

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00007**

## **vom 29. Juli 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-07-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2015.00007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2015.00007)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00007 du 29 juillet 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00007 del 29 luglio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 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.

#### **E. 1.2**

Die zahnärztlichen Behandlungen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfalle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbunden werden (Urteil des Bundesgerichts K 152/01 vom 30. April 2002 E. 1a).

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 Kiefergelenks und des Bewegungsapparates, so unter anderem eine Kiefergelenksarthrose (Art. 17 lit. d Ziff. 1 KLV).

#### **E. 1.3**

Gemäss Art. 31 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 1a lit. b KVG und Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist die soziale Krankenversicherung zudem für die Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall verursacht worden sind, leistungspflichtig, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt.

#### **E. 1.4**

Nach Art. 24 KVG werden die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen übernommen. Bedingung für die Übernahme der Kosten der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen ist nach Art. 32 Abs. 1 KVG ihre Wirksamkeit und Zweckmässigkeit sowie ihre Wirtschaftlichkeit.

Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der in der Schweiz von Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen wird gesetzlich vermutet (vgl. Art. 33 Abs. 1 KVG; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 283 f. [K 151/99] E. 3). Die genannten Kriterien

enthalten einen gewissen ärztlichen Ermessensspielraum. Eine Therapie kann nicht schon als gegen das Gebot einer wirksamen, zweck mässigen und wirtschaftlichen Behandlung verstossend betrachtet werden, weil im Nachhinein eine Behandlung als suboptimal oder wenig erfolgreich erscheint (in RKUV 2003 Nr. KV 251 S. 226 nicht publizierte E. 3 des Urteils K 79/02 vom 12. Februar 2003).

### **E. 1.5**

Gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), an welches der Bundesrat diese Aufgabe übertragen hat (vgl. Art. 33 Abs.

### **E. 1.6**

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Vertrauensärztliche Stellungnahmen haben beweismässig den gleichen Stellenwert wie verwaltungsinterne Arztberichte und Gutachten eines öffentlichen UVG-Versicherers (Urteil des Bundesgerichts K 6/01 vom 26. September 2001 E. 5b). Praxisgemäss darf auf die Angaben eines Versicherungsarztes abgestellt werden, wenn er auf Grund einer sachverständigen Würdigung der medizinischen Akten (namentlich auch der Angaben der behandelnden Ärzte) zu klaren und schlüssigen Resultaten kommt (vgl. statt vieler BGE 125 V 351 E.3b/ee).

2.

### **E. 2**

S. 2, 3/10, 11/13).

Die Versicherte wandte sich bereits im Jahr 1994 an die KPT mit der Bitte um Vergütung von Behandlungskosten im Zusammenhang mit einer Kiefergelenkarthrose. Die Krankenkasse lehnte dieses Begehren mit Verfügung vom 26. Juni 1996 sowie bestätigendem Einspracheentscheid vom 12. September 1996 ab. Die dagegen erhobene Beschwerde der Versicherten vom 14. Oktober 1996 wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Urteil KV.1996.00124 ab.

### **E. 2.1**

Im Streit steht zwischen den Parteien, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten der Behandlung gemäss Kostenvoranschlag von Prof. Y. \_\_\_ vom 10. April 2014 von insgesamt Fr. 47'220.30 zu übernehmen hat.

### **E. 2.2**

Dabei steht zu Recht ausser Diskussion, dass die Beschwerdegegnerin im Grundsatz für die Kosten der Behebung der aus dem Unfall im Jahr 1979 resultierenden Schäden aufzukommen hat.

Im Anwendungsbereich des KVG gilt grundsätzlich das Behandlungsprinzip. Behandlungskosten für Spätfolgen und Rückfälle von Unfällen, die sich vor dem Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 ereignet haben und für die weder ein Sozialversicherer noch ein Versicherer nach Art. 102 Abs. 4 letzter Satz KVG einzustehen hat, gehen zulasten des Versicherers, der im Zeitpunkt der Behandlung die Krankenpflegeversicherung der betroffenen versicherten Person führt (vgl. Urteil des Bundesgerichts K 140/00 vom 16. März 2001 E. 2, SVR 2005 KV Nr.12 S. 41; Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, S. 554

Rz 463). Die von der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalls, welcher sich vor dem mit dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 eingeführten Unfallversicherungsobligatorium, ereignet hatte, geführte private Unfallversicherung bei der Schweizerischen National-Versicherungsgesellschaft bot für Heilungskosten einen Versicherungsschutz von lediglich 5 Jahren (Urk. 26/1). Entsprechend stellte die Beschwerdegegnerin ihre grundsätzliche Leistungspflicht für Spätfolgen des Unfalls aus dem Jahr 1979 zu Recht nicht in Frage.

Ebenfalls unbestritten ist, dass im Geltungsbereich des am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen KVGs anders als unter dem bis 31. Dezember 1995 gültig gewesenen Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911, welches der Beurteilung im Fall KV.1996.00124 zugrunde lag, zahnärztliche Behandlungen einer Kiefergelenksarthrose gemäss Art. 17 Abs. 1 lit. d Ziff. 1 KLV zu übernehmen sind, wenn es sich dabei um eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Vorkehr im Sinn von Art. 32 Abs. 1 KVG handelt.

