

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00064 vom 26. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2017.00064](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2017.00064)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00064 du 26 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00064 del 26 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1995, ist bei der Sanitas Grundversicherungen AG (nachstehend: Kasse) obligatorisch krankenpflegeversichert. Am 29. April 2015 unterbreitete Dr. A.\_\_\_\_, Zahnarzt und Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der Kasse einen Kostenvoranschlag im Umfang von Fr. 23'850.-- (Urk. 11/1).

Die Kasse lehnte mit Verfügung vom 25. Februar 2016 eine Kostenübernahme ab (Urk. 11/12). Dagegen erhoben die Eltern der Versicherten am 24. März 2016 Einsprache (Urk. 11/13). Die Kasse wies die se mit Einspracheentscheid vom 7. Juni 2017 ab (Urk. 11/28 = teilweise Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Zahnärztliche Behandlungen stellen keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) dar (BGE 125 V 278 E. 6). Für den Risikobereich Krankheit sieht Art. 31 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Ausnahmen vor, die in Art. 17-19 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) abschliessend aufgezählt werden (BGE 130 V 464 E. 2.3).

#### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer zahnärztlichen Behandlung unter anderem, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist (Abs. 1 lit. a). 1.

#### **E. 1.5**

Gemäss Art. 18 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der dort aufgelisteten schweren Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind.

Art. 19 KLV listet die Fälle auf, in denen die Versicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen übernimmt, die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlung notwendig sind.

Art. 19a KLV listet die Geburtsgebrechen auf, bei denen die Versicherung unter näher genannten Bedingungen die Kosten der zahnärztlichen Behandlung übernimmt.

#### **E. 1.6**

Zur Abgrenzung zwischen ärztlicher (Art. 25 KVG) und zahnärztlicher (Art. 31 KVG) Behandlung sind zwei Kriterien massgebend: Der organische Ansatzpunkt der Behandlung

und die therapeutische Zielsetzung. Zahnärztliche Behandlungen sind therapeutische Vorkehren am Kausystem. Dieses umfasst die Zähne, den Zahnhalteapparat sowie die Organbereiche, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben. Ist die Massnahme auf ein anderes therapeutisches Ergebnis als die Verbesserung der Funktion der Zähne gerichtet, liegt ärztliche Behandlung vor, und zwar selbst dann, wenn die Behandlung beim Kausystem ansetzt. Ist die Zuordnung nicht eindeutig, kommt der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht zu ( Gebhard Eugster , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG , 2. Auflage, Zürich 2018 , Art. 31 Rz 35 ff.). 2.

## **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 7. Juni 2017 ( Urk. 11/28 ) erhob die Versicherte, vertreten durch ihre Eltern (vgl. Urk. 14), am 25. Juni 2017 Beschwerde und beantragte die Kostenübernahme im Rahmen des eingereichten Kostenvoranschlags ( Urk. 1 S. 2 Mitte).

Die Kasse reichte am 13. Dezember 2017 die Akten ein ( Urk. 10-11/1-28). Am 15. Januar 2018 wurde davon Vormerk genommen, dass die Kasse keine Beschwerdeantwort eingereicht hat ( Urk. 15).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid davon aus, gemäss der von ihr (mehrfach) eingeholten vertrauensärztlichen Beurteilung liege kein Leiden vor, das unter Art. 17-19 KLV falle ( Urk. 11/28 S. 9 Ziff. 42).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1 S. 2 ), das Leiden bewirke eine Verschlechterung der Lebensqualität und eine Behinderung beim Essen. Sie wies auf eine schnelle Verschlechterung der Arthrose im linken Kiefergelenk hin, was ständige Schmerzen und eine ständige Blockade beim Öffnen des Mundes zur Folge habe. Die Blockade könne nur mit einer schmerzberuhigenden Verschiebung des Kiefers vor dem Öffnen umgangen werden. Es sei eine Schädigung des Kiefergelenks mit weit grösserer Kostenfolge absehbar.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Behandlung gemäss Kostenvoranschlag als Pflichtleistung der OKP von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen ist. 3.

