekannt geworden. So habe sie im Jahr 1999 gar nicht mehr bei ihren Eltern gewohnt und ihre Eltern hätten sie nicht über das Schreiben der IV aufgeklärt. Entsprechend habe sie gar nicht über eine allfällige Behandlung entscheiden können. Entsprechend habe sie auch nicht entscheiden können, ob sie die Behandlung zu Lasten der IV hätte durchführen wollen. Entsprechend könne ihr heute nicht vorgehalten werden, sich 1999 «falsch» entschieden zu haben. In jedem Fall habe die Beschwerdeführerin erst später, einige Jahre nach Vollendung des 20. Altersjahrs, davon erfahren, und zwar mit Schreiben vom 7. August 2012 durch die (damalige) Krankenkasse J.\_\_\_\_. Dazu komme, dass erst ca. 2013 die Schmerzen im Kieferbereich akut geworden seien und die Beschwerdeführerin daher erst dann habe aktiv werden müssen. Richtigerweise führe denn der Vertrauensarzt Dr. med. K.\_\_\_\_ in seinem kurzen Schreiben vom 27. September 2019 an die KPT auch an, dass es offenbar (...) der Entscheid der Eltern gewesen sei, diese Behandlung nicht durchzuführen. Damit sei dargetan, dass die Beschwerdeführerin 1999 / 2000 gar nicht darum gewusst habe, dass sie Anspruch auf eine von der IV-getragene Zahnbehandlung gehabt hätte – wobei damals aber kein eigentliches Leiden mit Krankheitswert vorgelegen habe. Es wäre realitätsfremd, dass wenn 1999 / 2000 ein Krankheitswert vorgelegen hätte, die IV-Kostengutsprache nicht auf irgendeine Weise thematisiert worden wäre. Sodann gehe aus dem E-Mail-Wechsel vom 7. Mai 2020 hervor, dass die Beschwerdeführerin 1999 (bzw. nie) an der auf der IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 angegebenen Adresse auf [...] gewohnt habe. Es könne deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bereits 1999 um ihren IV-Anspruch gewusst habe, wie dies die Beschwerdegegnerin behauptete. Zudem seien die mit dem Leiden verbundenen Schmerzen erst ca. im Jahr 2012 / 2013 akut geworden. Erst dann dürfte das Leiden Krankheitswert aufgewiesen haben. Dies sei auch der Schluss, der sich aufgrund der vorliegenden Unterlagen und der obigen Darlegungen (Sachverhalt) aufdränge. Da es der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erreichens des 20. Altersjahrs gar nicht bewusst gewesen sei, dass sie ein gemäss KLV zu tragendes Zahn- und Kauproblem gehabt habe, sei davon auszugehen, dass zumindest wertungsmässig eine Situation vorgelegen habe, die derjenigen, die Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV anvisiere, entspreche. Dies insbesondere auch deshalb, weil damals kein Krankheitswert vorgelegen habe. Zudem sei bisher von der Beschwerdegegnerin gar nicht geprüft worden, ob es sich nicht um eine ärztliche Behandlung gehandelt habe, für die sie im Sinne von Art. 25 KVG normal leistungspflichtig sei. Dieser Verletzung der Begründungspflicht müsse im Rahmen des Kostenentscheids Rechnung getragen werden, da die Beschwerdeführerin gehalten gewesen sei, eine weitere Instanz (das Versicherungsgericht) anzurufen. Dass es sich um eine ärztliche Behandlung gehandelt habe, lege aber namentlich die Einschätzung von Dr. med. dent. E.\_\_\_\_ vom 4. April 2019 und die darin besonders erwähnten und beschriebenen

Gesichtsschmerzen nahe. Auch die aktenkundigen Befunde weiterer involvierter Ärzte (PD Dr. med. C. \_\_\_ und Prof. Dr. med. I. \_\_\_) zeigten unmissverständlich auf, dass neben diesen Gesichtsschmerzen weitere, ausserhalb des Kauapparats zu lokalisierende Leiden mit Krankheitswert bestanden und die Behandlung notwendig gemacht hätten. Vorliegend sei mit der strittigen kieferorthopädischen Behandlung beabsichtigt gewesen, die Zahnstellung der Beschwerdeführerin zu korrigieren, um das Kiefergelenk und die -muskeln entlasten zu können. Die durchgeführte Therapie habe wohl an den Zähnen angesetzt; therapeutische Zielsetzung sei aber klarerweise die Entlastung der Kiefermuskulatur und der Kiefergelenke sowie die Beseitigung der Gesichtsschmerzen, der Atembeschwerden mit einhergehenden und zusätzlichen Infektionen der Atemwege, und der Wangenbisse gewesen. Damit fielen vorliegend Ansatzpunkt und therapeutische Zielsetzung auseinander. Es sei kein Grund ersichtlich, von der Regel abzuweichen, wonach der therapeutischen Zielsetzung grösseres Gewicht beizumessen sei (vgl. dazu Urteil des EVG vom 22. April 2002, K 159/00, E. 5). Es sei deshalb davon auszugehen, dass die strittige kieferorthopädische Massnahme eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG darstelle. Sodann liege auch ein Fall der Leistungspflicht der Krankenversicherung gemäss Art. 31 lit. a KVG vor. So handle es sich fraglos um eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems. Ebenso entspreche das Leiden der Beschwerdeführerin auch dem Krankheitswert gemäss den von Art. 17 KLV erwähnten Leiden. Denn Voraussetzung von Art. 17 KLV sei, dass das Leiden Krankheitswert erreiche; die Behandlung sei nur soweit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig mache. Genau dies sei vorliegend der Fall. Des Weiteren hätten vorliegend Zweckmässigkeitsüberlegungen dazu geführt, dass die Kosten der ab 2012 erfolgten kieferorthopädischen Behandlung, die letztlich (und unbestrittenerweise) erfolgreich gewesen sei und noch immer sei, gegenüber den Kosten einer (damals gemäss IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 möglichen) kieferchirurgischen Behandlung bei weitem günstiger ausgefallen seien. Dies im Übrigen nicht zuletzt deshalb, weil Letztere eine Hospitalisation mit sich gebracht hätte. Eine Hospitalisation sei denn auch in der IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 explizit erwähnt worden. Dass in den zur Verfügung stehenden ärztlichen Berichten und sonstigen Unterlagen nirgends explizit geschrieben stehe, dass medizinische Gründe die Behandlung nach der Vollendung des 20. Altersjahrs nötig gemacht hätten, bedeute nicht, dass eine Leistungspflicht gemäss Art. 19a KLV nicht vorliege bzw. denkbar sei. Dass die Bisslage der Beschwerdeführerin 1999 Krankheitswert aufgewiesen habe und eine Behandlung 1999 schon notwendig gewesen sei, wie die Beschwerdegegnerin soweit ersichtlich behauptete, werde bestritten. Es gebe denn auch keine Akten, die eine solche Feststellung nahelegten. Der Hinweis auf die vertrauensärztlichen Ausführungen von Dr. med. K. \_\_\_ gehe fehl. Weder habe sich dieser über die Lage 1999 geäussert noch habe sich dieser (zumindest soweit ersichtlich) auf Berichte etc. aus 1999 oder davor abgestützt. Für den Fall, dass dem Vertrauensarzt Unterlagen aus 1999 (oder davor) vorgelegen hätten, wären diese Unterlagen zu edieren gewesen bzw. sofort zu edieren – was vorliegend entsprechend beantragt werde. Sodann sei zu beachten, dass Art. 2 Abs. 3 der Verordnung über die Geburtsgebrechen statuiere, dass als Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig seien, sämtliche Vorkehren gelten würden, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt seien und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstrebten. Dies bedeute, dass Vorkehren (bspw. Behandlungen, Operationen), die den therapeutischen Erfolg nicht in einfacher oder zweckmässiger Weise anstrebten, nicht darunter fielen. Entsprechend sei

