

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00074 vom 28. März 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2006.00074

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00074 du 28 mars 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00074 del 28 marzo 2008

Erwägungen

E. 1

1.1 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.

1.2 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. Nach Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlung unter anderem dann, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist. Zu den schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems gehören namentlich Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile, unter anderem Osteopathien des Kiefers (Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV).

1.3 Voraussetzung für die Leistungspflicht ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht (Art. 17 Ingress KLV in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV, und Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG).

Der Begriff der schweren Kausystemerkrankung gemäss Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG übersteigt den für die soziale Krankenversicherung allgemein geltenden Krankheitswert des Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) beziehungsweise altArt. 2 Abs. 1 KVG, indem er eine qualifizierte Beeinträchtigung der Gesundheit im Sinne schwerer pathologischer Erscheinungsformen voraussetzt. Er soll vom allgemeinen Krankheitsbegriff abgrenzen (BGE 127 V 328, 333 Erw. 5a und 5b; 130 V 467 Erw. 3.2; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]/Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Basel/Genf/München 2006, S. 538 Rz 430).

Allgemein setzt eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 17 Ingress KLV ein durch prophylaktische Massnahmen im Sinne und im Rahmen zumutbarer Mund- und Zahnhygiene (BGE 128 V 59 und 70) nicht zu verhinderndes pathologisches Geschehen voraus, welches zu erheblichen Schäden an Zähnen, Kieferknochen oder Weichteilen geführt hat oder nach klinischem und

2.2.3.3. Dr. B. bestätigte mit Schreiben vom 20. Juni 2005 zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, dass es für ihn absolut unbestritten sei, dass die Beschwerdeführerin an einer aussergewöhnlich schlechten Knochenqualität (Klasse IV) leide. Diese Situation führe dazu, dass durch die Belastung mittels einer Vollprothese die Patientin sehr bald in eine Situation komme, die prothetisch nicht mehr zu versorgen sei (Urk. 8/26). In einer neuerlichen Stellungnahme von Dr. C. vom 31. August 2005 wies dieser unter anderem darauf hin, dass die Versicherung die Notwendigkeit einer implantatgestützten prothetischen Versorgung im vorliegenden Fall nie in Abrede gestellt habe. Umstritten sei einzig, ob diese Implantate und allenfalls wie viele eine Leistungspflicht darstellen würden (Urk. 8/23).

In seinem Kostengutsprachege such für eine neuerliche Knochentransplantation mittels Schädeldachknochen vom 25. Oktober 2005 legte Prof. Dr. K. dar, dass die bei der vorliegend im Streite stehenden Behandlung eingesetzten Implantate wieder verloren gegangen seien. Der jetzige Zustand sei klar und eindeutig am Computertomogramm sichtbar und bestehe im völligen Abbau des Oberkieferknochens, so dass zwischen Kiefer- und Mundhöhle nur eine hauchdünne Knochenschicht vorliege, die teilweise auch fehle. Zusätzlich müsse unterstrichen werden, dass die Beschwerdeführerin an einer Osteoporose leide und eine Atrophie der Cawood Klasse VI vorliege (Urk. 8/17). Die Aufforderung der Krankenkasse vom 16. November 2005 darzulegen, weshalb lediglich vier Monate nachdem Dr. B. im Schreiben vom 20. Juni 2005 (Urk. 8/26) eine Cawood Klasse IV bestätigt habe, nunmehr plötzlich eine Atrophie der Cawood Klasse VI bestehen solle (Urk. 8/16), beantworte Prof. Dr. K. in der Folge nicht.

2.2.4. Am 15. November 2006 wurde die Beschwerdeführerin im F. mittels Übersichtsaufnahmen und 2 x 16 Tomogrammen aus dem linken Vorderarm und Unterschenkel untersucht. Der ärztliche Leiter Dr. I. kam zum Schluss, dass eine leichte bis mässige Osteopenie vorliege. Das Erscheinungsbild, die Mineralisation und die Wertekonstellation seien Zeichen einer chronisch ungenügenden Calciumzufuhr. Hinweise auf ein sekundäres systemisches Geschehen verneinte Dr. I. (Urk. 8/14).

2.2.5. Die Diagnosen im Gutachten des G. vom 15. Dezember 2005 lauten wie folgt (Urk. 8/15 S. 3):

- Status nach Oberkiefer-Augmentation 1985 wegen Alveolarfortsatzatrophie (Kieferchir./G.)

