

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00007 vom 18. Mai 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2014.00007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2014.00007)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00007 du 18 mai 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00007 del 18 maggio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 1a Abs. 2 lit . a KVG gewährt die soziale Krankenversicherung Leistungen bei Krankheit (Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), wobei Krankheit nach Art. 3 Abs. 1 ATSG jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit ist, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

### **E. 1.2**

Die Leistungen, deren Kosten die Krankenversicherung bei Krankheit zu übernehmen hat, sind in Art. 25 KVG in allgemeiner Weise umschrieben. Darin erwähnt sind die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag von Ärzten und Ärztinnen beziehungsweise Chiropraktoren und Chiropraktorinnen Leistungen erbringen. Die zahnärztlichen Leistungen sind darin hingegen nicht aufgeführt. Gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG sind die Kosten zahnärztlicher Heilbehandlungen im Krankheitsfalle nur unter den einschränkenden Voraussetzungen durch die Krankenversicherung zu tragen, dass sie entweder durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31

Abs. 1

lit . a KVG) oder aber durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 lit . b KVG) oder dass sie sich zur Behandlung einer schweren

Allgemeinerkrankung

oder

ihrer

Folgen

als

notwendig

erweisen

(Art. 31 Abs. 1 lit . c KVG).

### **E. 1.3**

Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit . d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement des Innern in der Verordnung

über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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.

#### **E. 1.4**

In Art. 18 KLV sind Allgemeinerkrankungen aufgeführt, welche eine zahnmedizinische Behandlung erfordern können. Gemäss

Abs. 1 dieser Bestimmung übernimmt die Versicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind (Art.

31 Abs. 1 Bst. b KVG): a.

Erkrankungen des Blutsystems: 1. Neutropenie, Agranulozytose, 2. Schwere aplastische Anämie, 3. Leukämien, 4. Myelodysplastische Syndrome (MDS), 5. Hämorrhagische Diathesen; b.

Stoffwechselerkrankungen: 1. Akromegalie, 2. Hyperparathyreoidismus, 3. Idiopathischer Hypoparathyreoidismus, 4. Hypophosphatasie (genetisch bedingte Vitamin D-resistente Rachitis); c.

Weitere Erkrankungen: 1. Chronische Polyarthritis mit Kieferbeteiligung, 2. Morbus Bechterew mit Kieferbeteiligung, 3. Arthritis psoriatica mit Kieferbeteiligung, 4. Papillon-Lefèvre-Syndrom, 5. Sklerodermie, 6. AIDS, 7. Schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion; d.

Speicheldrüsenerkrankungen.

Gemäss

Abs.

#### **E. 1.6**

In BGE 124 V 185 hat das Bundesgericht entschieden, dass die in Art. 17-19 KLV erwähnten Erkrankungen, deren zahnärztliche Behandlung von der sozialen Krankenversicherung zu übernehmen ist, abschliessend aufgezählt sind. Daran hat das Bundesgericht seither festgehalten (vgl. BGE 127 V 328 E. 3a und 339 E. 3b). 1.7

Gemäss der Rechtsprechung (BGE 128 V 59; Urteil des Bundesgerichts K 146/00 vom 27. Februar 2002 E. 3a) sind die Anforderungen an die zumutbare Schadenminderungspflicht zu beachten, weshalb Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV, obschon in diesen Bestimmungen nicht ausdrücklich erwähnt, analog zu Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kaupflichtsystems Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung auslöst. Dabei muss nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kaupflichterkrankung unvermeidbar gewesen sein. Vorausgesetzt wird eine objektive Unvermeidbarkeit. Dies verlangt eine nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde genügende Mundhygiene. Massgebend ist, ob beispielsweise Karies hätte vermieden werden können, wenn die Mundhygiene genügend gewesen wäre, ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldbar zu betrachten ist (BGE 128 V 59 E. 4a; nicht in BGE 128 V 66 publizierte E. 3b des Urteils des Bundesgerichts K 146/00 vom 27. Februar 2002).

