

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00054 vom 29. November 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2013.00054](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2013.00054)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00054 du 29 novembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00054 del 29 novembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 2**

, Urk.

#### **E. 2.1**

Die KPT lehnt die Übernahme der Kosten der Extraktion des Zahnes 61 und all fälliger späterer zahn- und kieferorthopädischer Massnahmen mit der Begründung ab, ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. September 2005 und der Durchbruchsstörung sei nach der überzeugenden Beurteilung ihres Vertrauenszahnarztes Dr. C.\_\_\_\_ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

Dr. C.\_\_\_\_

habe aufgezeigt, dass die betroffenen Zähne 51 und 61 als Folge des Unfalls keinen bleibenden Schaden erlitten hätten.

Ein Folgeschaden wie eine Intrusion oder apikale Ostitis sei nicht auszuweisen, da ein solcher zweifellos Schmerzen verursacht hätte.

Sodann müsse berücksichtigt werden, dass eine ganze Reihe anderer, unfallfremder Ursachen für die Durchbruchsstörung in Frage kämen, und unfallfremde Durchbruchsverzögerungen oder

retinierte Milchzähne nichts Aussergewöhnliches seien (Urk).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin lässt dagegen vorbringen, die Durchbruchsstörung sei eine Spätfolge des Unfallereignisses vom 5. September 2005. Sie habe der KPT Berichte mehrerer Zahnärzte eingereicht, welche alle mit medizinisch fundierter Begründung zum Schluss gelangt seien, dass zwischen der im Juli 2011 festgestellten Durchbruchsstörung und dem Unfallereignis ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Der Vertrauenszahnarzt der KPT

Dr. C.\_\_\_\_, welcher an der Meinung sei, habe sich nicht eingehend mit den anders lautenden zahnärztlichen Einschätzungen auseinandergesetzt. Zudem habe er selbst eingeräumt, dass das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhanges nicht ausgeschlossen

werden könne, ein solcher aber nicht eindeutig nachweisbar sei. Das Vorhandensein von Unfallspätfolgen müsse jedoch nicht eindeutig nachgewiesen werden, sondern nur mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Fraglich sei deshalb auch, ob die KPT den Sachverhalt genügend abgeklärt habe. Dr. C.\_\_\_\_ habe sich sodann in Widersprüche verwickelt: Einerseits habe er darauf verwiesen, dass nach dem Unfall keine Verschiebung der Zähne festgestellt worden sei, andererseits habe er gestützt auf das Zahnschadenformular

eine leichte Subluxation der Zähne 51 und 61 anerkannt. Bei einer Zahnsubluxation handle es sich aber gerade um eine Stellungsänderung des Zahns. Schliesslich müsse berücksichtigt werden, dass weder belegt noch widerlegt werden könne, ob die Beschwerdeführerin in den Jahren nach dem Unfall im relevanten Bereich Schmerzen verspürt habe. Ein 2-jähriges Kind könne seinen Eltern nämlich nicht genau mitteilen, ob und bejahendenfalls an welchem Zahn es Schmerzen habe (Urk. 1). 3. 3.1

Der die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 5. September 2005 behandelnde Zahnarzt Dr. A.\_\_\_\_ stellte gemäss am

6. September 2005 ausgefülltem Formular „Zahnschäden gemäss KVG“ eine Subluxation (Lockerung bzw. leichte Beweglichkeit) der Zähne 51 und 61 fest.

In therapeutischer Hinsicht empfahl er die Schonung der Zähne und wies darauf hin, dass der weitere Verlauf beobachtet werden müsse (Urk. 8/5).

Am 15. Juli 2011 extrahierte die Zahnärztin Dr. B.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin den Zahn 61 und begründete dies auf Anfrage der KPT (Urk. 8/6) damit, der Zahn

## **E. 7**

).

## **E. 11**

(richtig wohl: 21; vgl. Urk. 1 S. 2, Urk. 2 S. 6 ff., Urk. 8/10-11, Urk. 8/13 S. 1)

sei als Folge des im Jahr 2005 erlittenen Unfalls bukkal (backenseitig), ektop (anatomisch am falschen Ort gelegen) und retardiert im Durchbruch. Die Extraktion sei zwecks Eingliederung des Zahns in den Zahnbogen erfolgt (Urk. 8/7).