### **E. 2.3**

Die von Prof. Y.\_\_\_\_ vorgeschlagene Gebissanierung beinhaltet eine prothetische Rekonstruktion im Ober- und Unterkiefer (Bisserrhöhung mit der Korrektur der Speekurve), wobei gemäss Aktenlage im Unterkiefer eine Implantat-getragene Brücke Regio 46, 45x43, Überkronungen der Zähne 47, 42, 41, 31, 32 und 37 sowie eine Brücke 33xx36 geplant sind. Im Oberkiefer sah Prof. Y.\_\_\_\_ Überkronungen der Zähne 17 bis 13, 11, 21, 26 und 27 sowie eine Brücke 22, 23xx26 vor

(Urk. 11/20 mit Beilagen). 3.

### **E. 3**

Eventualiter: Es sei die Beschwerdeführerin i.S.v. Art. 44 ATSG durch einen ausgewiesenen Facharzt für Gesichts-, Kiefer- und Oralchirurgie begutachten zu lassen.

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin anerkannte im angefochtenen Entscheid ihre Leistungspflicht für die Implantat-getragene Brücke auf den Zähnen 43, 45 und 46 als Unfallfolge. Mit der Beschwerdeantwort vom 20. Mai 2015 sprach sie sich für eine teilweise Gutheissung der Beschwerde dahingehend aus, dass die Kosten für die Behandlung des Zahnes 41 ebenfalls zu übernehmen seien, habe sie doch versehentlich nicht berücksichtigt, dass derselbe im Jahr 2013 gebrochen sei (Urk.

#### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin liess dagegen im Wesentlichen geltend machen, die Sanierungskosten der Kronen der Brückenpfeiler bei den Zähnen 47, 42, 41, 31, 32 und 33 seien von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen, habe doch selbst Dr. Dr. Z.\_\_\_\_ die Neuanfertigung derselben als indiziert erachtet. Zudem zeige der Bruch des Zahnes 41, dass die Brückenpfeiler nicht suffizient seien. Die Leistungspflicht für die Behandlung der posttraumatischen Kiefergelenksarthrose

mittels der Okklusionsveränderung mit Bisserrhöhung stelle eine häufig angewendete und gute Resultate erzielende Behandlungsmethode dar. Die früher eingesetzte Stabilitätsschiene habe umgehend zu einer Schmerzlinderung geführt. Mit der von Prof. Y.\_\_\_\_ vorgeschlagenen definitiven Bisserrhöhung könne daher mit einer namhaften Schmerzlinderung gerechnet werden (Urk. 1 S. 16 ff.). 4.

Vorweg zur Darlegung der medizinischen Aktenlage ist festzuhalten, dass im Zusammenhang mit der hier zu beurteilenden Leistungspflicht für die geplante Gebissanierung die von den Parteien im mehrfachen Hinsicht diskutierte Frage nach den Folgen des Unfalls aus dem Jahr 1979 insofern keiner weiteren Ausführungen bedarf, als die Beschwerdeführerin bei der Schussverletzung unbestritten massen die Zähne 43-46 verloren hat (vgl. Urk. 2 S. 4) und der damit einhergehende Ersatz der Implantat-getragenen Brücke im Unterkiefer rechts unbestritten eine Leistungspflicht darstellt. Die strittige Frage nach der Leistungspflicht für die neuen Kronen im Unter- und im Oberkiefer ist letztlich gemäss Aktenlage keine Frage der Unfallkausalität. Soweit die Kronen im Unterkiefer für die Stabilität der Brücke notwendig sind, wäre die Unfallkausalität klar zu bejahen (vgl. dazu untenstehende E. 6.1).

Die übrigen geplanten Gebissanierungen zur Okklusionsänderung mit Gebisserrhöhung stehen unbestritten massen in Zusammenhang mit der Behandlung der Kiefergelenksarthrose respektive einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD). Die zahnärztliche Behandlung einer Kiefergelenksarthrose fällt aufgrund von Art. 17 Abs. 1 lit. d Ziff. 1 KLV unabhängig von der Frage nach der Unfallkausalität in den Pflichtleistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Die Behandlung eines allfälligen CMD ist

– wie nachfolgend dargelegt (E. 6.2.1) – als arztäquivalente Leistung zu interpretieren, womit eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 25 KVG und damit ebenfalls unabhängig von der Frage der Unfallkausalität zu beurteilen ist.

Bei der Darstellung der medizinischen Aktenlage wird daher, soweit für die Entscheidfindung nicht von Belang, auf Ausführungen der beteiligten Fachpersonen zur Unfallkausalität verzichtet. 5.

### **E. 3.2.1**

mit Hinweisen).

Daraus wird deutlich, dass das Erfordernis der wissenschaftlichen Studien, um das Kriterium der Wirksamkeit einer medizinischen Massnahme beurteilen zu können, weiterhin seine Gültigkeit besitzt. Der Nachweis der Wirksamkeit, dem eine objektivierbare Sicht zugrunde zu liegen hat, ist auf der Basis wissenschaftlicher Methoden, am ehesten mit Hilfe von statistischen Vergleichswerten (vgl. BGE 123 V 67 E. 4c), zu belegen, welche ihrerseits mittels entsprechender Studien zu dokumentieren sind. Ein derartiges Vorgehen erfordert breit abgestützte, im Regelfall auf internationaler Ebene erhobene

wissenschaftliche Daten (BGE 133 V 115 E. 3.2.2). 6.3 .3

Die Beschwerdegegnerin reichte zum Nachweis der fehlenden Wirksamkeit in obigem Sinne einen im Oktober 2008 in den International Archives of