auch Art. 19a Abs. 1 KLV zu lesen. Kurz gesagt: Eine kieferchirurgische Operation anno 1999 wäre nicht zweckmässig gewesen, was sich ex post auch daraus ergebe, dass letztlich aktuell eine viel weniger invasive und viel kostengünstigere kieferorthopädische Behandlung zum Erfolg geführt habe. Des Weiteren könnte die Befragung von Frau L.\_\_\_\_ von der IV-Stelle ggf. aufzeigen, was die Hintergründe der IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 gewesen seien, denn sie sei die die Verfügung mutmasslich bearbeitet habende Person gewesen. Insofern werde hiermit der Antrag gestellt, Frau L.\_\_\_\_ habe über die Hintergründe der IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 Aufschluss zu geben. Sodann könne mit der Befragung der Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ in weiterem Umfang erhellt werden, dass aufgrund der Umstände und den Schilderungen bzw. der Erinnerung der Beschwerdeführerin davon auszugehen gewesen sei, dass 1999 zwar ein Geburtsgebrechen (deshalb ja die Kostengutsprache der IV vom 23. Juli 1999), aber noch keine Notwendigkeit vorgelegen habe, das Leiden zu behandeln. Dasselbe gelte im Übrigen neu auch in Bezug auf Dr. med. B.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_. Um nichts zu versäumen werde die Befragung der erwähnten Personen (ggf. auch schriftliche Befragung) beantragt. Um nichts zu versäumen werde schliesslich die Einholung der relevanten Akten bei der Krankenkasse J.\_\_\_\_ beantragt, die Aufschluss um die Hintergründe der Situation 1999 geben könnten, da die IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 zur Kenntnis auch an die J.\_\_\_\_ gegangen sei. Es sei nicht mit letzter Sicherheit davon auszugehen, dass die Auskunft, welche Frau M.\_\_\_\_ gegenüber der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 10. August 2012 (Beilage 4) sowie telefonisch gemacht habe (vgl. Beilage 16), wirklich stimme, wonach keine Akten mehr gefunden werden könnten. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, dass als notwendig im Sinne von Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur durch ein Geburtsgebrechen bedingte zahnärztliche Behandlungen gelten könnten, welche aus medizinischen Gründen erst nach dem 20. Altersjahr vorgenommen würden (BGE 130 V 294). Im vorliegenden Fall lägen keine medizinischen Gründe für die Unterlassung der Behandlung bis zum 20. Lebensjahr vor. Entsprechend bestehe keine Pflicht zur Kostenübernahme nach Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV. Aus dem Gutachten von Dr. med. dent. E.\_\_\_\_ vom 4. April 2019 ergebe sich sodann, dass die Versicherte an chronisch persistierenden myogenen Gesichtsschmerzen gelitten habe. Diese seien durch eine auffällige Zahn- und Kieferstellungsanomalie verursacht worden. Aus dem Befundbericht der N.\_\_\_\_ vom 3. April 2014 ergebe sich, dass die Versicherte unter Bruxismus, Arthralgie beider Kiefergelenke, myofaszialem Schmerz beider Mm. masseteres und Malokklusion gelitten habe. Diese Diagnosen sowie das Geburtsgebrechen 208, das bei der Versicherten von der IV anerkannt worden sei, könnten sodann unter die Kategorie der Dysgnathien nach Art. 17 lit. f KLV subsumiert werden. Für zahnärztliche Behandlungen im Zusammenhang mit Dysgnathien bestehe allerdings nur dann eine Leistungspflicht, wenn die Dysgnathie zu den abschliessend genannten Störungen mit Krankheitswert führe. Als leistungsbegründende Störungen würden das Schlafapnoesyndrom, schwere Störungen des Schluckens und schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien gelten. Im vorliegenden Fall liege offensichtlich keine dieser drei Störungen vor. Des Weiteren legten sämtliche sich in den Akten befindlichen medizinischen Berichte den Fokus insbesondere auf die Kaufunktion. Auch Dr. med. Dr. med. dent E.\_\_\_\_ weise darauf hin, dass eine schwere Abweichung der Bisslage bestanden habe, welche ohne Behandlung eine Kaubehinderung zur Folge gehabt hätte. Die Korrektur der Bisslage stehe also im Fokus der durchgeführten Behandlung. Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Gesichtsschmerzen seien allenfalls sekundär bestehende

Beschwerden, verursacht eben gerade durch die Bisslage. Bezüglich der Atemwegbeschwerden weise Dr. med. C. \_\_\_ darauf hin, dass diese vor allem bei zusätzlichen Infektionen der oberen Atemwege auftreten würden. Diese zusätzlichen Infektionen, deren Zusammenhang mit dem Geburtsgebreehen unklar bleibe, seien somit Ursache der vorgebrachten Atemwegsbeschwerden. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_ soweit ersichtlich die einzige ärztliche Beurteilung sei, welche die genannten Beschwerden erwähne, die übrigen Stellungnahmen sähen diese offenbar nicht als primäre (bzw. als gar nicht erwähnenswerte) Problematik an. Im Übrigen weise auch Dr. med. C. \_\_\_ an erster Stelle auf die Myoarthropathie, d.h. eine Funktionsstörung im Kauorgan, hin. Dr. med. C. \_\_\_ zeige bei den Ursachen der Beschwerde zudem auf, dass die Atembeschwerden nicht mit dem separat genannten Geburtsgebreehen, sondern vielmehr mit einer Einengung der pharyngealen Atemwege zu tun hätten. Die von der Beschwerdeführerin erwähnten Bisse in die Wangen rührten von der Grundproblematik her (schwere Abweichung der Bisslage). Darauf weise auch Dr. med. I. \_\_\_ hin, indem er den entsprechenden Hinweis unter dem Begriff «Parafunktionell» angebe, was als Sammelbegriff für einen nicht natürlichen Gebrauch des Kauorgans stehe. Die Versicherte selbst habe mit Schreiben vom 17. Oktober 2019 festgehalten, dass neben der Verfügung der IV auch die Krankenkasse J. \_\_\_ bereits 1999 schriftlich bestätigt habe, dass ein Geburtsgebreehen (GG 208) vorliege. Somit habe sie spätestens zu diesem Zeitpunkt (im Alter von 19 Jahren) die Bestätigung einer Drittpartei, dass ein Geburtsgebreehen bestehe. In der IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 werde ausserdem Bezug genommen auf das Gesuch vom 27. Mai 1999 – offensichtlich habe die Beschwerdeführerin bereits zu diesem Zeitpunkt (eher aber noch früher) Kenntnis von ihrem IV-Anspruch aufgrund des Geburtsgebreechens gehabt – ansonsten hätte sie ja kein entsprechendes Gesuch gestellt. Zudem sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin ohnehin schon seit Kindheit von ihrem Geburtsgebreechen gewusst haben dürfte, habe doch gemäss der vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 27. September 2019 bereits da ein Leiden nach Art. 19a KLV mit Krankheitswert vorgelegen. Überhaupt sei festzuhalten, dass es nicht wesentlich sei, ob die Versicherte sicher von ihrem Anspruch auf Leistungen der Invaliditätsversicherung gewusst habe oder nicht. Entscheidend sei vielmehr alleine, ob eine Behandlung nach dem 20. Lebensjahr notwendig gewesen sei oder nicht bzw. ob ein Eingriff aus medizinischen Gründen erst nach dem 20. Altersjahr erforderlich gewesen sei (EUGSTER in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, 3. Aufl., Rz. 491, mit Hinweisen auf die Rechtsprechung). Dass die Versicherte die Behandlung nicht vor dem 20. Altersjahr vorgenommen habe, sondern erst gut zwanzig Jahre danach eine Kostenübernahme verlange, habe keine nachvollziehbaren medizinischen Gründe. Die in den Akten befindlichen ärztlichen Beurteilungen sprächen vielmehr davon, dass die Gründe der unterlassenen Therapie unklar seien. Hinzuweisen sei an dieser Stelle auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_357/2011 vom 23. November 2011. In einem ähnlich gelagerten Fall habe das Bundesgericht entschieden, dass bei aus nicht medizinischen Gründen aufgeschobener Behandlung nicht Jahre nach dem Erreichen des 20. Altersjahr eine Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherung begründet werden könne, insbesondere nicht für seither eingetretene Verschlechterungen und allfällige damit verbundene Mehrkosten. Auch die Lehre weise darauf hin, dass es in jedem Fall zu verhindern gelte, dass sich Personen Jahrzehnte nach dem Erreichen des 20. Altersjahres, ohne bis dahin die Notwendigkeit einer Behandlung zu verspüren, auf Diagnosen nach Art. 19a Abs. 2 KLV berufen würden (EUGSTER, a.a.O., Rz. 492). In Anwendung des