Aufgrund des Studiums der ihm vorgelegten Akten verneinte Dr. C.\_\_\_\_ in seiner zu Händen der KPT abgegebenen vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 2. September 2011 das Bestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen der Behandlung von Dr. B.\_\_\_\_ (Extraktion des Zahnes 61) und dem Unfallereignis vom

5. September 2005. Zur Begründung gab er an, es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass ein Unfall im Alter von 1,5 Jahren sechs Jahre später eine Durchbruchsstörung bewirke (Urk. 8/8). 3.2

Der erstbehandelnde Zahnarzt Dr. A.\_\_\_\_ bestätigte zu Gunsten der Beschwerdeführerin mit Stellungnahme vom 30. September 2011, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. September 2005 und der Durchbruchsstörung des Zahnes 21 bestehe. Beim Sturz auf den Boden im Jahr 2005 seien beide Milchfrontzähne 51 und 61 betroffen gewesen. Die damit zusammenhängende apikale Ostitis beim Zahn 61 habe in der Folge zu einer nicht vollständigen Auflösung der Milchzahnwurzel und zu einem bukkalen Durchbruch des Zahns 21 geführt.

Dr. A.\_\_\_\_ legte zur Untermauerung seiner Stellungnahme ein Röntgenbild der betroffenen Zähne vom 9. August 2010 bei ( Urk. 8/10).

Die behandelnde Kieferorthopädin Dr. D.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. November 2011 fest, aufgrund ihres kieferorthopädischen Bildungshintergrunds, ihrer Erfahrung und ihrer Literaturkenntnisse könne sie bestätigen, dass eine traumabedingte Zahnkeimverlagerung mit nachfolgender Fehlstellung der durchgebrochenen bleibenden Zähne möglich sei. Verlagerungen von

Zahnkeimen (Entwicklungsstadium mit bereits vorhandener Zahnkrone aber noch nicht ausgebildeter Zahnwurzel) hätten verschiedene, nie gegeneinander eindeutig abgrenzbare Ursachen: Platzmangel, Platzüberschuss, Traumata, raumgreifende Entzündungen, angeborene Fisteln und Spalten sowie idiopathische Ursachen. Bei den traumabedingten Ursachen stünden Unfälle im Kleinkindalter, wo Stürze ausserordentlich häufig seien, im Vordergrund; in späteren Jahren sei ein Ausschlagen der Milchzähne wahrscheinlicher als die Übertragung der Kraft auf die darunterliegenden Keime. Die Richtung des Aufpralls sei für die Verlagerung nicht unbedingt ausschlaggebend. Eine Intrusion beziehungsweise ein Einschlagen im Wortsinn, wodurch der Milchzahn zurück in den Knochen getrieben werde, verletze mit grosser Wahrscheinlichkeit die schmelzbildenden Zellen des Keims, worauf beim Durchbruch des bleibenden Zahns Farbflecken oder Grübchen sichtbar würden. Anlässlich des Unfalls sei die Beschwerdeführerin 1,5 Jahre alt gewesen. Die Dentitionsentwicklung und das abgelaufene Zeitintervall

sprächen mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem kürzlich diagnostizierten Fehlstand der oberen Frontzähne hin. Gleiches ergebe sich aus dem Unfallhergang, der zu einem kräftigen Schlag in einem Kraftvektor von unten vorne geführt habe und deshalb eine Ablenkung der Keime als wahrscheinlich erscheinen lasse ( Urk. 8/11).