## **E. 3**

Gemäss Art. 17 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen, welche durch bestimmte schwere, nicht vermeidbare Erkrankungen des Kausystems bedingt sind, sofern das Leiden Krankheitswert erreicht und soweit der Krankheitswert die Behandlung notwendig macht. 1.

### **E. 3.1**

Dr. A.\_\_\_\_ nannte im Kostenvoranschlags-Formular vom 29. April 2015 ( Urk.

11/1) als Diagnose einen offenen Biss und eine Lippeninkompetenz und erwähnte Art. 19a KLV (S. 1 vor Ziff. 4). Zur vorgesehenen Behandlung führte er aus, es bestehe ein offener Biss. Es sei bereits zu einer Gelenkssymptomatik im Sinne eines Knackens gekommen und

zudem bestehe eine Lippeninkompetenz. Vor gesehen sei en die Bewegung von Oberkiefer, eventuell Unterkiefer einseitig, sowie die Behebung d er Lippeninkompetenz (S. 2 Ziff. 7).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin führte er am 12. Mai 2015 aus, die Kiefergelenke seien im Sinne einer Arthrose leicht verändert, die Nasenatmung sei stark eingeschränkt. In Klammern erwähnte er Art. 17 ( lit .) d KLV ( Urk. 11/3).

### **E. 3.2**

Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, nannte in seiner Stellungnahme vom 25. Mai 2015 ( Urk. 11/4) als Ausgangslage ein Kostengutsprache gesuch für die operative Korrektur eines offenen Bisses durch bimaxilläre Osteotomie sowie Kinnosteotomie wegen «Lippeninkompetenz». Auf Nachfragen hin seien noch eine behinderte Nasenatmung sowie eine leichte arthrotische Veränderung der Kiefergelenke als Krankheitswert angegeben worden (S. 1). Dazu führte er aus, die Fotos zeigten in Ruhelage eine geschlossene Lippe, also keinen Hinweis auf eine « Lippeninkompetenz ». Im Röntgenbild zeige sich ein frontoffener Biss, auf grund der Befunde im Röntgen dürften die Kriterien des Geburtsgebrechens 209 nicht erfüllt sein, ansonsten wäre der Fall ohnehin bereits vor Beginn der kiefer orthopädischen Behandlung bei der Invalidenversicherung anzumelden gewesen. Die geplante Korrektur des offenen Bisses stellt keine Kiefergelenksbehandlung dar, sondern diene in erster Linie der Verbesserung der Kaufunktion. Somit seien die Kriterien der Art. 17-19 KLV nicht erfüllt und die geplante Behandlung stelle keine Pflichtleistung der OKP dar (S. 1 unten).

### **E. 3.3**

Ein MR des Kiefers und der Kiefergelenke vom 31. August 2015 - worüber am 1. September 2015 berichtet wurde - ergab eine ventrale Luxation des Diskus im geschlossenen Zustand mit Reposition beidseits bei offenem Mund ( Urk. 11/6/2 = Urk. 3/5 ).

Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinem Schreiben vom 10. September 2015 ( Urk. 11/6/1) aus, mit dem MRI habe eine anteriore Diskusluxation klar nachgewiesen werden können. Auch der konsultierte Kiefergelenk s spezialist empfehle dringend eine Operation. Vorgesehen wäre das Schliessen des offenen Bisses und die Korrektur der Asymmetrie durch eine einseitige sagittale Spaltung und Le Fort I-Osteotomie.

