

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00063 vom 29. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2010.00063](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2010.00063)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00063 du 29 mars 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00063 del 29 marzo 2012

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Im Bericht des Kieferorthopäden Dr. Y. \_\_\_ vom 24. Mai 2009 wird folgende Behandlung vorgeschlagen: (1) Ausrunden und interdentes Platzschaffen im Ober- und Unterkiefer in den Zahnärgen; (2) Koordination der Zahnärgen in den drei Dimensionen in die prospektive Klasse I; (3) operative, sagittale Spaltung und LeFort I Osteotomie; (4) kieferorthopädisches Finish; (5) Retention und Rekonstruktion der Ober- und Unterkiefer. Laut Dr. Y. \_\_\_ drängt sich aufgrund der massiven Abrasion des Gebisses eine Rekonstruktion auf. Um den sehr grossen Tiefbiss beheben beziehungsweise die abradieren Zähne technisch rekonstruieren zu können und damit die Zähne eine akzeptable Grösse hätten, bedürfte es zunächst einer Öffnung der Interdentalräume. Da die Verzahnung der Klasse II entspreche, würde bei einem solchen Eingriff die Abstützung verloren gehen und der Overjet um 7 mm zunehmen. Um dies zu vermeiden, sei das vorgeschlagene kieferorthopädisch-kieferchirurgische Vorgehen erforderlich (Urk. 23/44).

Unbestrittenermassen handelt es sich bei der geplanten Behandlung, auch soweit damit irreguläre Gebissverhältnisse beziehungsweise eine Kieferfehlstellung saniert werden sollen (vgl. dazu auch Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Auflage, Zürich 2007, S. 549 Rz 449 ff.), um eine zahnärztliche Behandlung im Sinne von Art. 31 KVG, da therapeutische Zielsetzung die Verbesserung der Zahn- und Kaufunktion ist (Urk. 1, Urk. 2 S. 3 f.).

3.2 Gemäss Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 25. März 2010 sind die Unterkiefer-Frontzähne des Beschwerdeführers praktisch bis auf Höhe des Zahnfleisches abradert, und sowohl beim Ober- als auch beim Unterkiefer fehlt auf der Kaufläche der okklusale Schmelzmantel (Urk. 23/6). Damit ist das Vorliegen einer schweren Beeinträchtigung der Kaufunktion im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 lit. c Ziff. 7 KLV ohne weiteres erstellt.

3.3 Des Weiteren ist auch unbestritten und durch die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. C. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Mai 2003 sowie 8. November 2007 ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer unter einer schweren psychischen Erkrankung im Sinne einer depressiven Entwicklung mit Angststörung, Panikattacken sowie Erythrophobie vor dem Hintergrund einer erstmals mit rund 6 Jahren diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität (ADHS) leidet. Deswegen war er während mehreren Monaten stationär hospitalisiert. Dr. C. \_\_\_ attestierte ihm in ihren Berichten aufgrund der psychischen Störung jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 23/12-13). Auch aus Sicht der

Eingliederungsfachleute der Invalidenversicherung war er nach einem Arbeitstraining vom 1. Dezember 2008 bis 9. März 2009 nicht in der Lage, in der freien Wirtschaft eine Arbeit aufzunehmen (Urk. 3/4). Dies belegt die Schwere der psychischen Erkrankung im Sinne von Art. 18 lit. c Ziff. 7 KLV.

### E. 3.4

3.4.1.1 Als weitere Voraussetzung für eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt Art. 18 lit. c Ziff. 7 KLV einen Kausalzusammenhang zwischen der schweren psychischen Erkrankung und der schweren Beeinträchtigung der Kaufunktion (BGE 128 V 66 E. 5).

3.4.2.1 In ihren Berichten vom 15. Mai 2003 sowie 8. November 2007 weist die Psychiaterin Dr. C. \_\_\_ darauf hin, dass der Beschwerdeführer aus Angst vor unangenehmen Gefühlen eher zu Antidepressivamedikation beziehungsweise schädlicher Selbstmedikation tendiert habe (Urk. 23/12). Abends habe er zuviel Zyprexa eingenommen und oft zusätzlich noch Cannabis und Alkohol konsumiert, tagsüber habe er gemeint, nur mit grössten Dosen Temesta seine Ängste bewältigen zu können. Ende 2007 habe sich die Situation gebessert, wobei ihm weiterhin wirklich Ritalin abgegeben und die medikamentöse Begleitung wohl noch über viele Jahre erforderlich sein werde (23/13). Auch laut Bericht vom 8. Dezember 2009 von Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit März 2009 behandelt, wurde die psychische Störung von ihm medikamentös behandelt (Urk. 23/27).