Dr. E.\_\_\_\_, beratender Arzt der AXA-ARAG Rechtsschutz AG, nahm im Auftrag der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin am 2. Mai 2012 zur Kausalität der Durchbruchsstörung Stellung und hielt fest, nach Unfallereignissen wie demjenigen vom 5. September 2005 könne es zu Durchbruchsstörungen und Beschädigungen des Zahnkeimes des bleibenden Zahnes kommen. Als andere, unfallfremde Ursache könne ein entzündlicher Prozess nach einer Gangrän des Milchzahnes ebenfalls zur Durchbruchsstörung geführt haben, diese Möglichkeit und andere unfallfremde Ursachen seien aber weniger wahrscheinlich als die Verursachung durch den Unfall vom 5. September 2005. Nach Rücksprache mit zwei Kieferorthopäden handle es sich seines Erachtens um einen typischen Befund nach Intrusion (Einschlagen in den Knochen) eines Milchinzisiven, welcher oft mit einer Fistelbildung einhergehe. Deshalb sei die zur Diskussion stehende Folgebehandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom

5. September 2005 zurückzuführen. Auch der Symmetrievergleich zum Durchbruch des Zahnes 11 stütze diese Beurteilung. Da die eine derartige Kausalität der

Durchbruchsstörung verneinende Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 2. September 2011 keine Begründung enthalte, und mithin keinen eigentlichen medizinischen Bericht bilde, könne er dazu nicht Stellung nehmen ( Urk. 8/12 S. 1-2 ).

### 3.3

A uf Anfrage der KPT ( Urk. 8/12 S.

3) nahm der Vertrauenszahnarzt Dr. C.\_\_\_\_

nach nochmaliger Würdigung der vorhandenen Akten (vgl. Urk. 8/12 S.

3,

Urk.

8/14) am 23. Mai 2012

erneut zur Kausalität der behandelten Durchbruchsstörung des Zahns 21 Stellung. Hinsichtlich des Sachverhalts ging er davon aus, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Sturzes 18 Monate alt gewesen sei und aufgrund der Angaben auf dem Zahnschadenformular keine Verschiebung der Zähne erlitten habe; die Zähne 51 und 61 seien nach dem Unfall lediglich leicht erhöht beweglich gewesen. Weiter wies er darauf hin, in den folgenden Jahren sei keine Pathologie wie etwa eine Grauverfärbung, Fistelbildung oder Ankylose

gemeldet worden. Dr. C.\_\_\_\_ schloss daraus, dass die Zähne durch den Unfall keinen Schaden davongetragen hätten.

Angesichts der Krafteinwirkung von bukkal auf den Mund wäre zu erwarten gewesen, dass der bleibende Zahn mehr palatinal und nicht bukkal durchgebrochen wäre, hätte der Schlag tatsächlich zu einer Durchbruchsstörung oder Schädigung des definitiven Zahnes geführt. Durchbruchsverzögerungen oder retinierte Milchzähne seien auch ohne ein auslösendes Unfallgeschehen nichts aussergewöhnliches. Es könne zwar nicht ausgeschlossen werden, dass der Zahnschaden Folge des erlittenen Unfalls sei, auf Grund der Sachlage sei ein natürlicher Kausalzusammenhang aber nicht eindeutig nachweisbar. Aus Kulanzgründen und zur Vermeidung weiterer administrativer Kosten empfehle er, die Kosten der Extraktion des Zahns 61 (von Fr. 89.90

zu übernehmen (Urk. 8/13).

4.

4.1

Aus den wiedergegebenen zahnärztlichen und kieferorthopädischen Stellungnahmen ergibt sich, dass verschiedene Ursachen für die

am 15. Juli 2011 behandelte Durchbruchsstörung des Zahns 21 in Frage kommen: Platzmangel, Platzüberschuss, Traumata, raumgreifende Entzündungen

(wie die von Dr. A.\_\_\_\_ angeführte apikale Ostitis oder die von Dr. E.\_\_\_\_ erwähnte Gingivitis), angeborene Fisteln und Spalten sowie idiopathische Ursachen. 4.2