In dem dem Entscheid BGE 128 V 59 zu Grunde liegenden Fall, der eine an Xerostomie (Mundtrockenheit) infolge einer Speicheldrüsenerkrankung leidende Beschwerdeführerin betraf, hat das Bundesgericht erwogen, es könne nicht entscheidend sein, ob diese eine weniger gute Mundhygiene gehabt habe, als vom Krankenversicherer als nötig und zumutbar erachtet werde, sondern viel mehr, ob die Zahnbehandlungen bei der Speicheldrüsenerkrankung und der dadurch verursachten Mundtrockenheit mit erhöhter Kariesanfälligkeit durch eine genügende und zumutbare Mundhygiene hätten vermieden werden können. Ersteres würde auf eine Sanktionierung der Beschwerdeführerin hinauslaufen, indem sie wegen ungenügender Mundhygiene der Pflichtleistung selbst dann verlustig ginge, wenn die Zahnschäden trotz optimaler, das heisst genügender und zumutbarer Mundhygiene nicht vermeidbar wären. Eine versicherte Person, die auf Grund ihrer Konstitution, durchgemachten Krankheiten oder durchgeführten Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen habe, könne es nicht mit der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen. Die Mundhygiene müsse aber in jedem Fall sowohl in der täglichen Durchführung wie auch hinsichtlich des periodischen Ganges zum Zahnarzt und der Dentalhygiene in vernünftigem und zumutbarem Rahmen bleiben (BGE 128 V 59 E. 6c und d; Urteil des Bundesgerichts K 175/04 vom 15. Juni 2005 E. 1.3).

#### **E. 1.7**

) kann es eine versicherte Person, die auf Grund ihrer Konstitution eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen hat, zwar nicht mit der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen, die Mundhygiene hat jedoch sowohl in der täglichen Durchführung wie auch hinsichtlich des periodischen Ganges zum Zahnarzt und der Dentalhygiene in vernünftigem und zumutbarem Rahmen zu bleiben. In Würdigung der gesamten Umstände ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer trotz seiner Speicheldrüsenerkrankung eine genügende Mundhygiene betrieb.

#### **E. 1.8**

Nach der Rechtsprechung gilt Bulimie als schwere psychische Erkrankung mit kausaler schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion (BGE 124 V 351 E. 2a). Die zahnärztliche Behandlung, welche zur Behandlung der Bulimie oder zur Behandlung einer anderen schweren Allgemeinerkrankung im Sinne von Art. 18 KLV oder deren Folgen notwendig ist, muss, damit deren Kosten als Pflichtleistung vom Versicherer zu übernehmen sind, nicht nur notwendig, sondern nach Art. 32 Abs. 1 KVG auch wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Daraus ergeben sich Anhaltspunkte dafür, welche zahnärztlichen Leistungen und wann sie zu erbringen sind. Entscheidend ist, dass die erforderlichen zahnärztlichen Massnahmen klare Folge der schweren Allgemeinerkrankung sind (BGE 124 V 351 E. 2f).

#### **E. 1.9**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **E. 2**

dieser Bestimmung übernimmt die Versicherung die Kosten der in Abs. 1 aufgeführten Leistungen nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin bestritt im angefochtenen Einspracheentscheid

vom 25. November 2013 (Urk. 2) nicht, dass der Beschwerdeführer an einem Sjögren-Syndrom leidet, dass es sich dabei um eine Speicheldrüsenerkrankung im Sinne von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV handelt, und dass damit infolge eines dadurch verursachten Speichelmangels eine erhöhte Kariesanfälligkeit besteht (S. 4). Sie ging indes davon aus, dass die Karies an Zahn 12 bei guter Mundhygiene