Die behandelnde Zahnärztin Dr. B. \_\_\_ gab in ihren Berichten vom 16. Juni sowie vom 22. Dezember 2012 an, die psychiatrische Behandlung mit Psychopharmaka führe beim Beschwerdeführer zu Mundtrockenheit (Xerostomie) und einem sauren PH-Wert im Mund. Dadurch sei es zu erosiven Zahndefekten gekommen. Zusätzlich zu den erosiven Problemen sei es durch mit den psychischen Problemen zusammenhängendem Bruxismus (Zähneknirschen) zum Verlust der Bisshäufige gekommen. Weiter beständen skelettale Diskrepanzen im Sinne eines Tiefbisses bei einer Klasse II Verzahnung. Der Bisshäufigenverlust hänge aber nicht damit zusammen, sondern habe einen erosiven-bruxistischen Ursprung, welcher zu 99 % auf die psychische Verfassung des Beschwerdeführers zurückzuführen sei. Die Auswirkung des während drei Jahren erfolgten Cannabiskonsums sei vernachlässigbar (Urk. 18, Urk. 23/3).

Dr. A. \_\_\_ führte in seinem Bericht vom 10. September 2009 aus, dass das muskuläre Gleichgewicht in Nacken-/Kieferbereich stark gestört sei. Der Unterkiefer sei durch ausgeprägten Tiefbiss in seiner sagittalen Lage gefangen und höchstwahrscheinlich etwas dorsal forciert, was die Schmerzen im Kiefergelenksbereich erkläre und automatisch eine Reaktion in Form von Zähneknirschen auslöse, um die Hindernisse zu beseitigen und den Unterkiefer zu befreien. Durch das Knirschen und den damit verbundenen Zahnschmelzverlust habe das Kauorgan sehr viel an seiner vertikalen Dimension verloren, was wiederum zu Kompressionen, falschen Belastungen und somit auch einer Störung des muskulären Gleichgewichts habe führen können. Diesem Vorgang könne nur mittels Kieferfehlstellungskorrektur begegnet werden und nicht mit Massnahmen, die dem Beschwerdeführer obliegen würden. Die beschriebene Konstellation sei nicht bei allen Individuen gleich ausgeprägt, da noch viele

verschiedenartige Faktoren mitspielten. Wäre die Kieferfehlstellung früher korrigiert worden, wären die Zähne heute wahrscheinlich absolut in Ordnung (Urk. 23/35). Nachdem Dr. A. von der beim Beschwerdeführer seit längerer Zeit bestehenden psychischen Problematik Kenntnis erhalten hatte, wies er mit Schreiben vom 16. September 2010 darauf hin, dass diese bei dem von ihm beschriebenen Zusammenhang zwischen Kieferfehlstellung, Bruxismus und Zahnschmelzverlust einen wesentlichen Faktor darstelle. Die Kieferfehlstellung, die abnorme Zahnstellung sowie die psychischen Probleme hätten zusammen zu Parafunktionen im Sinne von Zähneknirschen und -pressen geführt. Bei Parafunktionen spiele immer ein psychischer Faktor mit; ohne solchen Faktor könne das Kau-System viele okklusäre Abweichungen tolerieren (Urk. 23/34).

Vertrauenszahnarzt Dr. Z. ging in seiner Beurteilung vom 14. Oktober 2010 davon aus, dass ein grosser Teil der Zahnschäden auf die nicht korrigierte Fehlstellung der Kiefer im Sinne eines Tiefbisses bei einer leichten Klasse II Verzahnung zurückzuführen sei. Der Tiefbiss führe unweigerlich zu einer stärkeren Belastung der Frontzähne und begünstige eine stärkere Abrasion, und zwar selbst dann, wenn der Patient nicht noch zusätzlich die Zähne knirsche. Aufgrund dieses bekannten Phänomens sollten Patienten mit einem Tiefbiss kieferorthopädisch behandelt werden. Unklar sei, in welchem Ausmass die psychische Komponente die Abrasionen verstärkt habe (Urk. 11).