- Status nach Osteosynthesematerialentfernung und Implantation von 8 endossalen Implantaten im Oberkiefer (06/2004 Klinik Prof. Sailer c/o Klinik Bethanien)

- Status nach Entfernung beziehungsweise Verlust aller Implantate im Oberkiefer (2004-2005)

- aktuell deutliche Alveolarfortsatzatrophie im Oberkiefer (Cawood Klasse IV mit zusätzlichem Knochenverlust im Bereich der ehemaligen Implantate)

- Retromaxilläre Kieferbasen-Relation bei persistierender Unterkieferdentition

- Osteopenische Skelettsituation

Â Â Â Â Â Â Â Â Zum Vorliegen einer Osteopathie des Kiefers im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV, stellte sich der leitende Arzt PD Dr. med. D. ___ auf den Standpunkt, dass eine nicht vermeidbare Krankheit gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV durch den Befund des Osteoporose-Zentrums Zürich eindeutig gesichert sei (Urk. 8/15).

2.2.6 Â Â In der hierauf eingeholten Beurteilung wies Dr. C. ___ darauf hin, dass für eine Leistungspflicht das Ausmass der Knochenatrophie vom Grad VI erforderlich sei, welcher nicht vorliege. Ob der im Gutachten mit generell verminderter Mineralisation umschriebene Zustand für die Annahme einer der in Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV verlangten konkomitanten Knochenerkrankung im Sinne einer Osteoporose ausreiche, liess er dem Vertrauensarzt überlassen (Urk. 8/11).

Â Â Â Â Â Â Â Â Der Vertrauensarzt Dr. H. ___ empfahl am 14. Februar 2006 die strikte Ablehnung jeglicher Kostenübernahme mit der Begründung, dass eine Atrophieklasse Cawood IV prinzipiell keine KVG-Pflichtleistungen auslöse und die osteodensitometrisch nachgewiesene Osteopenie nicht unter Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV aufgelistet sei. Des weitern sei ein Ernährungsmangel nachgewiesen, der zur Zeit in Form einer Calcium-Substitution in Behandlung stehe (Urk. 8/9).

2.2.7 Â Â PD Dr. D. ___ nahm am 30. März 2006 Stellung zur vertrauensärztlichen Beurteilung. Er hielt fest, dass es sich bei die in Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV erwähnten Osteopathien des Kiefers nicht auf die von Dr. C. ___ erwähnten drei Krankheitsgruppen der Osteoporosen, der Osteomalazien und der Osteodystrophien beschränke. Hierbei handle es sich nur um Beispiele aus der grossen Gruppe der Osteopathien. Faktum sei, dass Dr. C. ___ selber den Oberkiefer mit "ungenügender Qualität" und "kompromittierter Knochensituation" bezeichnet habe. Überdies liege ein Untersuchungsergebnis des Osteoporose-Zentrums Zürich vor, welches eine osteopenische Skelettsituation bescheinige. Bei dieser Untersuchung sei die Knochendichtemessung am Unterarm und am Unterschenkel durchgeführt worden. Zu berücksichtigen sei hierbei, dass bei diesen Messungen die Werte häufig höher (gleich bessere Knochenqualität) lägen, als im Bereich der für Osteoporose relevanten unteren Wirbelsäule oder aber auch im Bereich des atrophierten Oberkiefers, zumal dieser bereits durch autologe Knochentransplantate vor mehr als 20 Jahren aufgebaut worden sei. Erfahrungsgemäss komme es nach solchen Aufbauten, falls diese nicht in einem adäquaten Zeitraum (4-6 Monate postoperativ) durch Implantate stabilisiert würden, zur Rarifizierung der Knochendichte. Es sei also festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin neben einer allgemeinen Verminderung der Knochendichte des Skelettsystems (Osteopenie) eine Osteopathie des Oberkiefers vorliege, welche deutlich über das Ausmass der Knochendichterarifizierung anderer Skelett-Teile hinausgehe. Dies werde durch den Implantatverlust aus dem Jahr 2005 klinisch untermauert. Wollte man dies direkt nachweisen, wäre eine Knochenbiopsie mit folgender histologischer Beurteilung von Nutzen, was aber der Patientin kaum zumutbar wäre (Urk. 8/7).