und adäquater Kariesprophylaxe, insbesondere durch regelmässige Dentalhygiene-Behandlungen, durch das häufige Trinken zuckerfreier Flüssigkeiten, durch das häufige Kauen eines xylithaltigen Kaugummis, durch die Einnahme von Pilocarpin-Tabletten und eines Speichelersatzes auf Carboxymethylcellulose-Basis als Mundwasser vermeidbar gewesen sei und daher in keinem kausalen Zusammenhang mit der schweren Allgemeinerkrankung beziehungsweise mit deren Folgen stehe (S. 7). Es sei sodann auch ein kausaler Zusammenhang zwischen der im Bereich der Zähne 14, 23, 34 und 35 geplanten Wurzelbehandlungen, der Entfernung und dem Ersatzes des Zahnes 46, dem Ersatz der Kronen im Bereich der Zähne 22 und 23 sowie dem Ersatz der Zähne 24, 25 und 26 und dem Sjögren-Syndrom beziehungsweise dem durch dieses hervorgerufenen Speichelmangel zu verneinen, da es sich dabei um die Behandlung von Schäden des Kausystems handle, welche schon vor dem erstmaligen Auftreten des Sjögren-Syndroms im Jahre 2009 bestanden hätten (S. 6).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer bringt hiergegen vor, dass bei ihm erstmals im Jahre 2010 ein Sjögren-Syndrom diagnostiziert worden sei, dass er seit dem Jahre 2009 unter einer dadurch verursachten Mundtrockenheit leide, und dass am 20. Dezember 2013 die letzte bisher noch vermindert funktionierende Speicheldrüse nicht mehr funktionsfähig sei. Es sei davon auszugehen, dass die ersten Symptome des Sjögren-Syndroms bereits im Jahre 2005 aufgetreten seien. Er pflege eine gute Mundhygiene, insbesondere durch folgende Massnahmen: Mundbefeuchtungsspray, pharmakologische Speichelsimulation, Speichelsimulation durch zuckerfreie Zahnbonbons, adäquates Zähneputzen, Zahnkontrolle durch Zahnärztin zweimal jährlich, Zahnreinigung durch Dentalhygiene viermal jährlich, ausreichende Luftfeuchtigkeit in Wohnräumen, Vermeidung von Atmung durch den Mund, und eine stetige Mundbefeuchtung (Urk. 1 S. 11). Da an einem Kausalzusammenhang zwischen den durch das Sjögren-Syndrom verursachten Zahnschäden nicht zu zweifeln sei, sei eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Übernahme der Kosten gemäss dem Kostenvorschlag vom 11. April 2013 zu bejahen (Urk. 1 S. 15 und S. 2).

### **3. 3.1**

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 20. Oktober 2010 (Urk. 13/3) einen Tinnitus links und eine Pharyngitis sicca und erwähnte, dass der Beschwerdeführer unter einem Fremdkörpergefühl im Hals sowie unter einem Räusperzwang leide. Dies sei auf die trockenen Schleimhäute, eventuell auch auf einen unbemerkten Reflux zurückzuführen. Es sei eine Behandlung mit einem

Siccoral Spray zum Befeuchten der Schleimhäute angezeigt. 3.2

Mit Bericht vom 24. November 2011 (Urk. 3/10/3) stellten die Ärzte der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, Z.\_\_\_\_, die Diagnose eines Sjögren Syndroms und erwähnten, dass der Beschwerdeführer seit zwei Jahren unter einer persistierenden Mundtrockenheit leide, und dass er gewisse trockene Speisen nur noch zusammen mit Wasser essen könne. Vor kurzem sei eine Zahnextraktion wegen Karies durchgeführt worden. Eine Speicheldrüsenbiopsie der Unterlippe am 11. November 2011 habe einen hochgradigen Verdacht auf ein Sjögren Syndrom ergeben. 3.3

Dr. med. dent. A.\_\_\_\_, Zahnärztin, führte in ihrem Kostengutsprache gesuch vom 24. Februar 2012 (Urk. 13/7) aus, dass beim Beschwerdeführer eine Dentalhygiene, eine Wurzelbehandlung der Zähne 14, 23, 34 und 35, eine Extraktion der Zähne 46 und 37, eine Ersetzung von Füllungen im Bereich des Zahnes 12, eine Abtrennung der Zahnstümpfe (Anhänger) der Zähne 24 und 25, eine Überkronung der Zähne 22 und 23, ein Ersatz der Zähne 24, 25 und 26 durch Implantationen im Bereich der Zähne 24 und 26 und durch eine Brücke zwischen den Zähnen 24 und 26 sowie eine Implantation im Bereich des Zahnes 46 angezeigt sei (Urk. 13/7 S. 2).