Gesagten müsse auch vorliegend eine Ablehnung der Kostenübernahme durch die KPT erfolgen, da keine medizinischen Gründe für die ausgebliebene Behandlung vorgelegen hätten. Das Geburtsgebrecen sei bekannt gewesen, die Behandlungsmöglichkeiten seien gegeben gewesen, es habe sich bereits da um eine «schwere Abweichung von der normalen Bisslage» gehandelt. Des Weiteren sei anzumerken, dass das vorliegende Geburtsgebrecen (Micrognathie inferior congenita) in Art. 19a Abs. 2 Ziff. 20 KLV gelistet sei und die Beschwerdeführerin selbst ihren Anspruch in erster Linie auf diese Bestimmung stütze. Bereits daraus, dass es sich dabei um einen Tatbestand von Art. 17 - 19a KLV handle – d.h. Bestimmungen, welche sich im 5. Kapitel der KLV unter dem Titel «Zahnärztliche Behandlungen» fänden – zeige sich, dass es sich nicht um ärztliche, sondern um zahnärztliche Behandlungen handle. Unbestritten sei, dass der organische Ansatzpunkt der Behandlung die Zähne seien, was auf eine zahnärztliche Behandlung hinweise. Zudem wiesen sämtliche ärztlichen bzw. zahnärztlichen Berichte darauf hin, dass sowohl in organischer als auch therapeutischer Hinsicht eine zahnärztliche Leistung vorliege und eine Beurteilung nach Art. 19a KLV zu erfolgen habe: Im Schreiben von Dr. med. B.\_\_\_\_ (Kieferorthopädie) vom 28. März 2013 werde bei der Diagnose auf die Zahnsituation Bezug genommen und als Problem die instabile Bissituation genannt, bei der Therapie werde ebenfalls auf die Zahnsituation Bezug genommen. Dr. med. D.\_\_\_\_ weise im Schreiben vom 5. März 2018 auf die Extraktion der Zähne 14 / 24 hin. In seinem Schreiben vom 1. April 2015 weise Dr. med. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Versicherte eine starke Funktionsbeeinträchtigung (d.h. klarer Bezug auf eine therapeutische Zielsetzung im zahnärztlichen Bereich) durch Kiefergelenksbeschwerden bei Myoarthropathie habe (Funktionsstörung im Kauorgan). Diese zeige demnach klar die therapeutische Richtung der Behandlung, zumal auch ein Bruxismus sowie eine Paraesthesie im Frontzahnbereich vorliege. Zudem mache er auf das Problem der Okklusionsfehlstellung (d.h. des Kontakts zwischen Ober- und Unterkiefer) aufmerksam, welche mit der kieferorthopädischen Behandlung verbessert werden solle. Der organische Ansatzpunkt sei also klar die Zahnfehlstellung. Auch Dr. med. Dr. med. dent. E.\_\_\_\_ weise auf eine Myoarthropathie, also eine Störung der Funktion des Kauorgans, hin (Schreiben vom 2. März 2015). In seiner Stellungnahme vom 4. April 2019 nenne er schwere Abweichungen der normalen Bisslage sowie eine auffällige Zahnstellungsanomalie, welche im Zentrum der Behandlung bei der Versicherten liegen würden. Ausdrücklich mache er auf eine Kaubehinderung (d.h. Funktionseinschränkung des Kausystems) aufmerksam, die bei Nichtbehandlung drohe. In der Stellungnahme von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_, vom 3. April 2014 werde ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Zahnreihen keinen richtigen Kontakt hätten und die Versicherte die Stellung der oberen Frontzähne als störend erachte. Zwar werde auch auf das «Wangenbeissen» hingewiesen, dieses rühre aber ebenfalls aus der Fehlstellung der Zähne her. Zusammengefasst zeigten somit die verschiedenen medizinischen Berichte in den Unterlagen, dass sowohl bei organischer (was auch die Beschwerdeführerin nicht bestreite, vgl. Ziff. 32 der Beschwerde) als auch bei therapeutischer Betrachtungsweise die ersuchte Behandlung als zahnärztlich einzuordnen sei. 5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdeführerin für die ab 2014 im Zusammenhang mit dem unbestrittenermassen vorliegenden Geburtsgebrecen-Nr. 208 (Micrognathia inferior congenita) vorgenommenen Behandlungen Anspruch auf Kostenvergütung hat. In diesem Zusammenhang sind folgende Unterlagen von Belang: 5.1 Mit Mitteilung vom 23. Juli 1999 (KB 9) hielt die IV-Stelle Schwyz fest, in Anwendung des IVG würden der Beschwerdeführerin zur Behandlung des Geburtsgebrecens Nr. 208 medizinische

Massnahme vom 1. Juni 1999 bis 31. Januar 2000 zugesprochen. Die Kosten würden nach IV-Tarif vergütet, bei Hospitalisation im Rahmen der allgemeinen Abteilung. Die nachstehenden Durchführungsstellen könnten ihre Leistungen im Rahmen dieser Kostengutsprache in Rechnung stellen. Als Durchführungsstellen wurden Dr. med. dent. G.\_\_\_\_, [...], und Dr. med. dent. H.\_\_\_\_, [...], genannt. 5.2 Mit Schreiben vom 10. August 2012 (B [Beschwerdebeilage] 4) teilte M.\_\_\_\_ von der Krankenversicherung J.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin mit, anbei erhalte sie die Kopie der damaligen IV-Verfügung betreffend das Geburtsgebrechen Nr. 208. Bei der J.\_\_\_\_ seien keine weiteren Dokumente vorhanden. 5.3 Im Schreiben betreffend Kostenvoranschlag vom 28. März 2013 (KB 3) stellte Dr. med. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: - Klasse 11, beidseits je 1 Prämolarenbreite distal - Overjet 7 mm - Overbite 0 mm, offener Biss von 14-24 - UK Mittenverschiebung n. rechts 2mm - OK Frontengstand -6mm UK Frontengstand -6mm Als Probleme wurden die instabile Bisssituation, multiple Schliiffacetten und Kiefergelenksbeschwerden mit Schmerzen genannt. Zur Diskussion stünden dentale Kompensation (Camouflage) versus skelettaler Umformung mittels OP. Sodann wurden folgende Therapie genannt: 1. Behandlung des Kiefergelenks; 2. Nach Entspannung der Schmerzsituation Beginn der KFO Therapie; 3. Camouflage: Extraktion von 4 Prämolaren; 4. Ok, Uk Fixe Apparatur; 5. Ok, Uk Fixretainer in der Front und Ok Ret.platte mit Kaurelief zur weiteren Kiefergelenkstherapie. Die Behandlung dauere ca. 3 - 4 Jahre. Die Kosten der Behandlung schätze sie, Dr. med. B.\_\_\_\_, auf ca. CHF 9'500.00 plus Aufpreis für Keramikbrackets von ca. CHF 25.00 pro Stück. 5.4 Im Befundsbericht der N.\_\_\_\_, vom 3. April 2014 (KB 4) führte Prof. Dr. I.\_\_\_\_ folgende Beschwerden auf: - Ästhetisch: Die Patientin empfinde die Stellung der oberen Frontzähne als störend, - Funktionell: Sie berichte über «Muskelkrämpfe» im Bereich beider Mm. masseteres und Kiefergelenke. - Okklusal: Sie beklage, dass zwischen den Zahnreihen «kein richtiger Kontakt» bestehe. - Parafunktionell: Ihr sei bewusst, dass sie mit den Kiefern knirsche und presse; zudem beisse sie beidseits in die Wangen. Die radiologische Panoramaschichtaufnahme zeige Abflachungen im Bereich des rechten Kondylus und rechten Tubercuium artuciare. Dies könne als Indiz für langjährigen Bruxismus gewertet werden: Druckbeanspruchung sei ein funktioneller Reiz für diese Remodellation. Funktionsbefund: · Eingeschränkte maximale Kieferöffnung: - Maximal mögliche Kieferöffnung (gemessen am Zahnpaar 11 / 41): - 46 mm (davon 2 mm vertikaler Überbiss berücksichtigt) [Richtwert: mind. 38 mm] - Maximale schmerzfreie Kieferöffnung: 24 mm - Maximaler Seitschub nach links: 12 mm [Richtwert: mind. 7 mm] - Maximaler Seitschub nach rechts: 12 mm [Richtwert: mind. 7 mm] - Maximaler Vorschub: 10 mm [Richtwert: mind. 7 mm] Kieferbezogene Diagnosen - Bruxismus [F45.8] mit Attrition der Seitenzähne [K03.1] und hartem Muskeltonus der Mm. masseteres - Arthralgie beider Kiefergelenke [K07.6] - Myofaszialer Schmerz beider Mm. masseteres [M79.18] - Malokklusion [K07.4] 5.5 Mit Behandlungsplan/Kostenvoranschlag vom 6. Juni 2014 (B 5) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ Folgendes fest: «Befund: (IV 208) Klasse II. Tendenz zum offenen Biss. Starke Engstände OK/UK Front. Starke Abrasionen der Seitenzähne bei St. n. Bruxismus. Behandlungsziele: Einstellung einer neutralen Eckzahnrelation, Ausformung der Engstände. Massnahmen: OK/UK festsitzende Apparatur, Extraktion 14, 24. Stripping UK, Retention. Kosten: ca. CHF 8'000.00.» 5.6 In seinem Bericht vom 2. März 2015 (KB 7) diagnostizierte Dr. med. dent. E.\_\_\_\_ eine chronisch persistierende myogene Myoarthropathie beidseits. Die Beschwerdeführerin entwickle ihre Symptome sehr wahrscheinlich wegen der klinisch relevanten Klasse II, wobei anamnestisch bei früherer Behandlung alio loco eine Gutsprache gemäss Art. 208 vorgelegen habe. Es sei unklar,

weshalb die Behandlung damals nicht stattgefunden habe. Die konservative, medikamentöse Behandlung dieser Myoarthropathie wäre nur symptomatisch und nicht ursachenbezogen. Er, Dr. med. dent. E.\_\_\_\_, habe der Patientin deshalb geraten, eine kieferorthopädische Beurteilung durchzuführen und sich ein Behandlungskonzept vorschlagen zu lassen. 5.7 Im Schreiben betreffend Kostenbeteiligung vom 1. April 2015 (KB 6) führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 6. Juni 2014 erstmals in seiner Praxis vorgestellt. Sie habe ein Geburtsgebreechen IV 208. Die Eltern der Beschwerdeführerin hätten damals aus unklaren Gründen keine Therapie veranlasst. Die Grundproblematik der Kieferfehlstellung bezüglich der Kiefergelenksfunktion bestehe weiterhin. Sie schildere eine starke Funktionsbeeinträchtigung durch Kiefergelenkbeschwerden bei Myoarthropathie. Es bestehe ein Bruxismus sowie eine Paraesthesie im Frontzahnbereich. Schliesslich weise sie Atembeschwerden v.a. bei zusätzlichen Infektionen der oberen Atemwege auf. Für die Myoarthropathie, den Bruxismus und die Atembeschwerden sei von einem Zusammenhang mit der mandibulären Mikrognathie (208) und der daraus folgenden Okklusionsfehlstellung sowie der Einengung der pharyngealen Atemwege auszugehen. Die begonnene kieferorthopädische Behandlung zur Okklusionseinstellung habe dazu geführt, dass sich das subjektive Beschwerdebild der Beschwerdeführerin bezüglich der Kiefergelenkbeschwerden deutlich verbessert habe.