3.4.3 Die behandelnden Zahnärzte sowie der Vertrauensarzt Dr. Z. führen mithin drei mögliche Ursachen für die behandlungsbedingten Abrasionen an: Eine Kieferfehlstellung beziehungsweise abnorme Zahnstellung, Zahnerosion als Folge der eingenommenen Psychopharmaka sowie psychisch bedingten Bruxismus.

Während die den Beschwerdeführer langjährig behandelnde Zahnärztin Dr. B. eine (Teil-)Verursachung der Zahnabrasionen durch die kieferbeziehungsweise Zahnfehlstellung kategorisch verneinte und sich auf den Standpunkt stellte, die Abrasionen seien allein auf die medikamentenbedingte Zahnerosion und den psychisch bedingten Bruxismus zurückzuführen, hielt Dr. A. eine (Mit-)Auslösung des Bruxismus, welcher zum Zahnschmelzverlust geführt habe, durch die Kieferfehlstellung in seinem Bericht vom 10. September 2009 für wahrscheinlich, ohne aber im Bericht vom 16. September 2009 den Anteil des Einflusses dieser Problematik auf die behandlungsbedingten Abrasionen zu quantifizieren. Auch Vertrauensarzt Dr. Z. hielt dafür - allerdings allein gestützt auf die Akten und ohne eigene Untersuchung des Beschwerdeführers -, dass hauptsächlich die Kieferfehlstellung für die Abrasionen verantwortlich sei. Der Widerspruch zwischen diesen ärztlichen Beurteilungen ist bei der gegenwärtigen Aktenlage nicht auflösbar, zumal keiner der genannten Berichte die Anforderungen an ein unabhängiges Gutachten erfüllt und einen erhöhten Beweiswert hat (vgl. vorstehend Erw. 1.5).

3.4.4 Die von den Zahnärzten als Ursache für die Abrasionen erwähnte Kieferfehlstellung fällt unter keinen der in den Art. 31 Abs. 1 lit. a-c KVG in Verbindung mit Art. 17-19a KLV aufgeführten Tatbestände. Deshalb wäre die Behebung der Kieferfehlstellung und der dadurch allenfalls bewirkten Schäden für sich allein keine Pflichtleistung.

Bezüglich der behandlungsbedingten Abrasionen kommt ein Kausal-zusammenhang zur schweren psychischen Krankheit und damit eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 lit. c Ziff. 7 KLV jedoch insoweit in Betracht, als diese auf die medikamenteninduzierte Xerostomie und Säure im Mund sowie auf den psychisch bedingten Bruxismus zurückgehen und somit mittelbare Folge der schweren psychischen Erkrankung sind. Da Dr. Z. und teilweise auch Dr. A. in erster Linie die Kieferfehlstellung für die Abrasionen verantwortlich machen, Dr. B. dieser jedoch keine Bedeutung beimisst, ist allerdings unklar, ob Bruxismus, medikamenteninduzierte Xerostomie und Säure unabhängig von der bestehenden Kieferfehlstellung zu Abrasionen führten oder ob es ohne Kieferfehlstellung überhaupt nicht oder nicht im nunmehr vorhandenen Ausmass zu Abrasionen gekommen wäre. Es bedarf somit einer abschliessenden gutachterlichen Klärung der Frage, welche Ursachen in welchem Ausmass zum Zahnschmelzverlust führten.

### 3.5.1

Für den Fall, dass ein Zusammenhang zwischen der vorhandenen Beeinträchtigung der Kaufunktion und der psychischen Krankheit ganz oder teilweise erstellt ist, bleibt als letzte Voraussetzung für eine Übernahme der Behandlung gestützt auf Art. 18 lit. c Ziff. 7 KLV die Unvermeidbarkeit der Kausystemerkrankung trotz genügender Mundhygiene zu prüfen.