Â Â Â Â Â Â Â Â Eine weitere Stellungnahme von PD Dr. D. ___ zum Einspracheentscheid vom 19. Juli 2006 datiert vom 28. Juli 2006. Darin nimmt er einerseits zu Bedeutung und Inhalt des von der schweizerischen Zahnärztesgesellschaft herausgegebenen Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO; Februar 1996 mit Korrekturen Dezember 1999) Stellung. Andererseits bekräftigt er erneut, dass bei der Beschwerdeführerin eine Osteopathie des Oberkiefers vorliege. Die Beschwerdeführerin sei bereits 1985 wegen

einer extremen Kieferkammatrophy einer Augmentation durch Beckenkammknochen unterzogen worden. Die jetzige knöcheliche Situation sei ein Resultat aus dem damals eingebrachten Knochentransplantat sowie des bestehenden Kiefers vor der Operation. Beide Anteile seien in den letzten 20 Jahren einer weitem Resorption anheim gefallen. Bekannterweise werde sowohl das Knochentransplantat als auch das Empfängerlager (sprich Oberkiefer) im Rahmen der Einheilungs- und Umbauvorgänge nach der Operation derart transformiert, dass eine deutlich verringerte histometrische Knochendichte vorliege. Diese wiederum sei verantwortlich für eine verringerte biomechanische Eigenschaft des Kiefers und des Transplantates. Der Jetztzustand der Beschwerdeführerin sei seines Erachtens charakterisiert durch die Osteopathie, welche nicht mit üblichen Verfahren der Knochendichte-Bestimmungen an den Extremitäten beurteilt werden könne. Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV betreffe Osteopathien der Kiefer, nicht der anderen Knochen. Ein Krankheitswert sei gegeben, da die Patientin funktionell beeinträchtigt sei (Urk. 3/22).

E. 3

3.1 Gemäss KVG-Leitfaden 1999 der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGKG) treten Osteopathien der Kiefer im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV als pathologische Skelettarifizierung (z.B. primäre/sekundäre Osteoporose), echte Mineralisationsstörung (z.B. Osteomalazie), als lokale pathologische Knochenneubildung mit Funktionseinschränkung (z.B. lokale Osteodystrophie) oder als extreme, nicht altersentsprechende Atrophie des Kieferknochens (z.B. Morbus Blumshli/Uehlinger) auf. Gemäss SSO-Atlas gehören zu den Osteopathien der Kiefer im Sinne dieser Bestimmung die Osteoporose, die Osteomalazie und die Osteodystrophie deformans. Die Osteoporose wird als pathologische Skelettarifizierung, die stärker ist, als es der Altersnorm entspricht, definiert. Als radiologische Befunde bei der Osteoporose werden eine grobmaschige Spongiosa, Verdünnung der Kompakta, eine starke Strukturzeichnung, Spontanfrakturen/Grünlholzfrakturen und eine extreme Kieferatrophy (Cawood VI) genannt. Das klinische Erscheinungsbild zeigt gemäss SSO-Atlas eine extreme Atrophie des Kieferknochens, auch den Kieferkörper betreffend, so dass aus anatomisch-morphologischen Gründen kein Zahnersatz eingegliedert werden kann. Bei einem Atrophiegrad von Cawood VI ist der ganze Alveolarfortsatz bis auf die Kieferbasis abgebaut, welcher Zustand nicht allein auf Zahnverlust zurückzuführen ist (SSO-Atlas S. 40 f.).

Diese von zwei verschiedenen Berufsgruppen zur Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 31 KVG herausgegebenen Leitfäden bilden Empfehlungen ohne jeglichen normativen Charakter. Sie sind für das Gericht nicht verbindlich, doch kann es sie bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen (BGE 124 V 354 Erw. 2e).

3.2 Was die in beiden Leitfäden erwähnte Atrophie des Kieferknochens anbelangt, hat das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht im Urteil K 113/99 vom 21. November 2001 eine Alveolarkammatrophy vom Grad Cawood VI im Oberkiefer als Osteopathie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV anerkannt, nicht aber eine viel geringere Unterkieferatrophy. Im Urteil vom 10. Juli 2007 in Sachen K., 9C-50/2007, bestätigte das Bundesgericht, dass eine extreme, nicht altersentsprechende Atrophie des Kieferknochens vom Grad Cawood VI als Osteopathie im Sinne Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV zu anerkennen ist.