5.8 Dr. med. dent. D.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 5. März 2018 (KB 8) fest, die Beschwerdeführerin sei zuerst bei Dr. med. C.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen. Dieser habe die Zähne 14 / 24 extrahiert und in beiden Kiefern eine fixe Apparatur eingesetzt. Am 8. Januar 2016 habe die Beschwerdeführerin zu ihm, Dr. med. dent. D.\_\_\_\_, gewechselt. Die aktive Behandlung sei am 21. März 2017 abgeschlossen worden. Es würden nur noch Retainerkontrollen durchgeführt. 5.9 Mit Schreiben vom 4. April 2019 (KB 12) führte Dr. med. dent. E.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe sich erstmals im November 2012 bei ihm vorgestellt. Es hätten chronisch persistierende myogene Gesichtsschmerzen vorgelegen, welche bis zu diesem Zeitpunkt therapieresistent geblieben seien. Die Untersuchung der Beschwerdeführerin habe sehr schnell ergeben, dass eine auffällige Zahn- und Kieferstellungsanomalie vorgelegen habe, welche ursächlich an der Entstehung der Schmerzen beteiligt gewesen sei. Da jede übliche konservative Therapie einzig symptomatisch und nicht kausal habe sein können, habe er als erstes eine zusätzliche Beurteilung und anschliessende Behandlung durch einen Kieferorthopäden veranlasst. Das anschliessende Behandlungskonzept habe er dem Kieferorthopäden überlassen. Es sollte darin bestehen, die dentale/skelettale Angle Klasse II aufzuheben beziehungsweise zu kompensieren. Zwischenzeitlich sei diese Therapie beendet und die Beschwerdeführerin weise einen klaren Behandlungserfolg auf. Schwere Abweichungen der normalen Bisslage würden von der Invalidenversicherung übernommen, da die Patienten sonst ein Leben lang eine Kaubehinderung oder Beschwerden beklagen müssten. Nach Abschluss des 20. Lebensjahres seien diese Krankheitsbilder, sofern unkorrigiert und mit einem Krankheitswert versehen, von der Krankenkasse zu übernehmen. Der Krankheitswert in diesem Fall sei klar gegeben gewesen und sei auch in sehr klarer Weise durch die Behandlung behoben worden. Die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit einer medizinischen Behandlung könnten deshalb als erfüllt betrachtet werden. 5.10 Herr F.\_\_\_\_, [...], führte in seinem Schreiben vom 2. Juli 2019 (KB 14) aus, die Behandlung des Geburtsgebreechens 208 sei bisher von seiner damaligen Klientin nicht vor dem 20. Lebensjahr in Angriff genommen worden, weil von ihren Eltern angenommen worden sei, dass die Beschwerden im Laufe der Zeit verschwinden könnten. Auch wahrscheinlich aus

den Gründen, weil es ein sehr grosser Eingriff gewesen wäre. Die Situation habe sich auch erst nach einigen Jahren mit Problemen bemerkbar gemacht. Sie sei damals zu ihm in die Behandlung gekommen und durch seine Arbeit habe er festgestellt, dass die Beschwerden in Zusammenhang mit ihren Zähnen stehen könnten. Daraufhin habe seine Klientin Nachforschungen bei ihrer ehemaligen Krankenkasse gemacht und festgestellt, dass damals ein IV-Bericht vorhanden gewesen sei. Auf Anraten der ehemaligen Krankenkasse, habe sie den Kieferchirurgen Dr. med. E. \_\_\_ kontaktiert, der ihr zu der nun durchgeführten Behandlung geraten habe. Die Beschwerden hätten sich durch die kieferorthopädische Behandlung aufgelöst.

5.11 Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. dent. K. \_\_\_, hielt in seiner Stellungnahme vom 27. September 2019 (KB 15) fest, die Rechtslage sei eigentlich klar. Das Bundesgericht habe in seinem Urteil vom 22. April 2004 (BGE 130 V 294) folgendes festgehalten: «Art. 25, Art. 27, Art. 31 Abs. 1, Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG; Art. 33 lit. d KW; Art. 19a Abs. 1 lit. a und Abs. 2 Ziff. 22 KLV: Durch ein Geburtsgebrechen bedingte zahnärztliche Behandlung. Als notwendig im Sinne von Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV können nur durch ein Geburtsgebrechen bedingte zahnärztliche Behandlungen gelten, welche aus medizinischen Gründen erst nach dem 20. Altersjahr vorgenommen werden. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat hingegen nicht für Kosten von Behandlungen aufzukommen, welche innerhalb dieser zeitlichen Grenze – zu Lasten der Invalidenversicherung – hätten durchgeführt werden können, jedoch – aus dem Einflussbereich des Krankenversicherers entzogenen Gründen – nicht wurden (E. 5.2 - 5.5) (Präzisierung der Rechtsprechung in BGE 129 V 80)». Aufgrund der ihm, Dr. med. dent. K. \_\_\_, vorliegenden Unterlagen komme er zu folgenden Schlüssen: Es habe eindeutig ein Leiden nach Art. 19a KLV mit Krankheitswert vorgelegen und die durchgeführte Behandlung habe dieses erfolgreich therapiert. Es gebe in diesem Fall keine medizinischen Gründe, die eine Behandlung vordem 20. Altersjahr verunmöglicht oder nicht zugelassen hätten. Offenbar sei es der Entscheid der Eltern gewesen, diese Behandlung nicht durchzuführen. Somit empfehle er, keine Kostengutsprache zu erteilen.

6. Wie vorgehend festgehalten, hatte die IV-Stelle Schwyz das Geburtsgebrechen Nr. 208 (Micrognathia inferior congenita) mit Schreiben vom 23. Juli 1999 anerkannt und in diesem Zusammenhang der Beschwerdeführerin (geb. 1980) medizinische Massnahmen vom 1. Juni 1999 bis 31. Januar 2000 zugesprochen. Jedoch wurde bei der Beschwerdeführerin in diesem Zeitraum und damit bis zum 20. Lebensjahr unbestrittenermassen nie eine von der IV-Stelle vergütete Behandlung vorgenommen. Diesbezügliche Behandlungen wurden, wie aus den Akten ersichtlich, erst ab 2014 durchgeführt. Die Krankenversicherung stützt sich bei ihrem abweisenden Entscheid auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach als notwendig im Sinne von Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV nur eine durch ein Geburtsgebrechen bedingte zahnärztliche Behandlung gelten kann, welche aus medizinischen Gründen erst nach dem 20. Altersjahr vorgenommen worden ist. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat hingegen nicht für Kosten von Behandlungen aufzukommen, welche innerhalb dieser zeitlichen Grenze – zu Lasten der Invalidenversicherung – hätten durchgeführt werden können, jedoch – aus dem Einflussbereich des Krankenversicherers entzogenen Gründen – nicht wurden (BGE 130 V 294). Es müsste somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein, dass aus medizinischen Gründen bis zum 20. Altersjahr keine zahnärztliche Behandlung notwendig war. Das Bundesgericht hielt hierzu im Urteil 9C\_357/2011 vom 23. November 2011 E. 6.2 konkretisierend fest: «Unabhängig davon, ob im Jahre 2001 (noch) eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestanden hätte, kann jedenfalls bei