In ihrer Stellungnahme vom 7. Mai 2012 (Urk. 13/10) führte

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

aus, dass eine beim Beschwerdeführer am 27. April 2012 durchgeführte Speichel fließratenmessung einen im nicht angeregten Zustand sehr schwachen Speichelfluss mit stark erhöhter Viskosität sowie eine Speichelmenge bei angeregtem Zustand nach fünf Minuten von weniger als zwei Milliliter ergeben habe. 3.4

Der Vertrauenszahnarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. dent. B.\_\_\_\_, verneinte in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2012 (Urk. 13/11) eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die geplante Zahnsanierung, weil in den Zahnrontgenbildern keine speichelmangelbedingten Läsionen erkennbar seien. Für die geplanten Wurzelbehandlungen an den Zähnen 14, 23, 34 und 35 sei ein kausaler Zusammenhang zum Speichelmangel zu verneinen. Dies treffe auch auf den interradikulären

Parodontaldefekt am Zahn 46 zu. Für den Ersatz der Kronen der Zähne 22 und 23 sowie den Ersatz der nicht mehr vorhandenen Zähne 24, 25 und 26 sei eine Leistungspflicht mangels eines nachgewiesenen Ursache-Wirkungsverhältnisses zu verneinen. 3.5

Mit Bericht vom 2. August 2012 (Urk. 13/13) diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, ein Sjögren Syndrom und erwähnte, dass ein Sjögren Syndrom mit Sicca Symptomatik erstmals im November 2011 diagnostiziert worden sei, und dass der Beschwerdeführer bereits im Oktober 2009 an einem Fremdkörpergefühl im Mund- und Rachenraum gelitten habe, weshalb davon auszugehen sei, dass es sich bei den in den Jahren 2009 und 2010 geklagten Beschwerden um die ersten Symptome des Sjögren Syndroms gehandelt habe. Es sei daher wahrscheinlich, dass der aussergewöhnlich starke Kariesbefall beim Beschwerdeführer durch das Sjögren Syndrom verursacht worden sei. 3.6

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Rheumaklinik, diagnostizierten mit Bericht vom 26. September 2012 (Urk. 13/14) ein primäres Sjögren Syndrom mit Sicca -Symptomatik enoral. Sie führten aus, dass beim Beschwerdeführer im November 2011 ein Morbus Sjögren mit einer ausgeprägten enoralen