E. 4

4.1. Gestützt auf die medizinischen Akten kann mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen) darauf geschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin im relevanten Zeitraum an einem erheblich atrophierten Kieferkamm der Cawood Klasse IV gelitten hat. Dieser Schluss rechtfertigt sich gestützt auf den Bericht des E. ___ vom 21. April 2004, in welchem eine massive Atrophie der Knochenleiste des Oberkiefers erwähnt wird (Urk. 8/39), die Bestätigung von Dr. B. ___ vom 20. Juni 2005 mit der Bestätigung einer aussergewöhnlich schlechten Knochenqualität der Klasse IV (Urk. 8/26) und die Interpretation von PD Dr. D. ___ der am 30. Januar und 6. April 2004 durchgeführten Orthopantomogramme in seinem Gutachten vom 15. Dezember 2005. PD Dr. D. ___ erkannte darauf eine deutliche Alveolarsatzatrophie entsprechend der Cawood Klasse IV (Urk. 8/15 S. 3 oben). Die im Kostengutsprachege such vom 25. Oktober 2005 von Prof. Dr. K. ___ getätigte Angabe, es liege eine Atrophie der Cawood Klasse VI vor (Urk. 8/17 S. 2), vermag diese Schlussfolgerung nicht in Frage zu stellen. Einerseits betrifft sie nicht den für die Beurteilung relevanten Zeitraum. Andererseits belegte Prof. Dr. K. ___ diese von obigen übereinstimmenden ärztlichen Angaben abweichende Einschätzung in keiner Weise. Bezeichnenderweise verzichtete er in der Folge trotz entsprechender Aufforderung der Beschwerdegegnerin vom 16. November 2005 (Urk. 8/16) auf eine Stellungnahme zu diesem Widerspruch.

Gemäss der unter Erw. 3.2 zitierten Rechtsprechung ist eine extreme, nicht altersentsprechende Kieferatrophie vom Grad Cawood VI als Osteopathie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV zu anerkennen. Bei einem Atrophiegrad von Cawood VI ist der ganze Alveolarfortsatz bis auf die Kieferbasis abgebaut, welcher Zustand nicht allein auf Zahnverlust zurückzuführen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2007, a.a.O., Erw. 5.2.1; vgl. auch SSO-Atlas S. 41) und damit als nicht vermeidbar zu betrachten ist. Eine Kieferatrophie der Cawood Klasse IV erfüllt im Lichte dieser Rechtsprechung für sich alleine die Voraussetzung einer pathologischen Kieferatrophie im Sinne der Bestimmung kaum.

Jedoch zeigt die medizinische Aktenlage, dass die Beschwerdeführerin zusätzlich an einer allgemeinen Abnahme an Knochengewebe im Sinne zumindest einer leichten bis mässigen Osteopenie leidet, welche gemäss Dr. I. ___ mit einer chronisch ungenügenden Calciumzufuhr zusammenhängt (Bericht des Osteoporosezentrums Zürich vom 15. November 2005, Urk. 8/14). Der Begriff Osteopenie bezeichnet einerseits eine physiologische senile Skelettatrophie, die im hohen Alter von der Osteoporose als Krankheit praktisch nicht zu trennen ist. Andererseits kann sie auch eine Vorstufe zu Osteoporose darstellen und wird letztendlich als radiologischer Oberbegriff für Osteopathien verwendet, die im Röntgenbild durch diffuse Kalksalzminderung auffallen (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin 2002, S. 1227).

Weder im SSO-Atlas noch im KVG-Leitfaden wird die Osteopenie unter den Definitionen der Osteopathie im Sinne des Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV aufgeführt. In beiden Leitfäden wird die darin erwähnte Osteoporose jedoch als pathologische Skelettarifizierung bezeichnet, welchen nach obiger Definition grundsätzlich auch die Osteopenie zuzurechnen ist. Im Lichte dessen, dass die in Art. 17 lit. a-f KLV

aufgezählten Erkrankungen des Kausystems grundsätzlich als schwer im Sinne des Ingresses dieser Bestimmung gelten und sich bei feststehender Diagnose die Frage der Schwere der Erkrankung im Regelfall nicht stellt (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2007, a.a.O., Erw. 4.2 mit Hinweisen), kann die Anerkennung der Osteopenie als Osteopathie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden. In diesem Sinne ist gemäss KVG-Leitfaden zu beachten, dass die genannten Osteopathien nur Beispiele aus der grossen Gruppe der Osteopathien seien, was bedeute, dass sich die Osteopathien der Kiefer nicht auf die im KVG-Leitfaden unter Ziff. 1 genannten Krankheitsbilder beschränke (vgl. Urk. 8/1).