unbestrittenermassen aus nicht medizinischen Gründen weiterhin aufgeschobener Behandlung nicht Jahre später eine Kostenübernahmepflicht der Versicherung begründet werden, schon gar nicht für seither eingetretene Verschlechterungen und damit allfällig verbundenen Mehrkosten.» Die vorliegenden Akten enthalten keine medizinischen Unterlagen aus den Jahren 1999 / 2000 oder vorher vorhanden. Aufgrund der Akten sind erst ab dem Jahr 2012 folgende zahnärztliche Konsultationen bzw. Behandlungen erstellt: Dr. med. E. \_\_\_ ab 2012 (B 10); Dr. med. C. \_\_\_ ab 6. Juni 2014 (B 13); Dr. med. D. \_\_\_ ab 8. Januar 2016 (B 9); Dr. med. B. \_\_\_, Kostengutsprache vom 28. März 2013 (unklar seit wann, KA 3); Prof. Dr. I. \_\_\_, Überweisung vom 20. März 2014 (KA 4). Das Versicherungsgericht hat deshalb versucht, bei den gemäss Mitteilung der IV vom 23. Juli 1999 behandelnden Ärzten – Dr. med. dent. G. \_\_\_, [...] ; Dr. med. dent. H. \_\_\_, [...] – sowie bei den IV-Stellen Schwyz und Solothurn Akten aus der Zeit von 1999 / 2000 erhältlich zu machen. Jedoch waren weder bei den genannten Ärzten noch bei den beiden IV-Stellen bezüglich der Beschwerdeführerin Akten vorhanden. Zudem vermochte die Beschwerdeführerin keine weiteren Ärzte zu nennen, welche allenfalls noch über relevante medizinische Akten aus dieser Zeit verfügen könnten. Damit ist als Zwischenfazit festzuhalten, dass keine echtzeitlichen medizinischen oder sonstigen Akten vorliegen, welche aufzeigen könnten, dass aus medizinischen Gründen bis zum 20. Altersjahr der Beschwerdeführerin keine zahnärztliche Behandlung notwendig war. Aber auch aus den sich in den Akten befindlichen Ausführungen der behandelnden Ärzte sowie der Beschwerdeführerin lässt sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die fehlende Notwendigkeit diesbezüglicher medizinischer Behandlungen vor dem 20. Altersjahr ableiten. Dr. med. E. \_\_\_ hielt diesbezüglich in seinem Bericht vom 2. März 2015 (KB 7) fest, die Beschwerdeführerin entwickle ihre Symptome sehr wahrscheinlich wegen der klinisch relevanten Klasse II, wobei anamnestisch bei früherer Behandlung alio loco eine Gutsprache gemäss Art. 208 vorgelegen habe. Es sei unklar, weshalb die Behandlung damals nicht stattgefunden habe. Sodann führte Dr. med. C. \_\_\_ im Schreiben betreffend Kostenbeteiligung vom 1. April 2015 (KB 6) aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 6. Juni 2014 erstmals in seiner Praxis vorgestellt. Sie habe ein Geburtsgebrechen IV 208. Die Eltern der Beschwerdeführerin hätten damals aus unklaren Gründen keine Therapie veranlasst. Herr F. \_\_\_, [...], hielt in seinem Schreiben vom 2. Juli 2019 (KB 14) zwar fest, die Behandlung des Geburtsgebrechens 208 sei bisher von seiner damaligen Klientin nicht vor dem 20. Lebensjahr in Angriff genommen worden, weil von ihren Eltern angenommen worden sei, dass die Beschwerden im Laufe der Zeit verschwinden könnten; auch wahrscheinlich aus den Gründen, weil es ein sehr grosser Eingriff gewesen wäre. Damit ist aber kein medizinischer Grund dargetan, welcher belegen würde, dass eine medizinische Behandlung bis zum 20. Altersjahr nicht notwendig gewesen wäre. Daran vermag auch die von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang vorgebrachte Argumentation nichts zu ändern, wonach die Kosten der ab 2012 erfolgten kieferorthopädischen Behandlung gegenüber den Kosten einer (damals gemäss IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 möglichen) kieferchirurgischen Operation bei weitem günstiger ausgefallen seien, dies im Übrigen nicht zuletzt deshalb, weil Letztere eine Hospitalisation mit sich gebracht hätte, zumal eine Hospitalisation denn auch in der IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 explizit erwähnt worden sei. Es liegen aber wie erwähnt keinerlei medizinischen Akten vor, welche Auskunft darüber geben würden, welche medizinischen Behandlungen vor dem 20. Altersjahr allenfalls geplant bzw. möglich gewesen wären. Alleine aufgrund der in der IV-Mitteilung vom 23. Juli 1999 genannten Ärzte können diesbezüglich keine Rückschlüsse gezogen

werden. Ebenso geht aus den Akten entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht hervor, dass bei einer Behandlung vor dem 20. Altersjahr eine Operation notwendig gewesen wäre. Soweit die Beschwerdeführerin ausführt, eine Hospitalisation werde im Schreiben der IV-Stelle Schwyz vom 23. Juli 1999 explizit erwähnt, so ist festzuhalten, dass es sich hierbei um eine allgemeine Formulierung handelt (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Dies lässt nicht den Schluss zu, dass tatsächlich eine Hospitalisation geplant war. Sodann ist der Beschwerdeführerin zwar insofern Recht zu geben, dass sich aus den medizinischen respektive zahnmedizinischen Akten auch nicht ergibt, dass die Bisslage der Beschwerdeführerin 1999 Krankheitswert aufgewiesen habe und eine Behandlung 1999 schon notwendig gewesen sei. Aber dies reicht nicht aus, um daraus eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu begründen. Vielmehr müsste im Umkehrschluss dazu aufgrund den Akten und den Ausführungen der Beschwerdeführerin, wie vorgehend dargelegt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein, dass eine medizinische Behandlung vor dem 20. Altersjahr eben nicht notwendig war. Dieser Beweis kann nicht als erbracht gelten. Aufgrund der Mitteilung der IV-Stelle vom 23. Juli 1999 erscheint es vielmehr als wahrscheinlich, dass die beteiligten Fachpersonen damals eine Behandlung als indiziert erachteten. Das Gleiche gilt hinsichtlich der Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach erst ca. 2013 die Schmerzen im Kieferbereich akut geworden seien und die Beschwerdeführerin daher erst dann aktiv werden müssen, weshalb das Leiden erst dann Krankheitswert aufgewiesen haben dürfte. Damit ist mangels echtzeitlicher Akten aus den Jahren 1999 / 2000 und zuvor nicht erstellt, dass vor dem 20. Altersjahr keine Behandlung notwendig gewesen wäre bzw. aus medizinischen Gründen nicht durchgeführt werden musste. Schliesslich ist auf die Argumentation der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach sie erst einige Jahre nach Vollendung des 20. Altersjahrs von ihrem IV-Anspruch erfahren habe und zwar mit Schreiben vom 7. August 2012 durch die (damalige) Krankenkasse J.\_\_\_\_. So habe sie im Jahr 1999 gar nicht mehr bei ihren Eltern gewohnt und ihre Eltern hätten sie nicht über das Schreiben der IV aufgeklärt. Aus dem E-Mail-Wechsel vom 7. Mai 2020 gehe hervor, dass sie 1999 (bzw. nie) an der auf der IV-Verfügung vom 23. Juli 1999 angegebenen Adresse auf [...] gewohnt habe. Entsprechend habe sie gar nicht über eine allfällige Behandlung entscheiden können. Demnach könne ihr heute nicht vorgehalten werden, sich 1999 «falsch» entschieden zu haben. Diesen Ausführungen ist entgegenzuhalten, dass es sich hierbei grundsätzlich um nicht bewiesene Parteibehauptungen handelt. So lässt sich aufgrund der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass die damals bereits volljährige Beschwerdeführerin in den Jahren 1999 / 2000 nicht über ihren IV-Anspruch informiert war. Soweit die Beschwerdeführerin sodann geltend macht, sie habe damals gar nicht mehr an der auf der IV-Mitteilung angegebenen Adresse gewohnt, lässt sich aufgrund der Akten und den Ausführungen in den Rechtschriften ebenfalls nicht eruieren, ob die Zustellung an die Adresse «[...]» aufgrund eines Versäumnisses der IV-Stelle oder aufgrund einer fehlenden Meldung der Adressänderung durch die Beschwerdeführerin zustande kam. Zudem wurde in der IV-Mitteilung vom 23. Juli 1999 ausserdem Bezug auf das Gesuch vom 27. Mai 1999 genommen. Zu diesem Zeitpunkt war die Beschwerdeführerin bereits volljährig und ihre Eltern konnten somit ohne ihre Einwilligung und ihre Unterschrift – jedenfalls grundsätzlich – kein entsprechendes Leistungsgesuch stellen. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass der damaligen Gesuchstellung Abklärungen und Untersuchungen vorausgingen, welche nicht ohne die Beschwerdeführerin stattgefunden haben können. Zusammenfassend ist es somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bei

der Beschwerdeführerin aus medizinischen Gründen bis zum 20. Altersjahr keine zahnärztliche Behandlung notwendig war. Eine Kostenübernahme der Beschwerdegegnerin im Rahmen von Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV, wonach die Versicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen zu übernehmen hat, die durch ein Geburtsgebrechen nach Absatz 2 bedingt sind, wenn die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind, fällt somit ausser Betracht. Der Sozialversicherungsprozess ist zwar vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222 mit Hinweisen). Das Versicherungsgericht hat die ihm zur Verfügung stehenden Abklärungsmöglichkeiten ausgeschöpft. Damit greift obige Beweisregel, wonach die vorliegende Beweislosigkeit zu Ungunsten der Beschwerdeführerin ausfällt, da diese aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt ihren Leistungsanspruch gemäss Art. 19a Abs. 1 lit. a KVL ableiten wollte. Sodann ist auf die von der Beschwerdeführerin beantragten zusätzlichen Beweismassnahmen einzugehen. Eine Befragung der damaligen IV-Sachbearbeiterin – L.\_\_\_\_, IV-Stelle Schwyz – erscheint nach zwanzig Jahren nicht mehr erfolgsversprechend, zumal die IV-Stelle Schwyz, wie vorgehend dargelegt, über keine Akten der Beschwerdeführerin verfügt, womit allfällig Aussagen von L.\_\_\_\_ – selbst wenn sie sich erinnern könnte – für sich alleine kaum weiterführend wären. Ebenso sind weitere Abklärungen bei den aktuell bzw. ab 2012 behandelnden Ärzten kaum zielführend, da diese ebenfalls über keine medizinischen Akten aus den Jahren 1999 / 2000 und davor verfügen. Hinsichtlich des Antrags, es seien die relevanten Akten bei der Krankenkasse J.\_\_\_\_ einzuholen, ist anzumerken, dass Frau M.\_\_\_\_ von der damaligen Krankenversicherung J.\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 10. August 2012 (Einsprachebeilage Nr. 4) ausdrücklich festhielt, dass – abgesehen vom Schreiben der IV-Stelle Schwyz vom 23. Juli 1999 – keine weiteren Dokumente vorhanden seien. Zudem bestätigte sie dies gemäss Angaben der Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 7. Mai 2020 noch einmal telefonisch, womit darauf verzichtet werden kann, eine Aktenedition durchzuführen. Des Weiteren stellt die Beschwerdeführerin den Antrag, es seien beim Vertrauensarzt allfällige Akten aus den Jahren 1999 oder davor zu edieren. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich Dr. med. K.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 27. September 2019 offensichtlich lediglich auf die Akten und damit den medizinischen Sachverhalt ab 2012 bezieht, welche auch dem vorliegenden Verfahren zugrunde liegen. Auch diesbezüglich kann somit von einer Aktenedition abgesehen werden. Sind von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen keine neuen entscheidwesentlichen Erkenntnisse zu erwarten, kann auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2012 vom 29. Mai 2012 E. 4.2). Zusammenfassend sind demnach die vorgenannten Beweisanträge in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen. 7. Nachdem der