Sicca -Symptomatik diagnostiziert worden sei. Die Sicca -Symptomatik habe im Jahre 2009 begonnen. Zu dieser Zeit sei eine Pharyngitis sicca festgestellt worden. Der aussergewöhnlich starke Kariesbefall stehe zweifellos in kausalem Zusammenhang mit der seit dem Jahre 2009 bestehenden Sicca -Symptomatik. 3.7 Dr. B. \_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2012 ( Urk. 13/16) aus, dass eine Leistungspflicht für die vorgesehenen zahnmedizinischen Behandlungen unter anderem von der vom Beschwerdeführer seit dem Zeitpunkt der erstmaligen Stellung der Diagnose eines Sjögren Syndroms und damit seit dem Zeitpunkt , als er erstmals Kenntnis der erhöhten Kariesanfälligkeit erhielt, getroffenen Schadenminderungsbemühungen abhängen (S. 1), wobei es zu berücksichtigen gelte , dass bei regelmässiger jährlicher zahnärztlicher Kontrolle und normaler Zahnpflege auch unter Speichelmangelbedingungen innerhalb eines Jahres keine so tiefen , eine Wurzelbehandlung erfordernde Läsionen entstehen könnten (S. 2). 3.8 In seiner Stellungnahme vom 26. April 2013 ( Urk. 13/25) führte Dr. B. \_\_\_ aus , dass für die vorgesehenen zahnmedizinischen Behandlungen eine Leistungspflicht zu verneinen sei, weil für eine Extraktion des Zahnes 17 keine erkrankungsbedingte Pathologie oder Diagnose erkennbar sei, weil für einen Brücken ersatz zwischen den Zähnen 17 und 15 kein kausaler Zusammenhang mit der Grunderkrankung bestehe, weil durch eine Brücke zwischen den Zähnen 24 und 26 sowie durch die dafür notwendigen Implantate ein seit langem vorbestehender Zahnverlust behoben werde, weil es sich bei den Wurzelbehandlungen im Bereich der Zähne 34 und 35 um Behandlungen vorbestehender Pathologien handle, weil bei einer Brücke zwischen den Zähnen 47, 46, 45 und 44 keine Behandlungsnotwendigkeit bestehe und kein kausaler Zusammenhang mit der Grunderkrankung erkennbar sei und weil es sich bei der Kompositfüllung am Zahn 12 um die Behandlung einer bei einwandfreier risikoadäquater Mundhygiene vermeidbaren Pathologie handle. 3.9 Mit Bericht vom 18. Juni 2013 ( Urk. 13/27) stellte Dr. B. \_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer zwar an einer Speicheldrüsenkrankheit mit reduzierter Mundflüssigkeitsproduktion leide, weshalb die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht gemäss Art. 18 KLV grundsätzlich gegeben seien, dass indes ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesem Leiden und den Zahnschäden, welche durch die geplanten zahnmedizinischen Behandlungen behoben werden sollten, zu verneinen sei. Bei den vorgesehenen Behandlungen handle es sich, mit Ausnahme der Behandlung am Zahn 12, ausschliesslich um die Behandlung vorbestehender Zahnschäden. Der Zahn 17 weise keinen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Speichel mangel zurückzuführenden kariösen Befund auf. Eine diagnostische Begründung für dessen Extraktion sowie für die in diesem Bereich verankerte Brücke bestehe nicht. Da der Oberkiefer links ab Eckzahn aus unbekanntem, nicht nachweislich Grunderkrankungsbedingtem Gründen seit langer Zeit zahnlos gewesen sei, bestehe keine Leistungspflicht für die vorgesehene Brücke zwischen den Zähnen 24 und 26. Eine Leistungspflicht für die im Bereich der überkronten Zähne 34 und 35 vorgesehenen Wurzelbehandlungsrevisionen sei zu verneinen, weil die chronische periapikale Entzündungen an deren Wurzelspitzen entweder bereits vor Einleitung der ursprünglichen Wurzelbehandlungen bestanden hätten und/oder nach der ursprünglichen Wurzelbehandlung schlecht oder gar nicht ausgeheilt seien beziehungsweise , weil es sich dabei um Folgen unvollständiger Wurzel behandlungen beziehungsweise Wurzelfüllungen handle. Jedenfalls reiche der ursprüngliche Vitalitätsverlust dieser Zähne, auf Grund dessen eine Wurzelbe handlung notwendig sei, viel weiter zurück als die Diagnose des Sjögren Syn droms. Aufgrund der Rönt genaufnahmen der Zähne 44, 45, 46 und 47 seien diese Zähne bereits wurzelbehandelt und überkront. Zudem weise der Zahn 46

einen ausgeprägten interradikulären

Parodontaldefekt auf. Bei diesem handle es sich weder um eine Folge der Grunderkrankung selbst noch um eine Folge des durch diese verursachten reduzierten Speichelflusses.