3.5.2 Aus den Berichten von Dr. B. vom 16. Juni 2010 und vom 22. Dezember 2010 geht hervor, dass der Beschwerdeführer ab Februar 2007 bei der Zahnärztin in Behandlung war, regelmässig die Dentalhygienikerin aufsuchte und E.-Zahnpaste zur Fluoridierung verwendete (Urk. 18, Urk. 23/3). Diese Massnahmen wurden von Vertrauenszahnarzt Dr. Z. in seinem Bericht vom 14. Oktober 2010 explizit als notwendige mund- und zahnhygienische Verrichtungen genannt - nebst dem Tragen einer Michiganschiene (Urk. 11). Unklar ist wegen fehlender klarer Zeitangaben in den Berichten von Dr. B. indes zum einen, ob der Beschwerdeführer die genannten zahnhygienischen Massnahmen bereits vor Beginn der zahnärztlichen Behandlung Anfang 2007 durchführte. Zum anderen ist dem Bericht von Dr. B. vom 16. Juni 2010 zu entnehmen, dass der seit April 1998 von ihrer Praxis betreute Beschwerdeführer zwischen September 2001 und Februar 2007 nicht zahnärztlich behandelt wurde, und dass bereits bei Wiederaufnahme der Behandlung bei ihr ab Februar 2007 erosive Defekte vorhanden waren, welche aufwändig mit Komposit restauriert werden mussten (Urk. 23/3). Damit kann einzig als erstellt gelten, dass die ersten Schäden bereits vor Februar 2007 aufgetreten sind. Dazu, ob zahnärztliche oder dentalhygienische Kontrollen im Zeitraum zwischen September 2001 und Februar 2007 anderweitig durchgeführt wurden, geben die Akten keinen Aufschluss und der Beschwerdeführer wurde dazu nicht befragt. Für den Fall, dass er sich in dieser Zeit zahnhygienische Versumnisse entgegenhalten lassen muss (vgl. vorstehend E. 1.3.2), wird des weiteren zu klären sein, ob die hier zur Diskussion stehenden Zahndefekte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten vermieden werden können, wenn der Beschwerdeführer zwischen September 2001 und Februar 2007 eine genügende Mundhygiene eingehalten hätte (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 175/04 vom 15. Juni 2005 E. 1.3). Unerheblich ist allerdings, ob die von den behandelnden Zahnärzten ergriffenen Massnahmen aus Sicht der KPT beziehungsweise ihres Vertrauensarztes Dr. Z. unzureichend sind (vgl.



von diesen ohne Gefährdung der Erfolgsaussichten nicht trennbaren Nichtpflichtleistungen dominieren. Auch diesbezüglich ist eine abschliessende gutachterliche Beurteilung erforderlich.

3.7 Hinsichtlich des Umfangs der Leistungen liegen bisher nur die Behandlungsvorschläge der behandelnden Zahnärzte Dr. Y. \_\_\_ und Dr. A. \_\_\_ in den Berichten vom 24. Mai 2009 sowie vom 10. September 2009 vor (Urk. 23/35, Urk. 23/44). Dr. B. \_\_\_ hat in ihrem Bericht vom 22. Dezember 2010 überzeugend aufgezeigt, dass die von diesen Ärzten vorgeschlagene Behandlung zusammen mit dem anschliessenden Einsatz einer Michiganschiene über Nacht im Hinblick auf die Wiederherstellung der Kaufähigkeit wirksam und zweckmässig ist (Urk. 18 S. 2). Unklar ist, ob noch gleichermaßen zweckmässige Behandlungsalternativen beständen, welche kostengünstiger und mithin nebst der in Art. 32 Abs. 1 KVG vorausgesetzten Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der in dieser Bestimmung ebenfalls geforderten Wirtschaftlichkeit der Behandlung besser gerecht würden (vgl. BGE 128 V 66 E. 6).