Medicine veröffentlichten

Review ( wissenschaftliche Veröffentlichung, die den Forschungsstand zu einem Thema darstellt ) mit dem Titel „ Muscle

disorders

and

dentition-related

aspects in temporomandibular

disorders : controversies in the

most

commonly

used

treatment

modalities “ ein ( Urk. 22/2). Auf Seite 8 des Review findet sich eine ausführliche Darstellung zum Forschungsstand okklusaler Massnahmen bei temporomandibular

disorders , mithin CMDs. Darin zitierte Arbeiten von Koh und Robinson zur Wirksamkeit okklusaler Berichtigungen unter Berücksichtigung aller randomisierter und

quasi-randomisierter Studien führten zu dem Schluss, dass es an einem wissenschaftlichen Nachweis, dass okklusale Berichtigungen der Behandlung oder Prävention eines CMD

dienen würden, fehle, weshalb solche nicht empfohlen werden könnten. Dagegen führte eine schwedische randomisierte Studie zum Schluss, dass Erwachsene mit

Schmerzzuständen aufgrund von CMDs von okklusalen Schienentherapien ( occlusal

appliance ) profitierten (vgl. Urk. 22/2 S. 8). In der abschliessenden Beurteilung folgerten die Autoren, dass die Behandlung von einfachen Heimbehandlungen über

kognitive Verhaltenstherapie bis zu okklusalen Berichtigungen rangieren könne .

Definitive Rekonstruktionen zur Verbesserung der Okklusion und Bisshöhe fanden darin keine ausdrückliche Erwähnung, wurden aber auch nicht explizit ausgeschlossen ( Urk. 22/2 S. 10).

Gemäss einer gemeinsamen wissenschaftlichen Mitteilung zur Therapie der funktionellen Erkrankungen des kranio-mandibulären Systems der Deutschen Gesellschaft für

Funktionsdiagnostik und – therapie (DGFDT) in der DGZKM, der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien ( DGPro ), der Deutschen Gesellschaft

für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie ( AGKi ), der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) und

der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZKK) vom

November 2015 stellen Okklusionsschienen die zahnärztliche Standardmassnahme in der Primärtherapie dar. Weiterführende zahnärztliche Massnahmen, wie irreversible kieferorthopädische und rekonstruktive Massnahmen seien , insbesondere, wenn deren Indikation

ausschliesslich unter funktions t herapeutischen Aspekten gestellt werde, in der Regel nur indiziert, wenn d urch eine vorangehende Funktions analyse und eine darauf beruhende reversible Initialtherapie mittels Okklusi onsschiene im Sinne einer Diagnosis ex juvantibus nachgewiesen sei, dass die Okklusion als ätiologischer Faktor wirke und ein Okklusionsausgleich zur Bes serung des Beschwerdebildes beziehungsweise der Befundlage beitrage.

Jeder definitiven Rekonstruktion sollte dabei eine ausreichende Phase der okklu salen Erprobung und Feinjustierung vorgeschaltet sein, welche in der Regel durch Langzeitprovisorien zu erzielen sei. Vor Beginn einer definitiven Ther ap ie sollte gemäss der g emeinsamen Empfehlung ein beschwerdefreies Intervall von zirka einem hal b en Jahr beziehungsweise eine deutliche Besserung des Beschwerdebildes vorliegen .

Dass komplexere Massnahmen im Sinne einer definitiven Versorgung zur Behandlung von Funktionsstörungen des craniomandibulären Systems aus wissenschaftlicher Sicht , wenn überhaupt, erst als ultima

ratio und nach ordnungsgemässer Durchführung und Kontrolle sowie Beurteilung der einfachen Methoden wie einer Schientherapie angezeigt sind, findet auch in der übrigen Literatur Bestätigung ( so: Münstermann, Zahnärztliche Behandlung und Begutachtung, Fehlervermeidung und Qualitätssicherung, 2. Auflage, Stuttgart 2009, S. 145) . 6. 4

Aus dem Dargelegten folgt, dass fraglich ist, ob die hier zu beurteilende Gebiss sa nierung im Oberkiefer und Unterkiefer links zur Okklusionsänderung und Biss erhöhung ein nach internationalen wissenschaftlichen Erkenntnissen anerkanntes Verfahren darstellt. Jedenfalls ist aber erstellt , dass eine Indikation für eine irreversible rekonstruktive Massnahme zur Behandlung eines CMD wenn überhaupt, erst nach einer vorangehenden reversiblen Schientherapie, welche zu einer Besserung des Beschwerdebildes geführt hat und aufgrund welcher nachgewiesen werden kann, dass die Okklusion ätiologisch für die Befundlage ist, angezeigt ist.

Im Lichte dessen kann zum jetzigen Zeitpunkt offen bleiben, ob die Gebiss - sanie rung im Oberkiefer sowie im Unterkiefer links eine wirksame Mass nahme darstellt . Denn es ist in jedem Fall zunächst abzuwarten, ob die von Prof. Y.\_\_\_\_ vorgeschlagene , primär durchzuführende Schientherapie (vgl. Urk. 11/25), deren Kostenübernahme richtigerweise nicht im Streite steht (vgl. dazu: BGE 137 V 31) , den erwarteten Erfolg bringt. Aus der Wirkung der früheren Schientherapi e der Jahre 1989 bis 1994 lässt sich für die aktuelle Befundlage kein Schluss ziehen, zumal sich diese gemäss Prof. Y.\_\_\_\_ massge blich v erschlechtert haben soll (vgl. dazu Urk. 11/25 S. 2).