Im vorliegenden Fall scheint ein Ausschluss umso fragwürdiger, als die Beschwerdegegnerin die von PD Dr. D.____ getroffene Feststellung, dass im Bereich des Oberkiefers, anders als im übrigen Skelettsystem, nicht nur eine allgemeine Verminderung der Knochendichte im Sinne einer Osteopenie, sondern eine Osteopathie, welche deutlich über das Ausmass der Knochendichterarifizierung anderer Skeletteile hinausgehe, vorliege (Urk. 8/7 S. 2), in keiner Weise widerlegt hat, obwohl die damit zusammenhängenden Ausführungen von PD Dr. D.____ grundsätzlich zu überzeugen vermögen. Des weitern stellte die Beschwerdegegnerin nicht in Frage, dass das Leiden der Beschwerdeführerin einen Krankheitswert erreicht hatte, der eine zahnärztliche Behandlung rechtfertigte, und dass zudem eine qualifizierte Beeinträchtigung vorlag. Dr. C.____ sprach sich bereits in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2005 für die Indikation einer Implantattherapie zum Schutz des Knochens vor weiterem Abbau aus (Urk. 8/33). Liegt aber eine behandlungsbedürftige qualifizierte in Art. 17 KLV erwähnte Kausystemerkrankung vor, muss nicht zusätzlich danach gefragt werden, ob die Erkrankung insgesamt als schwer einzustufen ist (BGE 127 V 336 Erw. 7a).

Des weitern gilt es zu berücksichtigen, dass der notwendige Krankheitswert nicht ein voll ausgebildetes Krankheitsbild voraussetzt. Manifestiert sich eine qualifizierte gesundheitliche Beeinträchtigung im Anfangsstadium, besteht aber die konkret drohende Gefahr einer erheblichen Verschlimmerung, muss die versicherte Person mit der Behandlung nicht bis zur vollen Entfaltung des pathologischen Geschehens zuwarten (Eugster, a.a.O., S. 538 Rz 430). Dass die Gefahr einer zusätzlichen Rarifizierung der Knochendichte bei ausbleibender Behandlung vorlag, kann den Ausführungen von PD Dr. D.____ vom 30. März 2006 (Urk. 8/7 S. 2 oberster Abschnitt) entnommen werden.

Selbst wenn die Beschwerdeführerin im Bereich des Oberkiefers lediglich an einer osteopenischen Skelettsituation litt und keine eigentliche Osteoporose vorlag, ist unter Berücksichtigung obiger Ausführungen und dem Umstand, dass zusätzlich eine doch erhebliche Kieferatrophie vom Grade Cawood IV gegeben war, das Vorliegen einer schweren Kausystemerkrankung zu bejahen.

Was die Vermeidbarkeit der Erkrankung anbelangt, ist auf Erw. 1.3 zu verweisen, wonach die ratio legis des Ausschlusses vermeidbarer Kausystemerkrankungen darauf zielt, dass Kausystemscheiden, die sich mit guter Mund- und Zahnhygiene vermeiden lassen, insbesondere Karies und Parodontitis, von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen werden. Die vom F.____ festgestellten Hinweise auf eine Mangelernährung im Sinne einer chronisch ungenügenden Calciumzufuhr (Urk. 8/14 S. 2) lassen sich daher nicht unter den Titel Vermeidbarkeit subsumieren, steht doch ein

allfälliger Calciummangel nicht in Zusammenhang mit einer ungenügenden Zahnhygiene.

Ob die Kieferatrophie ursprünglich im Zusammenhang mit möglicherweise vermeidbaren Zahnverlusten stand, lässt sich gemäss Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid offensichtlich nicht mehr eruieren (vgl. Urk. 2 Erw. 2.6). Gemäss ärztlichem Zeugnis von Dr. med. J. ___ des G. ___ vom 6. November 1985 war Ursache der operativen Behandlung im Jahr 1985 jedoch bereits eine degenerative Erkrankung des Oberkiefers (Urk. 8/5). Auch Dr. C. ___ sprach sich in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2005 dafür aus, dass die Beschwerdegegnerin vor 20 Jahren wohl in der Tat über eine krankhaft reduzierte Knochensituation verfügt habe, um eine solche Operation zum damaligen Zeitpunkt zu rechtfertigen (Urk. 8/33). Angesichts dieser ärztlichen Aussagen erübrigen sich diesbezüglich weitere Abklärungen.