3.8 Zusammenfassend ergibt sich, dass die KPT den medizinischen Sachverhalt in verschiedener Hinsicht nicht genügend abgeklärt und damit ihre Abklärungspflicht verletzt hat (vgl. dazu das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 11/06 vom 11. Juli 2006 E. 3 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung). Die Sache ist daher an sie zurückzuweisen, damit sie zuerst den Beschwerdeführer in geeigneter Form genauer nach den von ihm effektiv im Zeitraum zwischen September 2001 und Februar 2007 ergriffenen mundhygienischen Massnahmen befrage. Bei der behandelnden Zahnärztin Dr. B. \_\_\_ wird sie zu ermitteln haben, ob bei Wiederaufnahme der Behandlung im Februar 2007 eine Vernachlässigung der Mundhygiene festzustellen war und - wenn ja - ob, inwieweit und mit welchen Massnahmen bei einer genügenden Mundhygiene im dargelegten Sinn (vgl. obige E. 1.3.2) der Schaden und die nun vorgeschlagene Sanierung hätten vermieden oder vermindert werden können.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hernach wird die KPT den Beschwerdeführer in einem zweiten Schritt durch einen unabhängigen, zur Beantwortung der offenen Fragen qualifizierten (Fach-)Zahnarzt unter Vorlage der gesamten, mit den Ergebnissen der Befragung des Beschwerdeführers und der behandelnden Zahnärztin ergänzten Vorakten (vorstehend Erw. 1.5) zu begutachten lassen haben, wobei der Gutachter sich zu folgenden Fragen zu äussern haben wird: Ursachen der Zahnabrasionen und Anteil der einzelnen Ursachen am Gesamtschaden, falls verschiedene Ursachen bestehen (Erwägung 3.4); objektive Vermeidbarkeit der Zahnabrasionen im hypothetischen Fall einer genügenden Mundhygiene, insbesondere im Fall regelmässiger zahnärztlicher Kontrollen im Zeitraum zwischen September 2001 und Februar 2007 (Erwägung 3.5.2); Vorhandensein gleichermaßen zweckmässiger, kostengünstigerer Behandlungsalternativen (Erwägung 3.7); falls der Erfolg der eigentlichen Zahnbehandlung beziehungsweise Wiederherstellung des Gebisses ohne Durchführung der vorgeschlagenen kieferchirurgischen und -orthopädischen Behandlungsmassnahmen gefährdet ist: Dominanz der Zahnbehandlung oder des die Kieferfehlstellung betreffenden Teils der Behandlung (Erwägungen 1.4 und 3.6). Falls zur Beantwortung der Fragen erforderlich wird der mit der Begutachtung beauftragte Fachzahnarzt mit den behandelnden (Zahn-)Ärzten Rücksprache zu nehmen haben und allenfalls weitere kieferchirurgische oder -orthopädische Spezialisten beizuziehen haben.

Ergeben diese Abklärungen, dass die behandlungsbedürftigen Abrasionen einerseits zumindest teilweise auf eine Ursache im Sinne von Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff 7 zurückzuführen sind und dass deren Behandlung zusammen mit der Behandlung der Kieferfehlstellung einen Behandlungskomplex bildet und die Pflichtleistungen die Nichtpflichtleistungen dominieren (Erwägung 4.6), oder dass die behandlungsbedürftigen Abrasionen mindestens teilweise auf eine Ursache im Sinne von Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff 7 zurückzuführen sind und kein Behandlungskomplex vorliegt, und dass andererseits die Zahnabrasionen mit einer genügenden Mundhygiene hätten vermieden werden können, bleibt weiter zu prüfen, ob und inwieweit der Beschwerdeführer an einer genügenden Mundhygiene durch sein psychisches Leiden, insbesondere zwischen September 2001 und Februar 2007, verhindert war. Zur Beantwortung dieser Frage wird die KPT in erster Linie die mit der Behandlung der psychischen Krankheit betrauten Fachärzte zu befragen und bei widersprüchlichen oder unklaren Angaben allenfalls ein unabhängiges fachärztlich-psychiatrisches Gutachten einzuholen haben, wobei dem beauftragten Spezialisten ebenfalls die gesamten Vorakten (inklusive das zahnärztliche Gutachten) vorzulegen sein werden. Auch der psychiatrische Gutachter wird erforderlichenfalls mit den behandelnden Zahnärzten und Psychiatern Rücksprache zu nehmen haben.

Anschliessend wird die KPT gestützt auf die ergänzten Akten erneut über ihre Leistungspflicht für die angegebene Behandlung zu entscheiden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Über die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Carlo Häfeli, wird - nach Eingang der Kostennote - mit separatem Beschluss zu entscheiden sein

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Juli 2010 aufgehoben und die Sache an die KPT Krankenkasse AG zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Übernahme der Kosten der geplanten zahnärztlichen, kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Behandlung verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Über die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Carlo Häfeli, Zürich, wird mit separatem Beschluss entschieden.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Carlo Häfeli
- KPT Krankenkasse AG
- 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.