Sollte der Erfolg nachweislich eintreten, wird die Beschwerdegegnerin bei entspre chendem Ersuchen der Beschwerdeführerin nicht umhin kommen, die Wirksamkeit der dannzumal vorgeschlagenen konkreten Sanierungsmassnah me n eingehend abzuklären und gegebenenfalls

ein unabhängiges Institut mit der Begutachtung zu beauftragen , wobei, sofern die Wirksamkeit nach wissen schaftlichen Richtlinien zu anerkennen wäre, die konkrete Zweckmässigkeit der vorgeschlagenen Behandlung angesichts der Komplexität des Falles sinnvoller weise mittels einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin a bzu klären ist. 6.5

Zusammenfassend ist die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutzuheissen, als die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, neben den bereits anerkannten Kosten für die Implantat-getragene Brücke 43, 45 und 46 die Sanierungskosten für die Kronenversorgung der Brückenpfeiler 47, 42, 41, 31, 32 und 33 zu übernehmen. Da aufgrund der Aktenlage nicht abschliessend feststellbar ist, welche der Positionen des Kostenvoranschlags ganz oder teilweise der zusätzlich zu übernehmenden Behandlung zuzurechnen sind, ist die Sache hierfür an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

Entsprechend hat die Beschwerdeführer in Anspruch auf eine reduzierte

Prozessentschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

in Verbindung mit Art. 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die ermessensweise Zusprechung einer reduzierten Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der KPT Krankenkasse AG vom 19. Dezember 2014 insoweit aufgehoben, als eine Leistungspflicht für die Kronenversorgung der Brückenpfeiler 47, 42, 41, 31, 32 und 33 verneint wird. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, diese Kosten zu übernehmen, wobei die Sache zur Abklärung derselben an sie zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Spitzgasser Küffer

#### **E. 4**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MWST zulasten der

Beschwerdegegnerin.“

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 20. Mai 2015 auf teilweise Gutheissung der Beschwerde, indem die Leistungspflicht für den Zahn 41 zu bejahen sei. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei ( Urk. 10). Am 12. und 22. Juni 2015 liess die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen einreichen ( Urk. 13, 14/1-4, 17, 18/1-4). Die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom

2. Juli 2015 unter Beilage eines weiteren Schreibens von Dr. Dr. Z.\_\_\_\_ ( Urk. 21-22) wurde der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht ( Urk. 23). Auf telefonische Aufforderung des Gerichts vom 8. Juli 2016 ( Urk. 24) liess die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 8. Juli 2016 Unterlagen der National-Versicherungs-Gesellschaft zu einer im Jahr 1979 unter

der Policen Nr. 4.084.362 geführten Unfallversicherung einreichen ( Urk. 25, 26/1 - 2), welche der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis gebracht wurden ( Urk. 27).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

## **E. 5**

KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a und c der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV ), hat gemäss Art. 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 im Anhang 1 zur KLV die ärztlichen Leistungen aufgeführt, welche vorbehaltlos, unter gewissen Voraussetzungen oder überhaupt nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen.

Der Verordnungsgeber hat davon abgesehen (und ist wohl auch nicht befugt), die zugelassenen Methoden der Zahnheilkunde näher zu bezeichnen. Daher habe alle Behandlungsmethoden als zugelassen zu gelten, die eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlungsweise gewährleisten.

### **E. 5.1**

Gemäss Stellungnahme von Dr.

A.\_\_\_\_, Oberärztin, in einem von der Schweizerischen Nationalversicherungs-Gesellschaft eingeholten Gutachten vom 8. März 1985

waren durch den Unfall die Zähne 6543- verloren gegangen. Der Ersatzbrückenkonstruktion sei nur eine begrenzte Lebensdauer zuzumuten. Durch den Ersatz würden die übrigen Zähne übermässig belastet und frühzeitig verloren gehen. Eine Unterkieferaufbauplastik und eine Vestibulumplastik mit Haut könnten nötig werden. Hinsichtlich der Kiefergelenksthese könne keine Prognose gestellt werden; eventuell könnten durch eine Okklusionsänderung die subjektiven Beschwerden beeinflusst werden ( Urk. 3/9).

Gemäss Bericht des zahnärztlichen Instituts des B.\_\_\_\_ vom 17. Juni 1994 erlitt die Beschwerdeführerin im Jahr 1979 eine Unterkiefer schussverletzung. Nach der Primärversorgung sei sie mit einer Unterkieferves tibulum - und Mundbodenplastik versorgt worden. Eine dentale Rekonstruktion mit einer festsitzenden teilabschraubbaren

Rekonstruktion der rechten Unterkieferzähne habe die Kaufähigkeit wieder hergestellt. Aufgrund einer schmerzhaften aktiven Arthrose des rechten Kiefergelenks mit eindeutigen Knochenverlust und Resorptionen im Bereich des Condylus sowie dazugehöriger starker Verdickung der Corticalis der Fossa

articularis sei im Jahr 1990 eine Stabilisationsschiene in Kunststoff eingesetzt worden. Damit sei die bestehende Infraokklusion der Zahnreihe beseitigt worden. Die Schiene lindere die Schmerzen vor allem beim Essen, da die Kiefergelenke nicht mehr in Dysharmonie mit der Okklusion stünden. Dennoch habe die Beschwerdeführerin ab und zu Schmerzen im Gesichtsbereich, welche aber mehr als Migräneanfälle mit starker Beteiligung der Kaumuskulatur im Sinne einer Tendomyopathie zu sehen seien. Die seit 1990 eingesetzte Stabilisationsschiene könne lediglich als provisorische Lösung betrachtet werden. Der Beschwerdeführerin sei zur definitiven Therapie der posttraumatischen Kiefergelenksarthrose empfohlen worden, eine dentale Rekonstruktion durch Dr. med. dent. C. \_\_\_ vornehmen zu lassen (Urk. 3/10).