Anspruch auf eine Kostenübernahme einer zahnärztlichen Behandlung im Sinne von Art. 17 - 19 KLV zu verneinen ist, ist weiter zu prüfen, ob die bei der Beschwerdeführerin vorgenommenen Behandlungen ärztliche Behandlungen im Sinne von Art. 25 KVG darstellen und die diesbezüglichen Kosten von der Beschwerdegegnerin unter diesem Titel zu übernehmen sind. 7.1 Während die Kosten für eine ärztliche Behandlung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei gegebenen Krankheitswert nach Massgabe von Art. 25 KVG zu übernehmen sind, richtet sich die Leistungspflicht für eine zahnärztliche Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17 ff. KLV (BGE 128 V 143 E. 5). Die Kriterien für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sind der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung der Behandlung. (BGE 128 V 143 E. 4). Für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung verwendet das ehemalige EVG gemäss BGE 128 V 143 E. 4b wahlweise zwei Kriterien: (1) der organische Ansatzpunkt der Behandlung; (2) und die therapeutische Zielsetzung. Nach dem Kriterium des organischen Ansatzpunktes sind zahnärztliche Behandlungen therapeutische Vorkehren am Kausystem. Unter den Begriff des Kausystems fallen die Zähne, der Zahnhalteapparat sowie die Organbereiche, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (BGE 120 V 194 E. 2). Das Kriterium der therapeutischen Zielsetzung fragt danach, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden sollen. Betrifft die Massnahme hauptsächlich die Verbesserung der Funktion der Zähne beim Beissen, Zerkleinern und Kauen der Nahrung und beim Sprechen, liegt zahnärztliche Behandlung vor. Andere therapeutische Zielsetzungen lassen die Waage zugunsten einer ärztlichen Behandlung kippen und zwar selbst dann, wenn die Behandlung beim Parodont ansetzt. Ist die Zuordnung nicht eindeutig, kommt der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht zu (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR, Soziale Sicherheit], 3. Auflage, 2016, N. 498; Urteil des Bundesgerichts 9C\_655/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 2.3 mit Beispielen; EVG K 43/01 E. 5b; K 159/00 E. 5). Zahnärztliche Pflichtleistung ist alles, was Zahnärzte im Zusammenhang mit Art. 17 - 19a KLV vorkehren. Bei Ärzten, die neben einem Facharztstitel zusätzlich über das Zahnarzt Diplom verfügen und die Erkrankungen des Kausystems behandeln, ist im Zweifelsfall auf die therapeutische Zielsetzung auf der Ebene des Kausystems abzustellen. Alle medizinischen Vorkehren, die der Sanierung von irregulären Gebissverhältnissen oder von Kieferfehlstellungen dienen und dabei die Wiederherstellung oder Verbesserung der Zahn- oder Kaufunktionen zum Ziele haben, sind danach zahnärztlich äquivalente Leistungen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., N. 499). Der Rechtsprechung ist hinsichtlich der Unterscheidung zwischen zahnärztlicher und ärztlicher Behandlung Folgendes zu entnehmen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., N. 501): Als zahnärztliche Behandlung qualifiziert - Kieferchirurgische Operation zur Anhebung des Oberkiefers und Setzen von Implantaten mit dem Ziel der Wiederherstellung der Kaufunktion (BGE 129 V 275 1.2). - Kauinsuffizienz bei ausgeprägter Alveolarkamatrophie im Ober- und Unterkiefer, maxillärer Retrognathie mit Beckenkamminterposition und Oberkiefervorverlagerung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] K 113/99 vom 21. November 2001 E. 3). - Chirurgischer Korrektur einer Retromaxillie und eines offenen Bisses zum Zwecke der Verbesserung der Bissverhältnisse (Urteil des EVG K 152/01 vom 30. April 2002 E. 5 = RKUV 2002 KV 210 169). - Entfernung einer radikulären Zyste an der Wurzelspitze eines Zahnes, wenn sie vom Zahnarzt mittels Wurzelbehandlung angebar ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_655/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 2.3). Als ärztliche Behandlung

qualifiziert - Behandlung mittels Aufbisschiene zur Entlastung arthrotischer Kiefergelenke, es sei denn, die Schiene diene der Kaufunktion oder dem Schutz der Zähne (BGE 128 V 143 E. 5). - Aufbisschiene und Physiotherapie der Kaumuskulatur bei Tendonmyopathie der Kaumuskulatur (Urteil des EVG K 159/00 vom 22. April 2002 E. 5; BGE 136 V 84). - Chirurgische Korrektur einer Retromaxillie und eines offenen Bisses zur Behebung einer ästhetischen Beeinträchtigung (Urteil des EVG K 152/01 vom 30. April 2002 E. 5a = RKUV 2002 KV 210 169). - Umstellungsosteotomie im Unterkiefer bei asymmetrischer Progenie mit Zwangsbiss, myofaszialem Schmerzsyndrom, schmerzhaftem Kiefergelenk sowie massiv eingeschränkter Kaufunktion (Urteil des EVG K 62/99 vom 9. April 2002 E. 5). - Entfernung einer tumorähnlichen Veränderung (Fibrom) aus der im Wangenbereich der Mundhöhle gelegenen Schleimhaut (BGE 128 V 135). - Entfernung eines extraparodontalen Abszesses im Kieferknochen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_655/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 2.3). - Urteil des EVG K 86/99 vom 19. Dezember 2001 E. 3 ff.; zahnärztlich: anschliessende Zahnbehandlung E.

## **E. 6**

- Entfernung einer radikulären Zyste, die sich weit über ihren Ursprung hinaus entwickelt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_655/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 2.3; K 111/99 E. 5 f.; siehe auch K 43/01). Das ehemalige EVG erklärte sodann auch die altrechtlichen Kriterien gemäss KUVG zur Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung als weiterhin anwendbar (BGE 128 V 135 1.6, 128 V 143 1. 5a), womit auch die nachfolgenden altrechtlichen Praxisbeispiele weiterhin gelten dürften. Durch Zahnärzte vorgenommene ärztliche Behandlungen und damit Pflichtleistungen sind (vgl. GEBHARD EUGSTER, a.a.O., N. 497, 500, Fn. 119): - BGE 98 V 69, 71 f.: kieferchirurgische Entfernung eines entzündeten Wurzelrests nach Zahnextraktion vor vielen Jahren; - BGE 100 V 70 f.: kieferchirurgische Sanierung von Zahnwurzelentzündungen, im Gegensatz zu einer zahnärztlichen Wurzelbehandlung; - RSKV 1971 110219: Beseitigung eines Fibroms und einer akuten Kieferentzündung mit anschliessender Vestibularisplastik der Kiefer.

7.2 Bezüglich der Frage, ob die bei der Beschwerdeführerin vorgenommenen Behandlungen allenfalls im Rahmen von Art. 25 KVG als ärztliche Behandlungen zu vergüten sind, kann im Wesentlichen auf die schlüssige Begründung der Beschwerdegegnerin verwiesen werden, wonach die Behandlungen im Wesentlichen auf den Kauapparat und die Verbesserung der Kaufähigkeit gerichtet waren und demnach keine Pflichtleistung gemäss Art. 25 KVG darstellen. So legen die meisten sich in den Akten befindlichen medizinischen Berichte ihren Fokus insbesondere auf die Kaufunktion. Dr. med. B.\_\_\_\_ (Kieferorthopädie) weist in ihrem Schreiben vom 28. März 2013 zwar auf Kiefergelenksbeschwerden hin, nennt aber als Problematik im Wesentlichen die instabile Bissituation und die multiplen Schliiffacetten. Auch ihre Diagnosestellung weist im Wesentlichen auf eine Problematik im Kauapparat hin (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Prof. Dr. I.\_\_\_\_ nennt in seinem Befundsbericht vom 3. April 2014 (KB 4) als Probleme, die Beschwerdeführerin empfinde die Stellung der oberen Frontzähne als störend, sie berichte über Muskelkrämpfe im Bereich beider Mm. masseteres und Kiefergelenke, sie beklage, dass zwischen den Zahnreihen kein richtiger Kontakt bestehe und ihr sei bewusst, dass sie mit den Kiefern knirsche und presse; zudem beisse sie beidseits in die Wangen. Im Schreiben betreffend Kostenbeteiligung vom 1. April 2015 (KB 6) weist Dr. med. C.\_\_\_\_ auf eine starke Funktionsbeeinträchtigung durch Kiefergelenkbeschwerden bei Myoarthropathie hin. Zudem nennt er als Problem die Okklusionsfehlstellung (d.h. des Kontakts zwischen Ober- und Unterkiefers), welche mit der kieferorthopädischen