### **E. 3.4**

Der von Dr. A.\_\_\_\_ erwähnte Kiefergelenksspezialist Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, nannte in seinem Schreiben vom 2. November 2015 ( Urk. 11/8) folgende Diagnosen (S. 1): - leichter Distalbiss - frontoffener Biss - Unterkiefer/Oberkiefer-Asymmetrie - verringerte Nasenatmung - Bruxismus - anteriore Diskusverlagerung Kiefergelenk beidseits (aktuell schmerzlos)

Im Rahmen einer (zweiten) Konsultation am 13. August 2015 habe die Patientin vorrangig ein Knacken in beiden Kiefergelenken, das klinisch links stärker erscheine als rechts, beklagt. Die Patientin beklage dabei keinerlei Schmerzen, sowohl in Ruhe als auch bei Belastung als auch bei Auslösen des Knackens (S. 1 unten).

Mit der Patientin sei die Problematik des offenen Bisses

diskutiert worden sowie die mögliche Verursachung durch eine Resorption im Kiefergelenk und die gene relle Situation des Zusammenhangs Kiefergelenk

/ Kaumuskulatur und

Zahnstellung mit dem resultierenden Biss (Okklusion) und der Umstand, dass die Störung einer der drei Komponenten zu Problemen führen könne (S. 1 f.).

In diesem Fall stelle sich die Frage, ob

der offene Biss mit der Distalverzahnung und der Diskusverlagerung potenziell ein

Problem darstellen könnte. Das MRI vom 9. September 2015 habe die klinische Diagnose einer anterioren Diskusverlagerung mit Reposition beidseits bestätigt (S. 2 oben).

Mit der Patientin sei vereinbart worden, im Frühjahr 2016 eine erneute Konsultation durchzuführen, um das weitere Vorgehen

zu besprechen.

Letztendlich bestimme die Zielstellung, die Gesichtsymmetrie, die Asymmetrie des

Ober- und Unterkiefers sowie den Fehlbiss zu korrigieren, ohne das Kiefergelenk

weiter zu schädigen (S. 2).

### **E. 3.5**

Dr. B.\_\_\_\_ führte am 17. November 2015 aus, die geplante bimaxilläre Kieferosteotomie und Kinnosteotomie bezwecke eine Korrektur des offenen Bisses

und damit eine Verbesserung der Kaufunktion und Ästhetik. Sie stelle keine Behandlung einer

Kiefergelenkserkrankung dar, diesbezüglich sei eine Wirksamkeit nicht nachgewiesen. Dass

nun in der MRI - Untersuchung eine anteriore Diskusverlagerung in beiden Kiefergelenken dokumentiert sei,

ändere daran nichts.

Die geplante Behandlung stelle keine Pflichtleistung der OKP dar (Urk. 11/9).

### **E. 3.6**

Dr. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Oto - Rhino -Laryngologie, berichtete am 6. April 2016 an Dr. A.\_\_\_\_ über ihre auf dessen Zuweisung hin erfolgte Untersuchung und nannte als Diagnose eine leichte Septumdeviation nach rechts bei sehr engen Nasenverhältnissen beidseits; eine Lateralisation der Choanae dränge sich in diesem Fall auf (Urk. 11/21/3).

### **E. 3.7**

Dr. C.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 21. Februar 2017 (Urk. 11/21/2 = Urk. 3/3 mit Datum vom 4. Februar 2016) folgende Diagnosen (S. 1): - Rezidiv eines offenen Bisses - Distalbiss - schmerzhafte Hyperaktivität des M. masseter beidseits

Die Patientin habe sich zuletzt am 1. Februar 2016 vorgestellt (S. 1 Mitte). Bei der klinischen Untersuchung habe sich ein offener Biss von zirka 5 mm mit ca.

1/2-Prämolaren-Breite Klasse II-Verzahnung bei sonst unauffälligen intraoralen

Verhältnissen gezeigt. Die Mittellinie im Unterkiefer sei zirka 2 mm nach links

verschoben. Die Patientin beklage ebenfalls ein Knacken im Kiefergelenk beidseits, das

zum Teil Probleme im Sinne von Verhakens auslöse. Auf Palpation sei das Kiefergelenk nicht schmerzhaft gewesen. Der M. masseter beidseits sei auf Palpation schmerzhaft gewesen. Ansonsten sei die Kaumuskulatur unauffällig. Im angefertigten DVT hätten sich unauffällige knöcherne Strukturen am Kiefergelenk beidseits ohne Anhalt für eine Resorption gezeigt. Im MRT der Kiefergelenke beidseits habe sich eine anteriore Diskusverlagerung mit Reposition der Kiefergelenke beidseits gezeigt (S. 2 oben).