Dr. C. \_\_\_ erklärte in einem Bericht vom 31. Mai 1995, die Beschwerdeführerin, seit 1981 seine Patientin, habe ihn wegen einer Kiefergelenksarthrose aufgesucht. Da gleichzeitig eine Infraokklusion rechts bestanden habe, sei sie über Jahre mit einer Aufbisschiene als provisorische Massnahme behandelt worden, welche ihr eine Schmerzlinderung gebracht habe. Zur definitiven Stabilisierung des Gebisszustandes habe er Porzellan-Kronen im Oberkiefer rechts anfertigen lassen, welche in direktem Zusammenhang mit der Entlastung des rechten Kiefergelenks gestanden seien (Urk. 3/11)

## E. 5.2

Mit zahnärztlichem Zeugnis vom 21. Mai 2013 (nicht unterzeichnet) und Kosten voranschlag vom 27. Mai 2013 der Klinik Professor Y. \_\_\_ wurde dargelegt, dass infolge des Unfalls von 1979 eine insuffiziente mastikatorische Funktion und TMJ-Arthrose bilateral durch Okklusionsänderung zu behandeln sei. Die dentale Sanierung verlange eine Bisserrhöhung, eine Speekurvenmodifikation und eine Behebung des durch die Schussverletzung verursachten Zahnverlustes. Dadurch werde die Kaufunktion rehabilitiert und bestehende TMJ-Beschwerden würden positiv beeinflusst (Urk. 11/5).

Am 28. Dezember 2013 beurteilte der beratende Facharzt für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dr. Dr. Z. \_\_\_ erstmals den Fall. Aufgrund des OPT-Befundes vom 2. Juli 2012 seien bei der Beschwerdeführerin praktisch alle Zähne mit Kronen versorgt. Es bestehe einerseits eine Zahnücke links mit fehlendem Zahn 35, andererseits eine Brücke im Unterkiefer rechts von 47 unter Einbezug der Frontzähne 42 bis 33 (Ersatz der fehlenden Zähne, 43, 44, 45 und 46), wobei die Brücke frakturiert sei. Ein Ersatz dieser Brücke sei aus kaufunktionellen Gründen notwendig. Gemäss Modellen seien offenbar regio 46, 45 und 43 bereits drei Implantate gesetzt worden.

Aufgrund der geschilderten Befunde im Gutachten von Dr. A. \_\_\_

und der Lokalisation der Schussverletzung im Mundboden rechts gehe er davon aus, dass die Zähne 43 bis 46 beim Unfall verloren gegangen seien und die aktuell frakturierte Brücke 33 bis 47 mit hoher Wahrscheinlichkeit als Folge der Schussverletzung notwendig geworden sei. Da diese im Zwischengliedbereich ersetzt werden müsse, falle die Implantat-getragene Brücke von 43 auf 45/46 (3 Implantate) seines Erachtens unter die Leistungspflicht. Im Prinzip könnten die Kronen der Brückenpfeiler (47, 42, 41, 32, 32 und 33) belassen werden, da sie gemäss Röntgenbefund noch suffizient seien. Es sei

Ermessenssache, ob allen falls die geplante Neuanfertigung dieser Kronen ebenfalls zu übernehmen sei (allenfalls im Rahmen eines Behandlungskomplexes, da die Neuanfertigung dieser Kronen im Prinzip indiziert sei, um im Rahmen der Behandlung im Unterkiefer ein gutes prothetisches Resultat zu erreichen). Die Krankensicherung müsse nur die Kosten übernehmen, wie es der Krankheitswert erforderlich mache (defekte Brücke im Unterkiefer).

Entsprechend stellen die Versorgung der Zähne 34 bis 37 (inklusive der Brücke 34-36) wie auch allfällige Massnahmen im Oberkiefer keine Pflichtleistung dar; die geplante Bisserrhöhung mit Ausgleich der Speekurve

sei zur Behandlung der Kiefergelenksarthrose nicht evidenzbasiert und stelle keine wirksame Behandlung dar.

Er empfehle folglich in erster Linie, die Kosten für die Implantat-getragene Brücke auf den Implantaten 43, 45 und 46 als Pflichtleistung zu vergüten, allenfalls noch zusätzlich neue Kronen der Brückenpfeiler 47, 42, 41, 31, 32 und 33 im Sinne eines Behandlungskomplexes. Den Pflichtleistungscharakter für weitergehende Zahnsanierungen im Unterkiefer links und im Oberkiefer verneinte Dr. Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 11/11).

Nachdem die Beschwerdeführerin am 12. und 22. März 2014 (Urk. 11/15 -17) Stellung bezogen und diverse Unterlagen eingereicht hatte, nahm Dr. Dr. Z.\_\_\_\_ am 17. April 2014 neuerlich Stellung und hielt zusammenfassend an seiner ersten Einschätzung fest (Urk. 11/18).

