

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00012 vom 29. April 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2005.00012

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00012 du 29 avril 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00012 del 29 aprile 2005

Erwägungen

E. 1

1.1 In formeller Hinsicht ist - wie schon im Entscheid vom 29. Juli 2003 ausgeführt (Urk. 7/11 Erw. 2.2.1) -, darauf hinzuweisen, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüften beziehungsweise zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat (BGE 125 V 414 Erw. 1a, 119 1b 36 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.2 Im Vergleich zu den als Anfechtungsgegenstand im Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht anerkannten Behandlungskosten macht der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren wie schon im Einspracheverfahren zusätzliche Behandlungskosten von insgesamt Fr. 13'183.75 geltend (vgl. Urk. 1 S. 1 und 2, Urk. 7/15 S. 2 und 3). Die Beschwerdegegnerin stellt sich diesbezüglich vernehmlassungsweise auf den Standpunkt, dass dieser Betrag, welcher sich aus Rechnungen für diverse zahnärztliche Behandlungen seit 2001 zusammensetzt, nicht Gegenstand des sich seit 2001 hinziehenden Verfahrens sei und zudem vom Beschwerdeführer teilweise nicht, respektive nicht mittels Originalrechnungen belegt worden sei. Aus diesem Grund und weil vorgängig der Ausgang des vorliegenden Verfahrens abgewartet werde, sei die Leistungspflicht hierfür noch nicht geprüft worden (Urk. 6 S. 8).

1.3 Dass die zusätzlichen Behandlungskosten weder Gegenstand der Verfahren Nr. KV.2001.00090 und Nr. KV.2003.00042 (vg. Urk. 7/6 und 7/11) noch des Entscheids des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. Juni 2004 (Urk. 7/13) bildeten, stellt kein Hindernis für eine allfällige Ausdehnung des Anfechtungsgegenstandes (BGE 122 V 36 Erw. 2a mit Hinweisen) in einem neuerlichen Entscheid dar.

In dem die Kasse in der Verfügung vom 14. Dezember 2004 nicht nur die Leistungspflicht für die bisher streitigen Behandlungskosten für die zahnärztlichen Behandlungen in der Privatklinik A. ___ im Betrag von Fr. 32'533.30, von Dr. F. ___ in der Höhe von Fr. 1'117.-- und von Dr. C. ___ von Fr. 28'231.15 verneint hat, sondern auch für jede im Zusammenhang mit der Kieferknochenrekonstruktion weiter erfolgte zahnärztliche Behandlung (Urk. 7/14 S. 2), hat sie materiell zu den zusätzlichen Behandlungskosten, welche gemäss Beschwerdeführer mit der Kieferknochenrekonstruktion in direktem Zusammenhang stehen (Urk. 1 S. 2), Stellung genommen und den Anfechtungsgegenstand ausgedehnt. Damit bilden sämtliche vom Beschwerdeführer geltend gemachten Behandlungskosten Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

E. 2

2.1. Was die massgebenden gesetzlichen Bestimmungen über den Anspruch auf Leistungen der sozialen Krankenversicherung für zahnärztliche Behandlungen bei Krankheit (Art. 31 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG], Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] sowie Art. 17 ff. der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [KLV]) betrifft, kann auf die entsprechenden Erwägungen im Urteil des hiesigen Gerichts vom 29. Juli 2003, welche vom Eidgenössischen Versicherungsgericht bestätigt worden sind (Urk. 7/13 Erw. 2), verwiesen werden. Ebenso wird auf die Ausführungen zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit und zum Beweiswert ärztlicher Berichte sowie zur Bedeutung des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 für die Beurteilung des vorliegenden Falles (Urk. 7/11 Erw. 1.3 und 2.1) verwiesen.

2.2. Bei der Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht im Sinne von Art. 97 in Verbindung mit Art. 128 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege (OG) und Art. 62 Abs. 1 ATSG handelt es sich grundsätzlich um ein reformatorisches Rechtsmittel. Das Eidgenössische Versicherungsgericht kann bei Gutheissung der Beschwerde selbst in der Sache entscheiden oder diese zur Neuurteilung an die Vorinstanz beziehungsweise an die erstinstanzlich verfassende Behörde zurückschicken (Art. 132 in Verbindung mit Art. 114 Abs. 2 OG). Weist es "im Sinne der Erwägungen" zurück, sind diese für die Vorinstanz beziehungsweise die Verwaltung verbindlich. Sie haben die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht für erforderlich bezeichneten weiteren Abklärungen vorzunehmen und das Ergebnis bei ihrer Neuentscheidung zu berücksichtigen (BGE 120 V 237 Erw. 1a, 119 Ib 300 f., 113 V 159 Erw. 1c). Auch dürfen sie sich nicht auf Erwägungen stützen, welche das Eidgenössische Versicherungsgericht ausdrücklich oder sinngemäss verworfen hat. Andernfalls würde der Rechtsschutz verweigert, den eine obere Instanz der obsiegenden Partei zuteil werden liess (Rhinow/Koller/Kiss, Öffentliches Prozessrecht und Justizverfassungsrecht des Bundes, Basel; Frankfurt am Main 1996, S. 301; Zünd, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Zürich 1999, § 26 N 7).