In der Zusammenschau der Befunde und der Anamnese der Patientin sei aktuell von einer dentalen Genese des Rezidivs des offenen Bisses auszugehen. Möglicherweise auch eine Parafunktion der Zunge eine Rolle. Es gebe keinen Anhalt, dass der offene Biss aufgrund einer Kiefergelenks-Resorption progredient sei, so dass aktuell keine Therapie am Kiefergelenk nötig sei. Die aktuelle Modell-Analyse ergebe die Möglichkeit einer Korrektur des offenen Bisses durch eine bimaxilläre Umstellungsosteotomie mit einer dreigeteilten Le Fort I-Osteotomie (S. 2 Mitte).

### **E. 3.8**

Dr. E.\_\_\_\_, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, der die Beschwerdeführerin an Dr. A.\_\_\_\_ überwiesen hatte (vgl. Urk. 3/4, Urk. 3/6),

nahm am 13. April 2017 zu

Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung (Urk. 11/24). Die Bedingungen für ein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 19 (richtig: 19a) KLV seien nicht erfüllt (Ziff. 5).

Das Kieferwachstum der Patientin zeige einen extremen vertikalen Verlauf mit ungenügender condylärer Verlängerung sowie frontaler Bissöffnung und gleichzeitiger Etablierung einer Zungeninterposition. Die Patientin gebe am Untersuchungstag anamnestisch chronische Blockaden der linken Gelenksregion beim Öffnen an, mit anschliessender Kiefersperre, sowie linksseitiges Knacken beim Essen mit gleichzeitigen Schmerzen. Die klinische Untersuchung habe degenerativ arthrotische Symptome im Sinne einer starken Druckdolenz der linken Gelenksregion sowie der linksseitigen Kaumuskulatur gezeigt. Es habe im Weiteren eine habituelle Luxation beidseits bei maximaler Öffnung bestanden. Frontales Abbeißen der Nahrung sei angesichts des offenen Bisses nicht möglich. Das MR vom 31. August 2015 bescheinige eine ventrale Diskusluxation im Sinne von Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV.

### **E. 3.9**

Dr. B.\_\_\_\_ nahm am 1. Mai 2017 zu ihm von der Rechtsabteilung unterbreiteten Fragen (vgl. Urk. 11/26) Stellung (Urk. 11/27). Er führte unter anderem aus, es liege keine Arthrose der Kiefergelenke im Sinne von Art. 17 lit.

d Ziff. 1 KLV vor. Im MRI-Befund vom 31. August 2015 werde ein unauffällig geformtes Kieferköpfchen beidseits beschrieben, auch zeige der Diskus articularis keine Signalalterationen. Damit sei eine Arthrose nicht ausgewiesen. Gemäss MRI-Befund bestehe beidseits eine anteriore Diskusverlagerung beziehungsweise Diskusluxation mit Reduktion ("Reposition") bei der Mundöffnung (S. 2 Ziff. 2).

Es liege beidseits eine anteriore Diskusverlagerung mit Reduktion beziehungsweise eine sogenannte

anteriore Diskusluxation mit Reposition vor. Dies sei der Grund des Knackens in den Kiefergelenken. Die Begriffe Diskusluxation und Diskusverlagerung seien synonym, beide Begriffe bezeichnen den gleichen Zustand einer anterioren Diskusverlagerung (S. 2 Ziff. 3).