Behandlung verbessert werden soll. Dr. med. dent. D. \_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 5. März 2018 (KB 8) fest, die Beschwerdeführerin sei zuerst bei Dr. C. \_\_\_ in Behandlung gewesen. Dieser habe die Zähne 14 / 24 extrahiert und in beiden Kiefern eine fixe Apparatur eingesetzt, was ebenfalls überwiegend für einen zahnärztlichen Behandlungsansatz spricht. Auch Dr. med. Dr. med. dent. E. \_\_\_ weist in seinem Schreiben vom 2. März 2015 auf eine Myoarthropathie, also eine Störung der Funktion des Kauorgans, hin (Schreiben vom 2. März 2015). In seiner Stellungnahme vom 4. April 2019 weist er auf schwere Abweichungen der normalen Bisslage sowie eine auffällige Zahnstellungsanomalie hin, welche im Zentrum der Behandlung bei der Versicherten liegen würden und erwähnt eine Kaubehinderung (d.h. Funktionseinschränkung des Kausystems), die bei Nichtbehandlung drohe. Bezüglich der Atemwegbeschwerden weist Dr. med. C. \_\_\_ im Schreiben vom 1. April 2015 darauf hin, dass diese vor allem bei zusätzlichen Infektionen der oberen Atemwege auftreten würden. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich korrekt anfügte, zeigte Dr. med. C. \_\_\_ bei den Ursachen der Beschwerden auf, dass die Atembeschwerden nicht mit dem separat genannten Geburtsgebrechen, sondern vielmehr mit einer Einengung der pharyngealen Atemwege zu tun haben. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die vorliegend bei der Beschwerdeführerin durchgeführten Behandlungen im Wesentlichen auf den Kauapparat und die Verbesserung der Kaufähigkeit gerichtet waren und demnach keine Pflichtleistung gemäss Art. 25 KVG darstellen. Dies ergibt sich denn auch aus dem Vergleich mit den vorgenannten Beispielen aus der Rechtsprechung (vgl. E. II 7.1 hiervor). 8. Im Übrigen liegt auch keine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG vor. Auch hierzu kann auf die Argumentation der Beschwerdegegnerin verwiesen werden. Danach können die Diagnosen der Beschwerdeführerin zwar unter die Kategorie der Dysgnathien nach Art. 17 lit. f KLV subsumiert werden. Für zahnärztliche Behandlungen im Zusammenhang mit Dysgnathien besteht allerdings nur dann eine Leistungspflicht, wenn die Dysgnathie zu den abschliessend genannten Störungen mit Krankheitswert führt. Als leistungsbegründende Störungen gelten das Schlafapnoesyndrom, schwere Störungen des Schluckens und schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien. Im vorliegenden Fall liegt keine dieser drei Störungen vor.

## **E. 9**

9.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 9.2**

9.2.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdeführerin rügt aber eine Verletzung der Begründungspflicht der Beschwerdegegnerin, welcher im Rahmen des Kostenentscheids Rechnung zu tragen sei. So sei von der Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren gar nicht geprüft worden, ob es sich nicht um eine ärztliche Behandlung gehandelt habe, für die sie im Sinne von Art. 25 KVG normal leistungspflichtig sei. Deshalb sei die Beschwerdeführerin gehalten gewesen, eine weitere Instanz (das Versicherungsgericht) anzurufen. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Einsprache lediglich eine Kostenübernahme im Rahmen von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG verlangte und eine Kostenübernahme gemäss Art. 25 KVG nicht thematisierte. Es ist demnach nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin einen allfälligen Anspruch gemäss Art. 25 KVG im Einspracheentscheid nicht prüfte, sondern erst in ihrer Beschwerdeantwort dazu Stellung nahm, nachdem die Beschwerdeführerin einen solchen Anspruch in ihrer Beschwerde geltend machte. Zudem kann auch nicht gesagt

werden, die Beschwerdeführerin habe nur deswegen eine weitere Instanz anrufen müssen. So hat sie in ihrer Beschwerde auch die Verneinung der Leistungspflicht gemäss Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG angefochten. Somit besteht auch im Lichte dessen kein Anspruch auf die Ausrichtung einer Parteientschädigung. 9.2.2 Der Beschwerdeführerin wurde mit Verfügung vom 15. September 2020 (A.S. 96 f.) im vorliegenden Verfahren ab

## **E. 12**

Juni 2020 (Datum der Gesuchseinreichung) die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Advokat Philippe Spitz, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 7. September 2020 zwei Kostennoten eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'315.55 (bei einem Stundenansatz von CHF 180.00) bzw. von CHF 5'784.35 (bei einem Stundenansatz von CHF 250.00) geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'346.20 festzusetzen (11.75 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 63.45 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 632.75 (Differenz zum vollen Honorar [11.75 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = CHF 2'978.95; - 2'346.20 = CHF 632.75]), wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin, die sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten ist festzuhalten, dass die unentgeltliche Rechtspflege erst ab der Gesuchseinreichung mit Eingabe vom 12. Juni 2020 (Datum Postaufgabe) gewährt wurde. Die Arbeiten an der diesbezüglichen Eingabe, welche in der Kostennote am 2. und 5. Juni 2020 erfasst sind, sind hierbei noch mit einzubeziehen. Da zudem die Auslagen nicht detailliert dargelegt wurden, wird diesbezüglich pauschal 3 % des vergüteten Aufwandes eingerechnet. 9.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

## **E. 31**

Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17 ff. KLV (BGE 128 V 143 E. 5). Die Kriterien für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sind der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung der Behandlung. (BGE 128 V 143 E. 4). Für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung verwendet das ehemalige EVG gemäss BGE 128 V 143 E. 4b wahlweise zwei Kriterien: (1) der organische Ansatzpunkt der Behandlung; (2) und die therapeutische Zielsetzung. Nach dem Kriterium des organischen Ansatzpunktes sind zahnärztliche Behandlungen therapeutische Vorkehren am Kausystem. Unter den Begriff des Kausystems fallen die Zähne, der Zahnhalteapparat sowie die Organbereiche, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (BGE 120 V 194 E. 2). Das Kriterium der therapeutischen Zielsetzung fragt danach, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden sollen. Betrifft die

Massnahme hauptsächlich die Verbesserung der Funktion der Zähne beim Beissen, Zerkleinern und Kauen der Nahrung und beim Sprechen, liegt zahnärztliche Behandlung vor. Andere therapeutische Zielsetzungen lassen die Waage zugunsten einer ärztlichen Behandlung kippen und zwar selbst dann, wenn die Behandlung beim Parodont ansetzt. Ist die Zuordnung nicht eindeutig, kommt der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht zu (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR, Soziale Sicherheit], 3. Auflage, 2016, N. 498; Urteil des Bundesgerichts 9C\_655/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 2.3 mit Beispielen; EVG K 43/01 E. 5b; K 159/00 E. 5). Zahnärztliche Pflichtleistung ist alles, was Zahnärzte im Zusammenhang mit Art. 17 - 19a KLV vorkehren. Bei Ärzten, die neben einem Facharzttitel zusätzlich über das Zahnarzt Diplom verfügen und die Erkrankungen des Kauapparates behandeln, ist im Zweifelsfall auf die therapeutische Zielsetzung auf der Ebene des Kauapparates abzustellen. Alle medizinischen Vorkehren, die der Sanierung von irregulären Gebissverhältnissen oder von Kieferfehlstellungen dienen und dabei die Wiederherstellung oder Verbesserung der Zahn- oder Kaufunktionen zum Ziele haben, sind danach zahnärztlich äquivalente Leistungen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., N. 499).

Der Rechtsprechung ist hinsichtlich der Unterscheidung zwischen zahnärztlicher und ärztlicher Behandlung Folgendes zu entnehmen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., N. 501):

Als zahnärztliche Behandlung qualifiziert

-Kieferchirurgische Operation zur Anhebung des Oberkiefers und Setzen von Implantaten mit dem Ziel der Wiederherstellung der Kaufunktion (BGE 129 V 275 1.2).

-Kauinsuffizienz bei ausgeprägter Alveolarkammatrophy im Ober- und Unterkiefer, maxillärer Retrognathie mit Beckenkamminterposition und Oberkieferverlagerung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] K 113/99 vom 21. November 2001 E. 3).

-Chirurgische Korrektur einer Retromaxillie und eines offenen Bisses zum Zwecke der Verbesserung der Bissverhältnisse (Urteil des EVG K 152/01 vom 30. April 2002 E. 5 = RKUV 2002 KV 210 169).

-Entfernung einer radikulären Zyste an der Wurzelspitze eines Zahnes, wenn sie vom Zahnarzt mittels Wurzelbehandlung angebar ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_655/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 2.3).

Als ärztliche Behandlung qualifiziert

-Behandlung mittels Aufbisschiene zur Entlastung arthrotischer Kiefergelenke, es sei denn, die Schiene diene der Kaufunktion oder dem Schutz der Zähne (BGE 128 V 143 E. 5).

-Aufbisschiene und Physiotherapie der Kaumuskulatur bei Tendomyopathie der Kaumuskulatur (Urteil des EVG K 159/00 vom 22. April 2002 E. 5; BGE 136 V 84).

-Chirurgische Korrektur einer Retromaxillie und eines offenen Bisses zur Behebung einer ästhetischen Beeinträchtigung (Urteil des EVG K 152/01 vom 30. April 2002 E. 5a = RKUV 2002 KV 210 169).