Zusammenfassend erweist sich damit, dass vorliegend aufgrund der Skelettarifizierung im Oberkiefer mit einer Kieferatrophie der Cawood Klasse IV von einer nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV auszugehen ist, für deren Behandlung die Beschwerdegegnerin grundsätzlich leistungspflichtig ist.

E. 5

5.1 Was Art und Umfang der Leistungspflicht anbelangt, stellt sich die Frage nach der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der konkret angewendeten Behandlungsmethode und damit unter anderem die Frage nach der medizinischen Indikation (BGE 130 V 536 Erw. 2.2; 127 V 146 Erw. 5).

E. 5.2

Nach Art. 32 Abs. 1 KVG hat die versicherte Person Anspruch auf Leistungen nach den Artikeln 25 bis 31 des Gesetzes, wenn eine nach dem KVG anerkannte Behandlungsmethode angewendet wird, welche im konkreten Einzelfall wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist, und auch die Durchführung diesen Geboten entspricht. Unter den wirksamen und zugelassenen Anwendungen hat der Leistungserbringer jene zu wählen, welche prognostisch beurteilt, am besten geeignet ist, den angestrebten medizinischen Erfolg zu bewirken (Zweckmässigkeit), und diesen mit einem optimalen Kosten- und Nutzenverhältnis zu erzielen verspricht (Wirtschaftlichkeit).

Nach Art. 56 Abs. 1 KVG muss sich der Leistungserbringer auf das Mass beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Der Normbefehl von Art. 56 Abs. 1 KVG begründet für die Leistungserbringer die Pflicht zu wirtschaftlichem Behandeln. Er bezieht sich auf ihr gesamtes diagnostisches und therapeutisches Tun (Eugster, a.a.O., Rz 306).

5.3 Gemäss SSO-Atlas richten sich die zahnärztlichen Massnahmen bei Osteopathien der Kiefer gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV auf die Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung der Kaufähigkeit mittels abnehmbarem Zahnersatz, Rekonstruktion der Alveolarfortsätze und eventuell Implantaten. Zu beachten sei, dass die Grundkrankheit behandelt werden müsse, bevor zahnärztliche Massnahmen ergriffen werden (SSO-Atlas S. 40, Urk. 8/1). Auch gemäss KVG-Leitfaden liegen die zweckmässigen operativen Behandlungsmethoden in der Rekonstruktion des

Alveolarfortsatzes beziehungsweise des Kieferk rpers (jede Methode), der Implantation mit oder ohne Rekonstruktion und Knochen-Weichteil-chirurgischen Massnahmen (zum Beispiel Weichteiltransplantation).

5.4.4 Wie unter 5.3 ausgeführt, hat die Beurteilung der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung grundsätzlich prognostisch und damit nach den medizinischen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Entscheidung aus vorausschauender Sicht nach der begründeten Erwartung eines bestimmten Erfolges zu erfolgen. Erweist sich eine Behandlung bei der Betrachtung ex post als unnötig, unzweckmässig oder erfolglos, lässt dies die prospektiv zu bejahende medizinisch Notwendigkeit oder Zweckmässigkeit nicht entfallen (BGE 130 V 303 Erw. 5.2, 121 V 301 Erw. 5b).

Wie den medizinischen Akten zu entnehmen ist, war die Implantattherapie insofern erfolglos, als alle am 23. Juni 2004 im Oberkiefer eingesetzten Implantate sofort verloren gingen, respektive einige Monate nach Belastung der Implantate im Januar 2005 locker wurden und entfernt werden mussten. Selbst zwei als sleeping implants eingesetzte Implantate, welche nicht Teil der prothetischen Versorgung waren, mussten letztendlich am 15. November 2005 entfernt werden (Urk. 8/15). Angesichts des vorzeitigen Implantatverlusts nach offensichtlich gescheiterter Einheilung stellt sich zunächst die Frage, ob die medizinische Indikation der gewählten Behandlung prospektiv betrachtet zu bejahen war.