Die Diskusverlagerung beziehungsweise Diskusluxation werde unter Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV

erwähnt, zusammen mit der

Kondylusluxation. Eine Kondylusluxation liege allerdings nicht vor. Zudem sei die geplante Behandlung zur

Korrektur des offenen Bisses nicht geeignet, die Diskusluxation zu beheben. Auch sei diese Behandlung

nicht als Folge der Diskusluxation notwendig, sondern sie diene einzig der Korrektur des offenen Bisses.

Daher seien die Kriterien für eine Leistungspflicht unter Art. 17

lit. d Ziff. 1-3 KLV nicht erfüllt (S. 2 Ziff. 4).

Es liege kein Geburtsgebrechen gemäss

Art. 19a Ziff. 21 (Mordex

apertus), Ziff.

209) vor. Gemäss den Auswertungen der Röntgenbilder erreiche der Kieferbasenwinkel nicht die erforderlichen Werte für das Geburtsgebrechen des offenen Bisses (S. 2 Ziff. 5). Aufgrund der Winkelmasse in den Röntgenbildern sei auch kein anderes

Geburtsgebrechen erfüllt (S. 2 Ziff. 6).

Die vorgeschlagene Behandlung (Korrektur des offenen Bisses durch bimaxilläre Osteotomie) sei geeignet, den offenen Biss zu korrigieren. Da diese jedoch die Kriterien von Art. 17-19 KLV nicht erfülle, stelle die Behandlung keine Pflichtleistung der OKP dar (S. 2 Ziff. 7).

Im von Dr. C.\_\_\_\_

unterzeichneten

Schreiben vom 2. November 2015 (vgl. vorstehend E. 3.4) werde explizit erwähnt, dass

die anteriore Diskusverlagerung schmerzfrei sei. Die Zielstellung der Behandlung bestehe in einer

Korrektur

der Gesichtsasymmetrie - eine schwere Gesichtsasymmetrie im Sinne von Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV liege gemäss

Fotos und Röntgenbildern allerdings nicht vor - und in einer Korrektur des Fehlbisses, also des offenen

Bisses. Letztere bezwecke die Verbesserung der Kaufunktion und sei somit als zahnärztliche Behandlung zu

qualifizieren. Diesbezüglich seien allerdings die Kriterien der Art. 17-19 KLV

( einer abschliessenden Liste )

nicht erfüllt. Somit erg ebe sich eindeutig, dass hier die Kriterien für eine Leistungspflicht der OKP in Bezug auf die

geplante Behandlung zur Korrektur des offenen Bisses nicht erfüllt seien (S. 2 Ziff. 8).

#### **E. 4**

Gemäss Art. 17 lit . d KLV sind dies die folgenden Erkrankungen des Kiefergelenkes und des Bewegungsapparates: 1. Kiefergelenksarthrose 2. Ankylose 3. Kondylus - und Diskusluxation

#### **E. 4.1**

Die Krankenversicherung übernimmt im Rahmen der OKP als Grundversicherung nur ausnahmsweise die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen. Diese Ausnahmen sind in den abschliessenden Listen von Art. 17 ff. KLV aufgeführt (vor stehend E. 1.1).

#### **E. 4.2**

Dass die Behandlung, deren Kostenübernahme hier strittig ist, gemäss Art. 18-19a KLV eine Pflichtleistung darstellen könnte, ist nicht ersichtlich . Diesbezüglich ist auf die Darlegungen von Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.9 Ziff.

#### **E. 4.3**

Damit die genannte Behandlung eine Pflichtleistung darstellt, muss ein in Art. 17 KLV genanntes Leiden vorliegen, wofür hier insbesondere Art. 17 lit . d (Erkrankungen des Kiefergelenkes: Kiefergelenksarthrose, Ankylose, Kondylus - und Diskusluxation) in Frage kommen könnte . Das betreffende Leiden muss zudem einen Krankheitswert aufweisen, der die in Frage stehende Behandlung notwendig macht (vorstehend E. 1.3), und die Behandlung muss auf ein anderes therapeutisches Ergebnis als eine Verbesserung der Kaufunktion abzielen (vorstehend E. 1.5).