-Umstellungsosteotomie im Unterkiefer bei asymmetrischer Progenie mit Zwangsbiss, myofaszialem Schmerzsyndrom, schmerzhaftem Kiefergelenk sowie massiv eingeschränkter Kaufunktion (Urteil des EVG K 62/99 vom 9. April 2002 E. 5).

-Entfernung einer tumorähnlichen Veränderung (Fibrom) aus der im Wangenbereich der Mundhöhle gelegenen Schleimhaut (BGE 128 V 135).

-Entfernung eines extraparodontalen Abszesses im Kieferknochen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_655/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 2.3).

-Urteil des EVG K 86/99 vom 19. Dezember 2001 E. 3 ff.; zahnärztlich: anschliessende Zahnbehandlung E. 6.

-Entfernung einer radikulären Zyste, die sich weit über ihren Ursprung hinaus entwickelt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_655/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 2.3; K 111/99 E. 5 f.; siehe auch K 43/01).

Das ehemalige EVG erklärte sodann auch die altrechtlichen Kriterien gemäss KUVG zur Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung als weiterhin anwendbar (BGE 128 V 135 1.6, 128 V 143 1. 5a), womit auch die nachfolgenden altrechtlichen Praxisbeispiele weiterhin gelten dürften. Durch Zahnärzte vorgenommene ärztliche Behandlungen und damit Pflichtleistungen sind (vgl. GEBHARD EUGSTER, a.a.O., N. 497, 500, Fn. 119):

-BGE 98 V 69, 71 f.: kieferchirurgische Entfernung eines entzündeten Wurzelrests nach Zahnextraktion vor vielen Jahren;

-BGE 100 V 70 f.: kieferchirurgische Sanierung von Zahnwurzelentzündungen, im Gegensatz zu einer zahnärztlichen Wurzelbehandlung;

-RSKV 1971 110219: Beseitigung eines Fibroms und einer akuten Kieferentzündung mit anschliessender Vestibularisplastik der Kiefer.

7.2 Bezüglich der Frage, ob die bei der Beschwerdeführerin vorgenommenen Behandlungen allenfalls im Rahmen von Art. 25 KVG als ärztliche Behandlungen zu vergüten sind, kann im Wesentlichen auf die schlüssige Begründung der Beschwerdegegnerin verwiesen werden, wonach die Behandlungen im Wesentlichen auf den Kauapparat und die Verbesserung der Kaufähigkeit gerichtet waren und demnach keine Pflichtleistung gemäss Art. 25 KVG darstellen. So legen die meisten sich in den Akten befindlichen medizinischen Berichte ihren Fokus insbesondere auf die Kaufunktion.

Dr. med. B.\_\_\_\_ (Kieferorthopädie) weist in ihrem Schreiben vom 28. März 2013 zwar auf Kiefergelenksbeschwerden hin, nennt aber als Problematik im Wesentlichen die instabile Bissituation und die multiplen Schliiffacetten. Auch ihre Diagnosestellung weist im Wesentlichen auf eine Problematik im Kauapparat hin (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Prof. Dr. I.\_\_\_\_ nennt in seinem Befundsbericht vom 3. April 2014 (KB 4) als Probleme, die Beschwerdeführerin empfinde die Stellung der oberen Frontzähne als störend, sie berichte über Muskelkrämpfe im Bereich beider Mm. masseteres und Kiefergelenke, sie beklage, dass zwischen den Zahnreihen kein richtiger Kontakt bestehe und ihr sei bewusst, dass sie mit den Kiefern knirsche und presse; zudem beisse sie beidseits in die Wangen. Im Schreiben betreffend Kostenbeteiligung vom 1. April 2015 (KB 6) weist Dr. med. C.\_\_\_\_ auf eine starke Funktionsbeeinträchtigung durch Kiefergelenksbeschwerden bei Myoarthropathie hin. Zudem nennt er als Problem die Okklusionsfehlstellung (d.h. des Kontakts zwischen Ober- und Unterkiefers), welche mit der kieferorthopädischen Behandlung verbessert werden soll. Dr. med. dent. D.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 5. März 2018 (KB 8) fest, die Beschwerdeführerin sei zuerst bei Dr. C.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen. Dieser habe die Zähne 14 / 24 extrahiert und in beiden Kiefern eine fixe

Apparatur eingesetzt, was ebenfalls überwiegend für einen zahnärztlichen Behandlungsansatz spricht. Auch Dr. med. Dr. med. dent. E.\_\_\_\_ weist in seinem Schreiben vom 2. März 2015 auf eine Myoarthropathie, also eine Störung der Funktion des Kauorgans, hin (Schreiben vom 2. März 2015). In seiner Stellungnahme vom 4. April 2019 weist er auf schwere Abweichungen der normalen Bisslage sowie eine auffällige Zahnstellungsanomalie hin, welche im Zentrum der Behandlung bei der Versicherten liegen würden und erwähnt eine Kaubehinderung (d.h. Funktionseinschränkung des Kausystems), die bei Nichtbehandlung drohe. Bezüglich der Atemwegbeschwerden weist Dr. med. C.\_\_\_\_ im Schreiben vom 1. April 2015 darauf hin, dass diese vor allem bei zusätzlichen Infektionen der oberen Atemwege auftreten würden. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich korrekt anfügte, zeigte Dr. med. C.\_\_\_\_ bei den Ursachen der Beschwerden auf, dass die Atembeschwerden nicht mit dem separat genannten Geburtsgebreechen, sondern vielmehr mit einer Einengung der pharyngealen Atemwege zu tun haben. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die vorliegend bei der Beschwerdeführerin durchgeführten Behandlungen im Wesentlichen auf den Kauapparat und die Verbesserung der Kaufähigkeit gerichtet waren und demnach keine Pflichtleistung gemäss Art. 25 KVG darstellen. Dies ergibt sich denn auch aus dem Vergleich mit den vorgenannten Beispielen aus der Rechtsprechung (vgl. E. II 7.1 hiavor).

8. Im Übrigen liegt auch keine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG vor. Auch hierzu kann auf die Argumentation der Beschwerdegegnerin verwiesen werden. Danach können die Diagnosen der Beschwerdeführerin zwar unter die Kategorie der Dysgnathien nach Art. 17 lit. f KLV subsumiert werden. Für zahnärztliche Behandlungen im Zusammenhang mit Dysgnathien besteht allerdings nur dann eine Leistungspflicht, wenn die Dysgnathie zu den abschliessend genannten Störungen mit Krankheitswert führt. Als leistungsbegründende Störungen gelten das Schlafapnoesyndrom, schwere Störungen des Schluckens und schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien. Im vorliegenden Fall liegt keine dieser drei Störungen vor.

9.

9.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9.2

9.2.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdeführerin rügt aber eine Verletzung der Begründungspflicht der Beschwerdegegnerin, welcher im Rahmen des Kostenentscheids Rechnung zu tragen sei. So sei von der Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren gar nicht geprüft worden, ob es sich nicht um eine ärztliche Behandlung gehandelt habe, für die sie im Sinne von Art. 25 KVG normal leistungspflichtig sei. Deshalb sei die Beschwerdeführerin gehalten gewesen, eine weitere Instanz (das Versicherungsgericht) anzurufen. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Einsprache lediglich eine Kostenübernahme im Rahmen von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG verlangte und eine Kostenübernahme gemäss Art. 25 KVG nicht thematisierte. Es ist demnach nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin einen allfälligen Anspruch gemäss Art. 25 KVG im Einspracheentscheid nicht prüfte, sondern erst in ihrer Beschwerdeantwort dazu Stellung nahm, nachdem die Beschwerdeführerin einen solchen Anspruch in ihrer Beschwerde geltend machte. Zudem kann auch nicht gesagt werden, die Beschwerdeführerin habe nur deswegen eine weitere Instanz anrufen müssen. So hat sie in ihrer Beschwerde auch die Verneinung der Leistungspflicht gemäss Art. 31

Abs. 1 lit. a KVG angefochten. Somit besteht auch im Lichte dessen kein Anspruch auf die Ausrichtung einer Parteientschädigung.

9.2.2 Der Beschwerdeführerin wurde mit Verfügung vom 15. September 2020 (A.S. 96 f.) im vorliegenden Verfahren ab 12. Juni 2020 (Datum der Gesuchseinreichung) die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Advokat Philippe Spitz, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 7. September 2020 zwei Kostennoten eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'315.55 (bei einem Stundenansatz von CHF 180.00) bzw. von CHF 5'784.35 (bei einem Stundenansatz von CHF 250.00) geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'346.20 festzusetzen (11.75 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 63.45 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 632.75 (Differenz zum vollen Honorar [11.75 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = CHF 2'978.95; - 2'346.20 = CHF 632.75]), wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin, die sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten ist festzuhalten, dass die unentgeltliche Rechtspflege erst ab der Gesuchseinreichung mit Eingabe vom 12. Juni 2020 (Datum Postaufgabe) gewährt wurde. Die Arbeiten an der diesbezüglichen Eingabe, welche in der Kostennote am 2. und 5. Juni 2020 erfasst sind, sind hierbei noch mit einzubeziehen. Da zudem die Auslagen nicht detailliert dargelegt wurden, wird diesbezüglich pauschal 3 % des vergüteten Aufwandes eingerechnet.

9.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Philipp Spitz, wird auf CHF 2'346.20 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 632.75, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

## 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.