In einem am 24. April 2014 eingegangenen Schreiben vom 8. April 2014 legte Prof. Y.\_\_\_\_ dar, dass bei der Beurteilung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse die ausgeprägte rechtsseitige Kiefergelenksarthrose nicht berücksichtigt worden sei. Erst wenn die zirkuläre Bisserrhöhung zusammen mit der Brückenrekonstruktion rechts und dringend erforderlichen zahnärztlichen Massnahmen erfolgt sei, könne von einer Restitution ad functionem der Unfallfolgen gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin leide unter ausgeprägten Kieferschmerzen. Der Schmerz variere in der Intensität, sei aber konstant vorhanden und verstärke sich beim Kauen. Dabei würden die Vorbewegung des Unterkiefers und die maximale Mundöffnung begleitet von Knacken und Reiben im Kiefergelenk rechts. Ohne Bisserrhöhung werde die Überlastung des rechten Kiefergelenks immer stärker und würde wahrscheinlich eine Operation notwendig machen. Die therapeutischen Massnahmen bestünden in einer prothetischen Rekonstruktion im Ober- und Unterkiefer (Bisserrhöhung mit der Korrektur der Speekurve). Dadurch würden weitere Schäden im entsprechenden Kiefergelenk weitgehend vermieden (Urk. 11/20).

Am 19. Mai 2014 erläuterte Prof. Y.\_\_\_\_ die Notwendigkeit der Okklusionsrekonstruktion ein weiteres Mal. Gemäss Aktenlage sei davon ausgehen, dass der Unfall neben den lokalen Schäden im Mundbereich (Verlust der Zähne 46, 45, 44, 43) auch kollaterale pathophysiologische Veränderungen und Langzeitfolgen auf Kau- und Schluckmuskulatur sowie auf die Kiefergelenke nach sich gezogen habe. Die Beschwerdeführerin leide an Dauerkopfschmerzen im Bereich der linken Gesichts- und Körperhälfte vorzugsweise im Bereich der Augen entsprechend der erhöhten Dehnung im Bereich des Musculus

temporalis auf der kontralateralen Seite der Verletzung. Weiter leide sie an einem Engegefühl im Bereich des rechten Halses, Schluckbeschwerden, Schwellung der Zunge

sowie submandibulär rechts an einer Schwäche der ipsilateralen

supra- und infrahyoidalen Muskulatur des Mundbodens. Diese Muskeln seien gleichzeitig auch die Refraktoren des Unterkiefers. Alle oben erwähnten Beschwerden seien früher in der Literatur unter dem Terminus „Costen Syndrom“ bekannt geworden; heute bestehe eine umfangreiche Literatur über craniomandibuläre Dysfunktionen oder -erkrankungen (CMD), die gleiche Symptome und pathoanatomische und -physiologische Veränderungen beschreibe. Die objektiv erfassbaren Befunde im dentalen Bereich und im Kiefergelenk rechts hätten sich Laufe der Zeit verschlechtert. Die signifikanten posttraumatischen Veränderungen der neuromuskulären Aktivungsverhältnisse im Cortex, der Kaumusculatur, des Mundbodenbeckens - sowie Schluckmuskulatur hätten zu einer chronischen Überlastung der ipsilateralen Kiefergelenke mit adaptiver Modellierung des Knochens und konsekutiver Okklusionsänderung geführt. Eine sequentielle prothetische Rekonstruktion des „IST“-Zustandes führe lediglich zur Behebung des lokalen Lückengebisses, eine generelle funktionelle Verbesserung sei damit nicht zu erreichen. Die durch den Unfall verursachte Dysbalance im neuromuskulären und okklusalen Bereich könne in mehreren Phasen behoben werden.

So werde mit einer therapeutischen Schiene das entstandene neuromuskuläre Pattern modelliert und damit die Kau- und Mundbodenmuskulatur des Unterkiefers in eine optimale Relation zum Kiefergelenk gebracht. Die Tragdauer betrage mindestens drei Monate. Anschliessend sollte diese Relation mittels neuer gesamter Rekonstruktion in Ober- und Unterkiefer in maximaler Interkuspitation stabilisiert werden (Urk. 11/25).

Dr. Dr. Z. \_\_\_ äusserte sich hierzu am 1. September 2014 im Wesentlichen dahin gehend, dass die genannte erhöhte Dehnung des Musculus

temporalis eigentlich eine Kontraindikation für eine Bissserhöhung darstelle, würde doch dadurch dieser Muskel noch mehr gedehnt. Zudem sei die Behauptung, dass durch eine therapeutische Schiene und anschliessende Bissserhöhung mittels prothetischer Rekonstruktion die Kaumusculatur in eine optimale Relation zum Kiefergelenk

gebracht werden könne, wissenschaftlich nicht evident. Es gebe keine wissenschaftliche Evidenz für einen Zusammenhang zwischen okklusalen Massnahmen in Bezug auf Kiefergelenkerkrankungen. Zusammenfassend sei die grundsätzliche Leistungspflicht für die Behandlung sowohl der beidseitigen Kiefergelenksarthrose, auch wenn der Zusammenhang zum Unfall nicht überwiegend wahrscheinlich sei, wie auch für die Behandlung der Muskelverspannungen der Kaumusculatur und der chronischen Kopfschmerzen gegeben, handle es sich dabei doch um Krankheiten gemäss Art. 25 KVG. Doch fehle es der geplanten Okklusionsänderung an der Wirksamkeit (Urk. 11/26).