Anzeichen von Karies seien nicht zu erkennen. Eine Leistungspflicht für eine Brücke im Bereich dieser Zähne sei daher zu verneinen (S. 1). Eine Zahnhalsfüllung mesial am Zahn 12 könne eine Folge des Speichelmangels bei gleichzeitig ungenügender lokaler Zahnreinigung, welche nur mittels Zahnseide möglich gewesen wäre, sein. Mit Ausnahme der Kompositfüllung an Zahn 12 sei eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verneinen (S. 2). 3.10 In ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2014 (Urk 3/25) erwähnte Dr. A.\_\_\_\_, dass beim Beschwerdeführer bereits anlässlich der Konsultation vom Februar 2012 eine geringe Speichelproduktion festgestellt worden sei. Der Beschwerdeführer habe in der Folge eine Duraphatzahnpaste verwendet. Im Februar 2013 habe er unter Schmerzen gelitten und es sei eine insuffiziente Kronen- und Brückenversorgung sowie eine apikale Aufhellung an den Zähnen 14, 23, 34 und 35 festgestellt worden. Obwohl der Beschwerdeführer eine sehr gute Mundhygiene aufgewiesen habe, habe sich sein Gebisszustand infolge fehlenden Speichels sowie aufgrund insuffizienter prothetischer Konstruktionen verschlechtert. 4. 4.1 Den obenerwähnten medizinischen und zahnmedizinischen Akten ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer im November 2011 erstmals ein Sjögren Syndrom mit persistierender Mundtrockenheit diagnostiziert wurde (vorstehend E.

3.2). Die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie (vorstehend E. 3.2), und die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Rheumaklinik (vorstehend E.

3.6), gingen übereinstimmend davon aus, dass beim Beschwerdeführer erste Symptome einer Mundtrockenheit beziehungsweise eines verminderten Speichelflusses im Jahre 2009 erstmals auftraten. Demnach steht unbestritten (Urk. 1, Urk. 2) fest, dass der Beschwerdeführer an Mundtrockenheit als Folge einer Speicheldrüsenerkrankung

(Sjögren Syndrom) leidet und dass damit grundsätzlich eine erhöhte Kariesanfälligkeit besteht. 4.2 Während Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5) und die Ärzte der Rheumaklinik des Z.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.6) die Ansicht vertraten, dass der aussergewöhnlich starke Kariesbefall beim Beschwerdeführer durch das Sjögren Syndrom beziehungsweise dessen Sicca-Symptomatik verursacht worden sei, ging Dr. B.\_\_\_\_

in seinem Bericht vom 18. Juni 2013 (vorstehend E. 3.9) davon aus, dass der Beschwerdeführer zwar an einer Speicheldrüsenerkrankung mit reduzierter Mundflüssigkeitsproduktion leide, weshalb die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht grundsätzlich gegeben seien, dass es sich bei den vorgesehenen Behandlungen mit Ausnahme derjenigen am Zahn 12 jedoch ausschliesslich um Behandlungen vorbestandener Zahnschäden handle, weshalb ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Speicheldrüsenerkrankung und den Zahnschäden, welche durch die geplanten zahnmedizinischen Behandlungen behoben werden sollten, zu verneinen sei.

Demgegenüber ging Dr. A.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2014 (vorstehend E. 3.10) davon aus, dass sich der Zustand des Kausystems des Beschwerdeführers aufgrund einer insuffizienten Kronen- und Brückenversorgung sowie infolge des durch die Speicheldrüsenerkrankung verursachten Speichelmangels verschlechtert habe. 4.3 Auf den Kostenvoranschlag vom 24. Februar 2012 (vorstehende E. 3.3) und auf die Stellungnahme

von Dr. A.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2014 (vorstehend E. 3.10) kann vorliegend indes nicht abgestellt werden. Denn diesen Beurteilungen lässt sich nicht entnehmen, inwieweit es sich bei den verschiedenen in Frage stehenden zahnmedizinischen Behandlungen gemäss dem Kostenvoranschlag vom 11. April 2013 (Urk. 13/24) um Behandlungen von Folgen einer Speicheldrüsenkrankheit beziehungsweise um Pflichtleistungen darstellende Behandlungen einer schweren