Im Zahnschadenformular vom

6. September 2005 wurde lediglich eine Subluxation (Lockerung) der Zähne 51 und 61 vermerkt, wobei der erstbehandelnde Zahnarzt Dr. A.\_\_\_\_ auf dem Formular präziserte, die Zähne seien leicht beweglich und müssten deshalb geschont werden (Urk. 8/5 S. 1 und 2). Hierbei handelt es sich

entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht um eine Stellungsänderung der betroffenen Zähne (vorstehend E. 2.2) ; eine solche hätte unter Punkt 3.2 des Zahnschadenformulars als Luxation (Verschiebung/ Verlagerung) eingeordnet werden müssen ( Urk. 8/5 S. 1 und 2). Für das Zeitintervall zwischen der Berichterstattung im Zahnschadenformular vom 6. September 2005 ( Urk. 8/5) und der Erstellung des Röntgenbefunds vom 9. August 2010 ( Urk. 8/10) fehlen

echtzeitliche zahnmedizinische Befunde über

Brückensymptome , welche als Indizien für das Bestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und der im Jahr 2011 festgestellten Durchbruchsstörung gewertet werden könnten . Von den Parteien wird auch nicht geltend gemacht, dass solche Dokumente noch erhältlich gemacht werden könnten.

Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin räumt selbst ein, sie könne nicht nachweisen , dass die Beschwerdeführerin in zeitlicher Nähe zum Unfallereignis in der von Dr. A. \_\_\_ im Zahnschadenformular erwähnten Beobachtungsphase ( Urk. 8/5 S.

2)

unter Schmerzen gelitten

hätte (vorstehend E. 2.2) , welche auf einen nicht direkt sichtbaren Folgeschaden im relevanten Bereich hinweisen könnten.

Die von Dr. A. \_\_\_ in seiner späteren Stellungnahme vom 30. September 2011 an geführte apikale Ostitis, welche mit dem Unfallereignis zusammen hänge und zur Durchbruchsstörung geführt habe ( Urk. 8/10),

wird von den anderen beteiligten Zahnmedizinern, denen die Röntgenbilder vom 9. August 2010 ebenfalls vorlagen, nicht erwähnt. Selbst wenn auf

den Röntgenbildern eine solche Pathologie sichtbar wäre, wäre damit im Übrigen noch nicht gesagt, dass die apikale Ostitis in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis stünde , da zwischen dem Unfalldatum und der Erstellung der Röntgenbilder ein Zeitraum

von rund fünf Jahren liegt .

Wie Dr. D. \_\_\_ aufgezeigt hat, können entzündliche Veränderungen und damit auch eine apikale Ostitis auch ohne Trauma

auftreten (vgl. auch Wikipedia, Die freie Enzyklopädie , [http://de.wikipedia.org/wiki/Apikale\\_Parodontitis](http://de.wikipedia.org/wiki/Apikale_Parodontitis)) . Dass Dr. C. \_\_\_

unter diesen Umständen davon ausging , der Unfall vom 6. September 2005 habe die betreffenden Zähne 61 und 21 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

nicht bleibend geschädigt , ist nachvollziehbar . 4.3

Bei den Stellungnahmen von Dr. C. \_\_\_ handelt es sich zwar nur um Aktengutachten , sie ergingen aber gestützt auf sämtliche damals bekannten, von den beteiligten Ärzten erhobenen Befunde. Dr. D. \_\_\_ wies in ihrer Stellungnahme vom 21. November 2011 sodann ausdrücklich darauf hin, dass eine weitere bildgebende Abklärung nicht sinnvoll sei ( Urk. 8/11). Ferner leuchtet die Stellungnahme von Dr. C. \_\_\_ vom 23. Mai 2012 in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation ein.

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringen lässt, überzeugt nicht. Die Behauptung, Dr. C.\_\_\_\_ habe sich nicht eingehend mit den anders lautenden zahnärztlichen Einschätzungen auseinandergesetzt, trifft nicht zu, wurden ihm doch am 14. Mai 2012 nochmals sämtliche Akten zur Beurteilung zugestellt (Urk. 8/12

S.

3, Urk. 8/14 S.

1). Zwar wählte Dr. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2012 tatsächlich die Formulierung, eine natürliche Unfallkausalität sei nicht „eindeutig“ nachweisbar. Seine anschliessende

Empfehlung, „aus Kulanzgründen“ und zur Vermeidung weiterer administrativer Kosten die bis anhin geringen Behandlungskosten zu übernehmen, deuten aber klar darauf hin, dass die Unfallkausalität aus seiner Sicht nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit ausgesprochen war (Urk. 8/13), zumal er in seinem ersten Bericht vom 2. September 2011 ausdrücklich von der fehlenden überwiegenden Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs sprach (Urk. 8/8).