2.3. Das Eidgenössische Versicherungsgericht wies die Sache gemäss Dispositiv Ziffer 1 im Urteil vom 9. Juni 2004 an die Kasse zurück, "damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfähre" (Urk. 7/13 S. 7). In Erwägung 4.3 kam es zum Schluss, dass die in den Akten liegenden Berichte der Vertrauenskiefchirurgin der Kasse, Dr. D., vom 22. November 2001 und vom 5. März 2003 (Urk. 7/16 und 7/17) sowohl in ihren Schlussfolgerungen wie auch in den Begründungen nicht überzeugend seien und den beweisrechtlichen Anforderungen an medizinische Berichte nicht zu genügen vermögen. Insbesondere den Ausschluss einer im Vordergrund stehenden Osteopathie erachtete das Eidgenössische Versicherungsgericht als nicht schlüssig begründet, und es sei auch nicht einzusehen, weshalb keine Knochendichtemessung durchgeführt worden sei. Selbst wenn das Nichtvorliegen einer Knochenerkrankung wahrscheinlicher sein möge als deren Vorliegen, sei auf eine so einfache Abklärung wie das Messen der Knochendichte oder aber auf eine internistische oder rheumatologische Untersuchung zum

Nachweis einer Erkrankung des Knochens nicht zu verzichten. Eine genauere Abklärung rechtfertigt sich schliesslich auch deshalb, weil der Beschwerdeführer an einer Kieferarthrose leide, derentwegen die Kasse bereits Leistungen erbracht habe. Wenn das Kiefergelenk krank sei, erscheine es von besonderem Interesse, ob nicht auch der übrige Teil des Kiefers gesundheitlich beeinträchtigt sei und bejahendenfalls weshalb (Urk. 7/13 S. 5 f.).

2.4 Durch die Rückweisung der Sache im Sinne der Erwägungen verpflichtete das Eidgenössische Versicherungsgericht die Kasse in bindender Weise, die von ihr als notwendig bezeichneten zusätzlichen Abklärungen, wie insbesondere die Knochendichtemessung und eine internistische oder rheumatologische Abklärung vornehmen zu lassen.

Im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin veranlassten Begutachtung in der Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des E.____ wurde der Beschwerdeführer zusätzlich klinisch und radiologisch untersucht. Ausserdem wurden Situationsmodelle erstellt (vgl. Urk. 7/18 S. 1 unten). Die Beschwerdegegnerin erteilte gemäss den Akten den Auftrag weder zur Vornahme einer Knochendichtemessung noch zu einer rheumatologischen oder internistischen Abklärung. Da sich der Beschwerdeführer auch andernorts diesen Untersuchungen nicht unterzogen hat, sind die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht verbindlich als notwendig bezeichneten Abklärungen bis anhin nicht vorgenommen worden. Der angefochtene Entscheid ist bereits aus diesem Grunde aufzuheben und die Sache zur erneuten Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Ausserdem weist das Gutachten des E.____ vom 8. November 2004 beweisrechtliche Schwächen auf. So bejahte zwar Dr. Dr. med. G.____, dass eine Osteopathie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV als Ursache der Kieferatrophie überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden könne, fügte jedoch an, dass "harte Daten" fehlten würden. Eine Densitometrie (Dichtemessung) liege nicht vor, wäre aber auch bei positivem Befund nicht beweiskräftig. Aus welchem Grund einer solchen Messung keine Beweiskraft zuzusprechen wäre, führte er jedoch nicht aus, wobei in diesem Zusammenhang angesichts der vom Eidgenössischen Versicherungsgericht auferlegten Abklärungspflicht ohnehin nicht auf seine Schlussfolgerung abzustellen wäre. Weiter fehlt es an einer Begründung für die von ihm verneinten Hinweise auf das Vorliegen einer Osteomyelitis gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 5 KLV. Zusätzliche Untersuchungen in diesem Zusammenhang bezeichnet er als "nicht zwingend notwendig", was einerseits zögerlich und andererseits als ungenügend begründet erscheint. Dies gilt umso mehr, als er eine Myoarthropathie des rechten Kiefergelenks diagnostizierte (Urk. 7/18 S. 5). Ursache dieser Krankheit können unter anderem chronische Entzündungen bilden (Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten für Mediziner, hrsg. von Körber/Rotgans/Schmelzle/Schwenzer, Stuttgart; New York 1994, S. 44), weshalb das Vorliegen einer Osteomyelitis, einer Entzündung des Kieferknochens, nicht ohne weitere Abklärungen verneint werden kann.

Auch wenn die Beurteilung von Dr. Dr. G.____, dass die Atrophie des Knochens mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 % auf den Zahnverlust im Alter von 23 Jahren zurückzuführen ist, mit erheblicher Wahrscheinlichkeit zutrifft, konnte darauf - müsste die Sache nicht ohnehin zurückgewiesen werden - angesichts dieser beweisrechtlichen Schwächen nicht ohne Ergänzungen abgestellt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist die Sache erneut an die Beschwerdegegnerin zurÄ¼ckzuweisen, damit diese die ihr mit Urteil des EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichts vom 9. Juni 2004 auferlegten zusÄ¼tzlichen AbklÄ¼rungen vornehme und anschliessend neu entscheide.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

Das Gericht erkennt:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Januar 2005 aufgehoben und die Sache an die Helsana Versicherungen AG zurÄ¼ckgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter AbklÄ¼rung im Sinne der ErwÄ¼gungen, neu Ä¼ber ihre Leistungspflicht verfÄ¼ge.

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- K.____

- Helsana Versicherungen AG

- Bundesamt fÄ¼r Gesundheit

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÄ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdefÄ¼hrenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehÄ¼rige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdefÄ¼hrende Person sie in HÄ¼nden hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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