Dr. C. ___ stellte sich am 12. Januar 2006 nach Eingang des Gutachtens des G. ___ vom 15. Dezember 2005 (Urk. 8/15) und damit nach der Kenntnisnahme des vollständigen Implantatsverlusts und einem Zustand der generell verminderten Mineralisation der Knochen auf den Standpunkt, dass die kompromittierte Knochensituation nicht in der Zeit zwischen dem Setzen der Implantate und der Untersuchung für das Gutachten des G. ___ entstanden sei. Dies stelle erstens die Indikation für die gewählte Therapie und zweitens deren Ausmass zwingend in Frage. Gemäss Dr. C. ___ hätte die mangelhafte Knochenqualität vor der Implantation erkannt werden und zur Vorsicht mahnen müssen. Angesichts der Anamnese, der finanziellen Grössenordnung der geplanten Behandlung sowie der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) des KVG hätte die Implantateignung des Knochens durch Setzen eines oder zweier Test-Implantate geprüft werden können und müssen. Überdies sei das Setzen von 8 Implantaten im Oberkiefer als nicht WZW-konform zu qualifizieren. Im Oberkiefer gelten gemäss Dr. C. ___ 4 Implantate zur Abstützung und Verankerung einer totalen Hybridprothese als konform (Urk. 8/11). PD Dr. D. ___, der in seinem Gutachten vom 15. Dezember 2005 nicht zur Leistungspflicht für die am 23. Juni 2004 durchgeführte Implantatbehandlung Stellung bezieht, sondern vielmehr zur von Prof. Dr. K. ___ im Kostengutsprache gesuch vom 25. Oktober 2005 dargelegten Folgebehandlung mit Kieferaufbau mittels Knochentransplantation (Urk. 8/17), äusserte sich dahingehend, dass es wahrscheinlich weniger Umtriebe gegeben hätte, wenn rechtzeitig auf die osteopenische Skelettsituation hingewiesen worden wäre. In Bezug auf die geplante Folgebehandlung hielt er fest, dass die Knochensituation nach Durchführung der vom F. ___ vorgeschlagenen Substitutionstherapie in zirka 6 Monaten nochmals zu beurteilen sei. Sofern eine Stabilisierung der osteopenischen Skelettsituation vorliege, sollte in der Folge eine Kieferkammrekonstruktion mit autologem Knochen   durchgeführt werden. Bei einer Einheilungsphase von zirka 4 Monaten sollte die Implantatversorgung zum Schutz des

aufgebauten Kieferknochens erfolgen, wobei PD Dr. D.____ eine stegetragene Versorgung mit 4 - 6 Implantaten empfahl (Urk. Urk. 8/15)

5.5 Angesichts der medizinischen Aktenlage drängt sich die Frage auf, ob die am 23. Juni 2004 durchgeführte Implantattherapie, welche sich im nachhinein als erfolglos erwiesen hat, im Zeitpunkt der Durchführung der Massnahme medizinisch vertretbar war, oder ob sie allenfalls gestützt auf einer unzureichenden präimplantologischen Diagnostik respektive einer nicht vertretbaren Therapiewahl beruhte. Aufgrund der medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass die Implantate in Abweichung der im Schreiben vom 23. Juni 2004 (Urk. 8/41) dargelegten Therapieplanung ohne Sinuslift und Alveolarfortsatzaufbau eingesetzt worden waren. So finden sich denn auch in der nachträglich eingereichten Rechnung vom 3. März 2005 (Urk. 14/1) in Abweichung der als Kostenvoranschlag bezeichneten Aufstellung vom 11. Mai 2004 (Urk. 8/42) die Positionen Nr. 4251, 4261 und 4360 (Sinuslift mit gleichzeitiger Implantation, Knochen-augmentation mit Implantation und Knochen/Knorpelentnahme zur Transplantation) nicht mehr.

Aufgrund der Akten ist nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund Dr. B.____ auf die zunächst geplante Variante eines Knochenaufbaus in Form eines Sinusliftes verzichtet hat und auch die am 25. Oktober 2005 von Prof. Dr. K.____ vorgeschlagene Knochentransplantation mittels Schädelknochen (Urk. 8/17) nicht ins Auge fasste und dies, obwohl die Dentascan-Aufnahme vom 20. April 2004 eine massive Atrophie der Knochenleiste des Oberkiefers erkennen liess und seitens des E.____ darauf hingewiesen wurde, dass im Bereich der Oberkieferzahnleiste sehr wenig ossäres Material für eine Implantation vorhanden sei (Urk. 8/39). Offensichtlich erachtete Dr. B.____ weder aufgrund der Knochenqualität noch aufgrund der Knochenhöhe im Oberkiefer weitere Abklärungen und eine Rekonstruktion der Alveolarfortsätze für notwendig.