Allgemeinerkrankung im Sinne von Art. 18 Abs. 1 KLV handelte oder nicht. Der A.\_\_\_\_ stellte darin zwar in allgemeiner Hinsicht fest, dass sich der Zustand des Kausystems des Beschwerdeführers aufgrund einer insuffizienten Kronen- und Brückenversorgung sowie der durch die Speicheldrüsenkrankung verursachten Mundtrockenheit verschlechtert habe. Ihre Beurteilungen lässt sich indes nicht entnehmen, welche der von der vorgesehenen Behandlung betroffenen Zähne durch die Mundtrockenheit geschädigt wurden, und um welche Art und in welchem Umfang die einzelnen Zähne allenfalls durch Mundtrockenheit geschädigt wurden. Den Beurteilungen durch Dr. A.\_\_\_\_ lässt sich daher keine nachvollziehbare Begründung der von ihr postulierten Leistungspflicht beziehungsweise des von ihr postulierten Charakters als Pflichtleistung der im Kostenvoranschlag vom 11. April 2013 aufgeführten Behandlungen entnehmen. Auf die Beurteilungen durch Dr. A.\_\_\_\_ kann aus diesen Gründen daher nicht abgestellt werden. 4.4 Auf die Beurteilungen durch Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5) und der Ärzte der Rheumaklinik des Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6), welche eine Leistungspflicht für die Behandlung des aussergewöhnlich starken Kariesbefalls beim Beschwerdeführer postulierten, kann schon deshalb nicht abgestellt werden, weil diese Ärzten nicht über die für die vorliegend zu beurteilende gesundheitliche Beeinträchtigung im Bereich des Kausystems angezeigten zahnmedizinischen Ausbildungen

verfügen. 4.5 In Bezug auf die Beurteilungen durch Dr. B.\_\_\_\_

gilt es zu berücksichtigen dass dieser als Zahnarzt über eine für die vorliegend zu beurteilenden Zahnschäden angezeigte Ausbildung verfügt. Dr. B.\_\_\_\_ begründete in seinem Bericht vom 18. Juni 2013 (vorstehend E. 3.9) in nachvollziehbarer Weise, weshalb es, abgesehen von der Behandlung des Zahnes 12, an einem ursächlichen Zusammenhang zwischen der Speicheldrüsenkrankheit des Beschwerdeführers und den Zahnschäden, welche durch die geplanten zahnmedizinischen Behandlungen behoben werden sollten, fehle. Insbesondere vermag zu überzeugen, dass Dr. B.\_\_\_\_ in diesem Bericht in Bezug auf die einzelnen betroffenen Zähne, gesondert zu den jeweiligen Ursachen der Zahnschäden Stellung nahm. 4.6 Bezüglich Dr. B.\_\_\_\_, welcher Vertrauenszahnarzt der Beschwerdegegnerin ist, gilt es sodann zu beachten, dass den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen nach der Rechtsprechung zwar ein vergleichbarer Beweiswert wie einem Gutachten zukommt, wenn sie den entsprechenden Anforderungen genügen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_204/2009 E. 3.3.2 [nicht publ. in: BGE 135 V 254] und Urteil 9C\_492/2012 vom 25. September 2012 E. 5.1.2), dass ihnen praxismässig jedoch nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt, weshalb bei ausschliesslich gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen gefällten Entscheidungen, insofern strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen sind, dass bei nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen ist

(BGE 135 V 465 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 2). Vorliegend sind jedoch die Beurteilungen durch Dr. A.\_\_\_\_ und der involvierten Ärzte nicht geeignet, nur Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2013 hervorzurufen. Dass es sich bei diesem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ um eine auf Grund der Akten verfasste Stellungnahme handelt, spricht im Übrigen nicht grundsätzlich gegen dessen Beweiswert ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_425/2012 vom 18. September 2012 E.

4.4; SZS 2008 S. 393, I 1094 /06 E. 3.1.1). Dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2013 kommt demnach volle Beweiskraft zu. 4.7 Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2013 steht daher fest, dass der Zahn 17 keinen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Speichelmangel zurückzuführenden kariösen Befund aufwies, weshalb dessen Extraktion und Ersatz durch eine Brücke keine Pflichtleistungen darstellen. Keine Pflichtleistung stellt sodann die vorgesehene Brücke zwischen den Zähnen 24 und 26 dar, da die Zähne 24 und 25 schon vor dem erstmaligen Auftreten der Speicheldrüsenkrankheit gefehlt haben. Des Weiteren stellen die geplanten Wurzelbehandlungsrevisionen der Zähne