Am 28. Oktober 2014 folgte die nächste Stellungnahme von Prof. Y. \_\_\_, welcher ausführte, dass die CMD heute den muskuloskelettalen Erkrankungen zugeordnet werde und im Rahmen der ICD-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation unter K07.6 anerkannt sei. Seines Wissens entspreche die vorgeschlagene Vorbehandlung sowie die komplette dentale Sanierung dem aktuellen Stand der praktischen Anwendung der wissenschaftlichen Untersuchungen bei der Behandlung der CMD. Er empfehle, die Beschwerdeführerin von Dr. Dr. Z. \_\_\_ persönlich untersuchen zu lassen, sollte doch ein therapeutischer Vorgang in einem solch komplexen Ausnahmefall nicht gestützt auf allgemeine Evidenz-basierte Daten entschieden werden (Urk. 11/28).

Hierauf erläuterte

Dr. Dr. Z.\_\_\_\_ am 15. November 2014, dass das Vorliegen des CMD mit Myotendinose der Kaumuskulatur und eine Kiefergelenksarthrose auf grund der Akten nachvollziehbar sei. Jedoch könne eine persönliche Untersuchung nichts am Schluss, dass die geplante totale Gebissanierung (insbesondere im Oberkiefer und Unterkiefer links) gemäss internationalem Wissensstand keine wirksame Behandlung dieser Erkrankungen des Kausystems darstelle ( Urk. 11/29) , ändern .

### **E. 5.3**

Im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens liess die Beschwerdeführerin ein ärztliches Zeugnis von Prof. Y.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2015 einreichen, in welchem dieser darlegte, dass sich ihre Leiden (dauernde Kopfschmerzen, schmerzhafte und eingeschränkte Mundöffnung, Knacken beim Essen und Gähnen) intensiviert hätten ( Urk. 14/1). Auch hierzu nahm Dr. Dr. Z.\_\_\_\_ Stellung und legte zur Untermauerung seiner Schlussfolgerung auf eine fehlende wissenschaftliche Evidenz der vorgeschlagenen Behandlung einen Artikel aus den International Archives of

Medicine bei ( Urk. 22/1-2) . 6. 6.1

Was zunächst die Leistungspflicht im Zusammenhang mit den Kronen der Brückenpfeiler 47, 42, 41, 31, 32 und 33 anbelangt, führt die Würdigung der medizinischen Aktenlage zur Bejahung der Leistungspflicht der Beschwerdeführerin . Wie Dr. Dr. Z.\_\_\_\_ in seiner ersten Beurteilung vom 28. Dezember 2013 zutreffend folgerte, steht die ursprüngliche Brückenversorgung von 33 bis 47 mit hoher und damit überwiegender Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang mit der Schussverletzung im Jahr 1979 (vgl. Urk. 11/11 S. 3). Folgerichtig anerkannte die Beschwerdegegnerin denn auch ihre Leistungspflicht für den Ersatz der frakturierten Brücke. Was die Beurteilung der Suffizienz der Kronen auf den Brückenpfeilern 47, 42, 41, 31, 32 und 33 durch Dr. Dr. Z.\_\_\_\_ anbelangt, lässt der Umstand, dass er gestützt auf den OPT-Befund vom 2. Juli 2012 die sodann im Herbst 2013 (vgl. Urk. 11/16 S. 2) gebrochene Krone des Zahnes 41 noch als suffizient erachtete , seine allein auf den Röntgenbefund beruhende

Beurteilung diesbezüglich als wenig überzeugend erscheinen. Zudem erachtete selbst Dr. Dr. Z.\_\_\_\_ die Neuanfertigung der Kronen im Hinblick auf ein gutes prothetisches Behandlungsergebnis als „im Prinzip indiziert“ ( Urk. 11/11 S. 2) . Unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG sind von der Krankenversicherung zwar nur die notwendigen Massnahmen zu übernehmen, und von zwei gleichermassen zweckmässigen Behandlungen gilt grundsätzlich nur die kostengünstigere als wirtschaftlich (BGE 128 V 66 E.6) . Ein „gutes“ Behandlungsergebnis muss aber auch im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebots verlangt werden dürfen. Ein Rückgriff auf das Institut des „Behandlungskomplexes“ ist nicht notwendig. Entsprechend ist die Beschwerde diesbezüglich gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, im Bereich des Unterkiefers neben den bereits anerkannten Kosten für die Implantat-getragene Brücke 43, 45 und 46 die Sanierungskosten für die Kronen der Brückenpfeiler 47 , 42, 41, 31, 32 und 33 zu übernehmen. 6.2