Der Umstand, dass der Oberkiefer der Beschwerdeführerin bereits in den 1980er Jahren zweimal mittels Knochentransplantationen rekonstruiert worden war, führt gemäss PD Dr. D.____ erfahrungsgemäss zur Rarifizierung der Knochendichte (vgl. Urk. 8/7 S. 2 oben). Die möglichst genaue Abklärung der Knochenqualität erscheint angesichts dessen sowie des Umstandes, dass der Oberkiefer der Beschwerdeführerin doch erheblich atrophiert war, zur Abklärung der medizinischen Indikation der gewählten Behandlung als wesentlich. Jedoch lässt sich gestützt auf die momentane medizinische Aktenlage nicht abschliessend beurteilen, aus welchem Grund die konkrete Behandlungsvariante von Dr. B.____ gewählt wurde, ob im Zeitpunkt der Behandlung aus medizinischer Sicht weitere Abklärungen insbesondere im Hinblick auf die Knochenqualität unabdingbar waren, und ob ein Kieferaufbau klarerweise von Nutzen war, oder ob das Vorgehen von Dr. B.____ dem medizinischen Standard entspricht. Auch lässt sich nicht abschliessend beurteilen, ob die von Dr. C.____ als zweckmässig und wirtschaftlich erachtete Einsetzung zweier Probeimplantate indiziert gewesen wäre, und, falls die gewählte Implantattherapie als indiziert zu betrachten wäre, wie viele Implantate zweckmässig und wirtschaftlich gewesen wären.

Die Beschwerdegegnerin hat diesbezüglich, abgesehen von der Einholung der vertrauensärztlichen Stellungnahmen, keine weitergehenden Abklärungen getroffen. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese zusätzliche Abklärungen zur Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Implantattherapie vom 23. Juni 2004 vornehme. Dabei wird sie

zunächst bei Dr. B. ___ abzuklären haben, aus welchem Grunde er die konkrete Behandlungsvariante gewählt hat, und inwieweit die Qualität des Oberkieferknochens abgeklärt und bei der Wahl der Behandlung mitberücksichtigt worden war. Sofern sie hernach die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung vollständig oder teilweise verneint, wird sie eine externe kieferchirurgische Beurteilung zu den offenen Fragen einzuholen haben.

         Was die Leistungspflicht für die Steg- und Hybridprothetik anbelangt, sind die Parteien darauf hinzuweisen, dass die soziale Krankenversicherung Ersatz für künstliche Zähne, die wegen normaler Abnützung ihre Funktionstauglichkeit verloren haben, zu erbringen hat, wenn die vorangegangene zahnärztliche Versorgung ein Tatbestand nach Art. 31 Abs. 1 oder 2 KVG war (vgl. Eugster, a.a.O, Rz 456). Vorliegend steht jedoch nicht der Ersatz wegen Abnützung untauglich gewordener künstlicher Zähne in Frage, sondern die Wiederherstellung der Kaufähigkeit mittels einer implantatgetragenen Prothese bei Vorliegen einer nicht vermeidbaren Kausystemerkrankung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV.

         Zusammenfassend ist die Beschwerde folglich in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Implantattherapie vom 23. Juni 2004 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

E. 6

6.1     Nach   34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (  34 Abs. 3 GSVGer).

         Nach st ndiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Unter Berücksichtigung obiger Bemessungskriterien erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

  6.2       Darüber hinaus hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin unter dem Titel Parteientschädigung die Kosten des Gutachtens von PD Dr. D. ___ der Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des G. ___ vom 15. Dezember 2005 (Urk. 8/15) und der ergänzenden Stellungnahme vom 30. März 2006 (Urk. 8/7) im Betrage von insgesamt Fr. 957.15 (Urk. 3/23 und 3/24) antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) zu ersetzen (BGE 115 V 162). Denn dabei handelt es sich um notwendige Expertenkosten, wurde doch bei der gerichtlichen Urteilsfindung in erheblichem Masse auf das Privatgutachten wie auch auf die ergänzende Stellungnahme abgestellt (vgl. Art. 45 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG); Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 45 insbesondere Rz 11 f.).

Der Beschwerdeführerin ist somit insgesamt eine Parteientschädigung von Fr. 2'057.15 zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Juli 2006 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'057.15 (inkl. Barauslagen und MWSSt und Gutachterkosten) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- CSS Kranken-Versicherung AG

- Rechtsanwalt Reto Zanolli

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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