34 und

35 keine Pflichtleistungen dar, weil davon auszugehen ist, dass die an diesen Wurzelspitzen bestehenden chronische

periapikalen Entzündungen schon vor dem Auftreten des Sjögren Syndroms bestanden. Eine Leistungspflicht für eine Brücke im Bereich der Zähne 44, 45, 46 und 47 ist sodann zu verneinen, weil diese Zähne bereits vor dem Auftreten des Sjögren Syndroms wurzelbehandelt und überkront waren, und weil es sich beim ausgeprägten interradikulären Parodontaldefekt

am Zahn 46 nicht um eine Folge des reduzierten Speichelflusses handelt. 4.8 Die Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2013 vermag auch insofern zu überzeugen, als dieser darin davon ausging, dass der Zahnschaden im Bereich des Zahnes 12 eine Folge des Speichelmangels und damit des Sjögren Syndroms darstelle, weshalb dessen Behandlung mittels einer Kompositfüllung

grundsätzlich Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstelle. Die Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ vermag indes insofern nicht zu überzeugen, als dieser die Meinung vertrat, dass die Karies im Bereich des Zahnes 12 nicht nur eine Folge des Speichelmangels sondern gleichzeitig eine Folge ungenügender

lokaler Zahnreinigung sei ( Urk. 13/27 S. 2). Aufgrund der Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2014 ( Urk. 3/25) sowie der sich bei den Akten befindlichen Bestätigung einer Zahnklinik in Spanien ( Urk. 13/21) ist vielmehr davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine genügende Mundhygiene pflegte und sich insbesondere regelmässig in zahnärztliche und dentalhygienische Behandlung begab. Der Beschwerdegegnerin ist daher nicht zu folgen, wenn sie im angefochtenen Einspracheentscheid ( Urk. 2 S. 7) die Ansicht vertrat, dass die Karies am Zahn 12 des Beschwerdeführers

bei guter Mundhygiene und adäquater Kariesprophylaxe, insbesondere durch regelmässige Dentalhygiene-Behandlungen, durch das häufige Trinken zuckerfreier Flüssigkeiten, durch das häufige Kauen eines xylithaltigen Kaugummis, durch die Einnahme von

Pilocarpin -Tabletten und eines Speichelersatzes auf Carboxymethylcellulose -Basis als Mundwasser zu vermeiden gewesen wäre. Denn nach der erwähnten Rechtsprechung (vorstehend E.

#### **E. 5**

Nach Gesagtem steht fest, dass eine Verletzung der Schadenminderungspflicht durch den Beschwerdeführer im Sinne einer ungenügenden Mundhygiene in Bezug auf den Zahn 12 nicht erstellt ist. Demnach war das Auftreten von Karies im Bereich des Zahnes 12 eine unvermeidliche Folge des Sjögren Syndroms. Die im Kostenvoranschlag von Dr. A. \_\_\_ vom 11. April 2013 (Urk. 13/24) vorgesehene zahnmedizinische Behandlung des Zahnes 12 mittels einer Kompositfüllung stellt daher eine Behandlung von Folgen des Sjögren Syndroms und mithin von Folgen einer schweren Allgemeinerkrankung im Sinne von Art. 18 Abs. 1 KLV dar, für welche eine anteilmässige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht. Insofern ist die Beschwerde daher teilweise gutzuheissen. Im Übrigen ist sie abzuweisen.

#### **E. 6**

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). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine nach dem Mass des Obsiegens um zwei Drittel gekürzte Prozessentschädigung, welche mit Fr. 700.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bemessen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid

der CSS Kranken-Versicherung AG vom 25. November 2013 dahin abgeändert, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf Übernahme der Kosten einer zahnmedizinischen Behandlung seines Zahnes 12 mittels Kompositfüllung gemäss dem Kostenvoranschlag von Dr. med. dent. A. \_\_\_ vom 11. April 2013 hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine gekürzte Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Mirjam Teitler - CSS Kranken-Versicherung 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann  
Volz

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