#### **E. 4.4**

Dr. A.\_\_\_\_ erwähnte im April 2015 , die Kiefergelenke seien «im Sinne einer Arthrose leicht verändert» (vorstehend E. 3.1). Unter den von Dr. C.\_\_\_\_ im November 2015 (vorstehend E. 3.4) und im Februar 2017 (vorstehend 3.7) aufgelisteten Diagnosen findet sich keine solche einer Kiefergelenksarthrose. Dr. E.\_\_\_\_

erwähnte im April 2017 « arthrotische Symptome im Sinne einer Druckdolenz » (vorstehend E. 3.8).

Diese nebst anderen angeführten Befunden ersetzen eine nachvollziehbar gestellte Diagnose einer

Kiefergelenksarthrose nicht. Dies gilt umso mehr, als eine Arthrose eine knöcherne Veränderung darstellt und deshalb mit den Mitteln der Bildgebung verifiziert werden kann. Ein solcher Beleg liegt nicht vor, vielmehr ergaben sich aus dem MRI vom 31. August 2015 gerade keine entsprechenden Hinweise.

#### **E. 4.5**

Hingegen ergab das MRI vom 31. August 2015, dass eine Diskusluxation vorliegt (vorstehend E. 3.3 und 3.8 am Ende), mit hin ein in Art. 17 lit . d Ziff. 3 aufgeführtes

Leiden.

Die s genügt jedoch nicht, um die fragliche Behandlung zur Pflichtleistung zu machen (vorstehend E. 4.1). Dafür entscheidend ist zusätzlich der Zusammenhang zwischen der Behandlung und dem in der Liste aufgeführten Leiden.

Dr. C.\_\_\_\_ umschrieb im November 2015 das Ziel der fraglichen Behandlung mit dem Bestreben, die Gesichtasymmetrie, die Asymmetrie des Ober- und Unterkiefers sowie den Fehlbiss zu korrigieren (vorstehend E. 3.4). Wie Dr. B.\_\_\_\_ richtig bemerkte, stellt dies eine angestrebte Verbesserung der Kaufunktion dar (vorstehend E. 3.9 Ziff. 8), was gerade das zentrale Abgrenzungsmerkmal der zahnärztlichen von der ärztlichen Leistung darstellt (vorstehend E. 1.6). Im Februar 2017 bezeichnete Dr. C.\_\_\_\_ eine Therapie am Kiefergelenk als nicht nötig (vorstehend E. 3.7). Die fragliche Behandlung dient der von Dr. C.\_\_\_\_

genannten Zielsetzung (Korrektur der Gesichtasymmetrie, der Asymmetrie des Ober- und Unterkiefers sowie des Fehlbisses), mithin stellt sie keine Behandlung der Diskusluxation dar. Das müsste sie aber, um als Pflichtleistung eingestuft werden zu können.

#### **E. 4.6**

Aus diesen Gründen erweist sich der angefochtene Entscheid, mit dem eine Leistungspflicht im Rahmen der OKP-Grundversicherung für die beantragte Behandlung verneint wurde, als rechtens. Die dagegen erhobene Beschwerde ist somit abzuweisen.

#### **E. 4.7**

Sollte eine Behandlung in Aussicht stehen, die auf eines der in Art. 17 lit. d KLV genannten Leiden, namentlich eine - bildgebend nachgewiesene – Kiefergelenksarthrose oder die festgestellte Diskusluxation abzielen, so wird die Beschwerdegegnerin nach Erhalt eines entsprechenden Kostenvoranschlags ihre Leistungspflicht erneut zu prüfen haben.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.\_\_\_\_ und Z.\_\_\_\_

- Sanitas - 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 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 Mosimann Tiefenbacher

#### **E. 5**

und 6) abzustellen . Näher zu prüfen ist jedoch, ob sie unter Art. 17 K LV fallen könnte (vorstehend E. 1.3).

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