Die Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ ist nach dem Gesagten

grundsätzlich vollbeweiskräftig. 4.4

Zwar widerspricht die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ derjenigen mehrerer anderer Zahnmediziner. Dabei handelt es sich aber ausnahmslos um behandelnde Ärzte (Dr. B.\_\_\_\_,

Dr. A.\_\_\_\_,

Dr. D.\_\_\_\_) oder indirekt im Auftrag der Beschwerdeführerin berichtende Sachverständige (Dr. E.\_\_\_\_). Diesbezüglich darf die Erfahrungstatsache mitberücksichtigt werden, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2013 vom 12. Dezember 2013 mit Hinweis).

Ferner kann die abweichende Beurteilung der behandelnden Zahnmediziner (insbesondere von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_) zumindest teilweise damit erklärt werden, dass diese aus dem Auftreten der Durchbruchsstörung des Zahns 21 nach dem Unfallereignis vom 5. September 2005 auf einen Kausalzusammenhang

mit diesem schlossen, was aber auf die praxismässig zur Begründung einer Kausalität ungeeignete Formel „post hoc ergo propter hoc“ (BGE 119 V 335) hinausläuft.

Wie bereits dargelegt, ist hinsichtlich der von Dr. A.\_\_\_\_ in seiner späteren Stellungnahme vom 30. September 2011 angeführten apikalen Otitis als Ursache der Durchbruchsstörung ein natürlicher Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 5. September 2005 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Dr. D.\_\_\_\_ begründete die Unfallkausalität einerseits mit dem zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Durchbruchsstörung abgelaufenen Zeitintervall, was für sich allein im Wesentlichen auf einen unzulässigen „post hoc ergo propter hoc“-Schluss hinausläuft. Zum andern schloss sie aus dem bekannten Unfallhergang, dass die Beschwerdeführerin einen kräftigen Schlag in einem Kraftvektor von unten vorne erlitten habe, der den fraglichen

Zahnkeim abge lenkt habe. Wie bereits dargelegt, ist eine derartige Verletzung aufgrund der eher harmlosen Befunde nach dem Unfall und des Fehlens von späteren Brü cken symptomen

nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlich keit ausgewiesen.

Die Argumentation von Dr. E.\_\_\_\_, es handle sich um einen typischen Befund nach Intrusion (Einschlagen in den Knochen) eines Milchzahns, überzeugt schliess lich ebenfalls nicht, weil nach dem Unfall lediglich eine leichte Beweg lichkeit des Zahns 61 festgestellt worden war, nicht aber eine eigentliche Intru sion. Soweit Dr. E.\_\_\_\_ auf den Symmetrievergleich mit dem Durchbruch des Zahns 11 verweist, welcher für einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Un fall spreche, ist mit Blick auf

die von den Zahnärzten b eurteilten Röntgenbil der

vom 9. August 2010 ( Urk. 8/10) davon auszugehen, dass er auf die asym me tri sch e

Entwicklung der beiden Zähne aufmerksam machen wollte. Da beim Unfall beide Milchzähne 51 und 61 gleichermassen betroffen waren, liesse sich die spätere asymmetrische Entwicklung aber auch als Argument für eine un fall fremde Ursache der Durchbruchsstörung des Zahns 21 anführen. Deshalb ist die Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ ebenfalls nicht geeignet, wesentliche Zwei fel an der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ zu wecken.

4.5

Gesamthaft betrachtet steht aufgrund der Akten fest, dass ein natürlicher Z u sammenhang zwischen dem Unfall vom 5. September 2005 und der am 1 5. Juli 2011 behandelten Durchbruchsstörung des Zahns 21 zwar möglicher weise be steht, ein solcher Kausalzusammenhang aber nicht mit dem erforderli chen B e weis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist. Ebenso wahr scheinlich ist eine Verursachung der Durchbruchsstörung durch ein unfall fremdes Geschehen. Von weiteren Abklärungen sind keine relevanten Er kenntnisse zu erwarten. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - KPT  
Krankenkasse AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 Bundes gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigKlemmt

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