Was die Leistungspflicht bezüglich der Bisserrhöhung anbelangt , ist, wie bereits in Erwägung 4 dargelegt, zu Recht unbestritten, dass die Beschwerdeführerin an einer craniomandibulären Kiefergelenkserkrankung leidet . Ob es sich dabei im Wesentlichen um eine Kiefergelenksarthrose handelt oder eine andere craniomandibuläre Dysfunktion

hinzutritt, ist insofern ohne weitere Bedeutung, als die therapeutische Zielsetzung gemäss Prof. Y. \_\_\_ im Wesentlichen in der Reduktion der Kiefer- und Kopfschmerzen mittels Entlastung der Kiefergelenke liegt (vgl. insbesondere Urk. 11/20, 11/25). Entsprechend der neueren höchst richterlichen Rechtsprechung zur Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung ist in einem Fall wie dem vorliegenden der therapeutischen Zielsetzung grösseres Gewicht als dem Ansatzpunkt der Behandlung beizumessen. Entsprechend handelt es sich bei der hier strittigen Massnahme um eine ärztliche respektive arztäquivalente Leistung (vgl. BGE 128 V 143, Urteil des Bundesgerichts K 152/01 vom 30. April 2002 E. 4), welche, da der Krankheitswert unbestritten gegeben ist, eine Leistungspflicht aufgrund von Art. 25 KVG unabhängig von der Frage nach der Unfallkausalität oder einer Leistungspflicht gestützt auf Art. 17 KLV nach sich zieht. 6.3.1

Zu prüfen bleibt damit die strittige Frage nach der Wirksamkeit der Okklusionsänderung mittels einer

an eine Schienenbehandlung anschliessende n Bissserhöhung durch Gebissanierung im Oberkiefer und Unterkiefer links. 6.3.2

Eine medizinische Leistung ist als wirksam zu bezeichnen, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Sie lässt sich im Allgemeinen in verschiedene Grade abstufen, meint aber in Art. 32 Abs. 1 KVG die einfache Tatsache der allgemeinen Eignung zur Zielerreichung.

Die Wirksamkeit muss gemäss Art. 32 Abs. 1 Satz 2 KVG nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein, was für den Fall gilt, dass die in Frage stehende Behandlung von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird, wobei das Ergebnis und die Erfahrungen sowie der Erfolg einer bestimmten Therapie entscheidend sind; diesbezüglich sind in der Regel nach international anerkannten Richtlinien verfasste wissenschaftliche (Langzeit-) Studien erforderlich.

Im seit 1. Januar 1996 geltenden KVG ist das Kriterium der wissenschaftlichen Anerkennung durch dasjenige der Wirksamkeit ersetzt worden. Die Botschaft des Bundesrates zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 führte hier zu aus, dass der Begriff der wissenschaftlichen Anerkennung in den letzten Jahren stark in Zweifel gezogen worden sei und heute als ungeeignet und zu ungenau angesehen werde, weshalb er durch denjenigen der Wirksamkeit ersetzt werde (BBl 1992 I 158). Dieser Vorschlag löste in den Eidgenössischen Räten ausführliche Diskussionen aus und führte zur Aufnahme des Zusatzes, dass "die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss". Damit sollte den Errungenschaften der Komplementärmedizin Rechnung getragen werden (vgl. BGE 123 V 62 f. E. 2c/ bb mit Hinweisen).

Für den Bereich der klassischen Medizin muss die Wirksamkeit einer therapeutischen Vorkehrung hingegen weiterhin nach den Kriterien und Methoden der wissenschaftlichen Schulmedizin nachgewiesen sein, weshalb hier der Begriff der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit nach wie vor demjenigen der wissenschaftlichen Anerkennung entspricht (BGE 133 V 115 E. 3.2.1, 125 V 28 E. 5a in fine). Massgebend ist somit, ob eine therapeutische oder diagnostische Massnahme von Forschern und Praktikern

der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird, das angestrebte therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen. Namentlich darf aus der Ablösung des Begriffs der wissenschaftlichen Anerkennung nicht der Schluss gezogen werden, die Beurteilung der Wirksamkeit habe einzelfallbezogen und retrospektiv auf Grund der konkreten Behandlungsergebnisse zu erfolgen. Vielmehr geht es dabei ebenfalls um eine vom einzelnen Anwendungsfall losgelöste und retrospektive allgemeine Bewertung der mit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme erzielten Ergebnisse (BGE 123 V 66 E. 4a; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 281 f. E. 2b). Neben streng naturwissenschaftlichen sind auch andere wissenschaftliche Methoden (beispielsweise die Statistik) möglich und zulässig (BGE 123 V 63 E. 2c/ bb mit Hinweisen). Der Beweis der Wirksamkeit lässt sich am zuverlässigsten mit dem klinischen Versuch führen, wobei die Wirkung einer Therapie nach naturwissenschaftlichen Kriterien objektiv feststellbar, der Erfolg reproduzierbar und der Kausalzusammenhang zwischen dem therapeutischen Agens und seiner Wirkung ausgewiesen sein muss. Für eine wissenschaftlich begründete Heilmethode ist ferner wichtig, dass sie auf soliden experimentellen Grundlagen beruht, die den Wirkungsmechanismus bezeugen (BGE 133 V 115 E.

#### **E. 10**

S. 11).

Im Übrigen lehnte sie eine Leistungspflicht ab, wobei sie der vorgeschlagenen Behandlung im Zusammenhang mit den übrigen Kronen im Unterkiefer die Notwendigkeit absprach, da diese gemäss vertrauensärztlicher Beurteilung noch suffizient seien. Den übrigen Massnahmen sprach sie die Wirksamkeit ab, im Wesentlichen mit der Begründung, die von Prof. Y. \_\_\_ vorgeschlagene Therapie (geplante Okklusionsveränderung und Bisserrhöhung mittels Gebissanierung ) stelle bei Kiefergelenkserkrankungen wie der vorliegenden Kiefergelenksarthrose ebenso wie bei einer craniomandibulären Dysfunktion keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsform dar ( Urk. 2, 10 S. 10 ff.).

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